

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

**1. Amaç, kapsam ve dayanak**

**1.1. Amaç**

Bu Tebliğin amacı; kapsama dâhil hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımına ilişkin işlemlerde, kurumlararası uygulama birliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin 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 Karşlanması Hakkında Kanun kapsamındaki hak sahipleri, (3816 sayılı Kanun ile Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması 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**

**(Değişik:RG-5/9/2009-27340)** Bu Tebliğ; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun mülga 209 uncu maddesi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun geçici 12 nci maddesi, 178 sayılı Maliye Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesinin birinci fıkrasının (r) bendi ve geçici 8 inci ve geçici 9 uncu maddeleri ile Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ve kapsama dahil kişilere 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,

Bakanlık: Maliye Bakanlığını,

TEB: Türk Eczacıları Birliğini,

Tebliğ: Bu Tebliği,

ifade eder. Tebliğin ekleri için 25 inci maddede yer alan düzenleme çerçevesinde işlem yapılacaktır.

**2.2 Sağlık kurum ve kuruluşlarının tanımı**

Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu: Kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve 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 poliklinikler, 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 ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, ikinci basamak resmi sağlık kurumu 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 ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre

faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve 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 fakültesi hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kurumu olarak kabul edilir.

### **2.3. Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar**

#### **2.3.1. Yatarak tedaviler**

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden itibaren taburcu işlemi yapılmaya kadar uygulanan tedaviler.

#### **2.3.2. Günübirlik tedavi**

Aşağıda belirtilen ve sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan tedaviler.

Günübirlik 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,

ç) Diyaliz tedavileri,

d) Kan, kan bileşeni, kan ürünü, Tebliğ eki "Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-2/B) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu, palivizumab uygulaması.

Günübirlik tedavilerde kullanılan faturalandırılabilir ilaçlar için Tebliğ hükümleri geçerlidir.

Günübirlik tedavilerde Tebliğ eki "Tanıya Dayalı İşlem Listesi" nde (EK-9) yer alan işlemler için gündüz yatak ücreti faturalandırılmaz.

**(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Günübirlik tedavilerde Tebliğ eki EK-8 sayılı listede yer alan refakatçi ücreti ödenmez.

#### **2.3.3 Ayakta tedavi**

Tebliğin (2.3.1) numaralı maddesinde açıklanan durumlar dışında kalan ve hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması, ayaktan tedavi olarak kabul edilir.

### **2.4. (Değişik:RG-20/1/2009-27116)<sup>(1)</sup>**

#### **Sevk işlemleri**

##### **2.4.1 Sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat işlemleri**

Memurlar varsa kurum tabibine gönderilecek, kurum tabibinin gerekli görmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumuna sevk edilecektir. Kurum tabibi bulunmadığı takdirde memurlar belediye sınırları ve mücavir alan içinde bulunan birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum veya kuruluşuna doğrudan başvurabilirler. Kurum hekimliği veya diğer birinci basamak sağlık kuruluşundan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılacak sevk işlemlerinde hastane ve hekim adı belirtilmez.

Memurun bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri, kurum hekimliğine veya belediye sınırları ve mücavir alan içerisindeki birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına 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, kurum hekimlikleri tarafından veya kurum hekimliği bulunmadığı takdirde diğer birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından 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 sevkine 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.

#### **2.4.2 Aile hekimliğine geçilen illerde sevk işlemleri**

24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen iller arasından Bakanlık tarafından belirlenecek illerde, 1/7/2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına (ana çocuk sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, kurum hekimlikleri, üniversitelerin medikosozyal birimleri) müracaat edilmesi zorunludur. Sevk zinciri uygulamasına geçilen iller ile bu illerde sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat işlemlerinin usul ve esasları Bakanlık tarafından tespit edilir.

#### **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 görüldüğü günler için verilir. Yatarak tedavide geçen süreler için gündelik ödenmez.

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

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

Sevk yapılmaksızın veya usulüne uygun sevk yapılmaksızın bulunduğu yerden bir başka yerde bulunan sağlık kurumuna müracaat eden kişilere harcırah ödenmez.

Sağlık kurumuna ait ambulans ile memuriyet mahalli dışına yapılan hasta nakil ücreti ve acil ambulans ücreti hastanın kurumunca 7/12/2006 tarih ve 26369 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28 inci maddesi gereği belirlenen fiyatlara dikkate alınmak ve rayiç bedeli aşmamak üzere ödenir. Ancak, hasta nakillerinde hastanın ambulansla sevkine gerekliliğinin ilgili hekim tarafından tevsiki gerekmektedir.

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

#### **2.5.1. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

##### **Hava ambulans ücretleri**

Hava ambulans ücretleri sadece Tebliğin “Organ ve doku nakli tedavileri” başlıklı (8) numaralı maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/dokunun naklin yapılacağı sağlık kurumuna, hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulans bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde hava ambulans aracının ambulans görevi maksadıyla ilk kule teması “ambulans görevi” ifadesi ile temas kurulmuş olması, hava aracının uçucu ve teknik kayıtlarının (motor çalıştırma motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir. Ruhsatlandırılmış hava ve deniz ambulansları için belirlenen ücretler azami ücretler olup ücretlere tıbbi müdahale bakım ücretleri dâhildir.

##### **a) Uçak ambulans ücretleri;**

(1) Turbo prop motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.000,00 (ikibin) TL,

(2) Jet motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 3.500,00 (üçbinbeşyüz) TL, yurt dışı uçuşlar için 4.000,00 (dörtbin) TL,

##### **b) Helikopter ambulans ücretleri;**

(1) Tek motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 1.500,00 (binbeşyüz) TL,

(2) Çift motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.750,00 (ikibinyediüzelli) TL,

### **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.

### **2.7. Hasta yollama (hasta sevk) kağıdına ilişkin işlemler**

2.7.1. Yönetmelikte yapılan değişiklik ile memurun bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertlerinin sağlık kurum ve kuruluşlarına hasta yollama kağıdı olmaksızın müracaat edebilecekleri esası getirilmiştir.

Yönetmelikte yapılan bu değişiklik paralelinde aşağıda belirtilen açıklama ve düzenlemelerin yapılması gerekli görülmüştür.

2.7.2. Memurun kendisi, hastalanması halinde sağlık kurum veya kuruluşuna halen olduğu gibi sağlık karnelerinin yanında hasta yollama kağıdı (hasta sevk kağıdı) ile birlikte müracaat edecektir.

2.7.3. Memurun bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertleri (hasta) ise sağlık kurum veya kuruluşlarına hasta yollama kağıdı olmaksızın sağlık karnesi ile birlikte müracaat edeceklerdir. Aile fertleri için sağlık kurum ve kuruluşları tarafından düzenlenecek olan faturaların ekinde sevk kağıdı istenmeyecektir.

2.7.4. Hastanın tedavi amacıyla bulunduğu mahalden başka bir yere sevkinin gerekmesi durumunda, sağlık kurum veya kuruluşu tarafından sevk işlemi sağlık karnesine yazılacaktır. Sağlık kurum ve kuruluşu hastanın sevk edileceği ili ve hangi polikliniğe gitmesi gerektiğini, refakatçi gerekiyor ise bu durumu sağlık karnesinde belirtecektir.

2.7.5. Sağlık kurumu, sağlık karnesinde sevkli olarak gelen hastanın sağlık kurumuna müracaat tarihini ve uyguladığı tedaviyi gösterecektir.

Hasta ayakta tedavi görmüş ve tedavi süresi bir gün ise sağlık karnesinin tarih sütununda belirtilen tarih, sağlık kurumuna müracaat tarihi olarak kabul edilecek, hastanın tedavisi bir günden fazla sürmüş ise hastanın hangi tarihler arasında tedavi gördüğü ayrıca belirtilecektir.

Hasta yatarak tedavi görmüş ise, hastanın polikliniğe ilk müracaat ettiği tarih, servise yatışının yapıldığı tarih ve taburcu edildiği tarih belirtilecektir.

2.7.6. Hastanın tedavi amacıyla bulunduğu mahalden başka bir yere sevk edilmesi nedeniyle harcırah beyannameyi vermesinin gerektiği hallerde, beyannameye sağlık karnesinin sevk işleminin yazıldığı sayfası ile hastanın tedavisinin yapıldığı sağlık kurumu tarafından doldurulan sayfası eklenecektir.

2.7.7.<sup>(4)</sup> Sağlık karnelerinin ön yüzünde hak sahipliğine ilişkin güncel bilgiler gösterilecek, ayrıca hastanın T.C. kimlik numarası ile memurun emekli sicil numarası da yer alacaktır. Hastanın T.C. kimlik numarası ile memurun emekli sicil numarası hasta reçetesinde de bulunacaktır.

2.7.8.<sup>(4)</sup> Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu kapsamında bulunan personelin bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertleri ile Türk Silahlı Kuvvetlerinde görevli 657 sayılı Kanuna tabi personelin bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertlerinin sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tedavileri nedeniyle düzenlenecek faturalara "sağlık muayene fişinin ön yüz fotokopisi"de eklenecektir.

### **3. Acil vakalarda tedavi**

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

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

b) Yurt dışında 90 gün,

içerisinde hazırlanıp ilgili kuruma verilmesi gerekmektedir.

Acil 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 "Taniya Dayalı İşlem 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. Maliye Bakanlığı ile sözleşme imzalamayan sağlık kurum ve kuruluşlarında acil haller dışında 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 Resmî Gazete'de 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 için Sağlık Bakanlığınca yetkili kılınan hastanelerin sağlık kurullarınca (EK-1/B) de belirtilen formata uygun olarak düzenlenen raporların, ilgili dallarda eğitim hastaneleri ile işbirliği yapmak kaydıyla, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince teyit edildikten sonra Sağlık Bakanlığınca onaylanması gerekmektedir.

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 anlaşılınanların 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.

#### 4.1. Yurt dışında tetkik işlemleri

Yurt içinde yapılamayan tetkik ve tahliller, numunenin gönderilmesi ya da numunenin yurt dışı sağlık hizmeti sunucusuna alınması gerektiğinin ilgili sağlık kurulu raporunda ayrıntılı gerekçeleri ile belirtilmesi kaydıyla kişilerin tetkik için yurt dışına gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılır ve tetkik veya tahlil bedeli Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tutar üzerinden karşılanır.

Yurt içinde yapılamayan tetkik ve tahlillerin kurumlarca ödenebilmesi için, tetkik ve tahlilin yapılmasını isteyen üçüncü basamak sağlık kurumunca; ayrıntılı gerekçeleri ve yurt içinde yapılamadığını belirten sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından tetkikin ve tahlilin yurt içinde yapılamadığının teyit edilmesi gereklidir.

### 5. Dış tedavileri

#### 5.1. Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak dış tedavileri

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

5.1.2. Resmi sağlık kurumlarında yapılan dış tedavileri için (EK-7) sayılı listede yer alan "Dış 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 yaptırdıkları dış tedavileri sonucu doğan giderlerden;

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

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

gerekmektedir.

5.1.4. **(Değişik:RG-7/2/2009-27134)** Resmi sağlık kurumunda veya personelin bağlı olduğu kurum bünyesinde yapılan protez tedavileri ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen akrilik veya seramik veneer kron, hassas tutuculu kron, implant üstü kron v.b. metal destekli tek parça kron ve tek parça döküm kronlar ile alt-üst çene iskelet dökümünün ilgili resmi sağlık kurumu ve kuruluşu tarafından yapılması/hizmet alımı ile sağlanması halinde 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 TL, alt-üst çene iskelet dökümü için (malzeme dahil) 43 TL döküm işçilik ücreti sağlık kurumunun faturasında belirtilmek kaydıyla ödenir. Söz konusu işlemlerin, protez tedavisini yapan sağlık kurumları tarafından yapılmayarak mevzuat hükümlerine dayanılarak başhekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılması ve hastaya fatura düzenlenmesi halinde fatura bedeli yukarıda belirtilen fiyatları aşmamak kaydıyla hastalara ödenir. Bu işlemlerin serbest diş hekimliklerinde yaptırılması halinde, ayrıca döküm işçilik ücreti ödenmez.

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 sağlık kurulu tarafından karara bağlanması ve kaç ünite yapılacağına sağlık kurulu raporunda 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.

5.1.7. Hareketli ve sabit protezlerin yenilenme süresi 4 yıldır. Bu süreden önce yenilenen protez bedeli kurumlarca ödenmez.

#### 5.1.8. **(Ek:RG-5/9/2009-27340)**

Diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest diş hekimliklerine sevk yapılmayacaktır. Diş tedavileri, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ve Tebliğ hükümleri çerçevesinde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlanacaktır.

#### 5.2. **(Mülga:RG-5/9/2009-27340)**

#### 6. 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 sayılı liste 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 sayılı liste fiyatları esas alınarak sağlık kurumuna ödenir.

Tebliğ eki EK-9 sayılı liste kapsamında yer alan işlemler için sağlık kurumlarında kullanılan kan ve kan bileşenleri, Tanıya Dayalı İşlem 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.

#### 7. 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 formu, eksiksiz olarak doldurulacaktır.

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.

ç) 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.

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

e) 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.

f) 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.

g) 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.

ğ) 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.

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

ı) **(Mülga:RG-5/9/2009-27340)**

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

j) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

#### **8. 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.

Yurtiçinde 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 sayılı listede 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 sayılı listede 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 bulunmadığı takdirde; Tebliğ eki “Kemik İliği Doku Bilgi Bankaları Listesi”nde (EK-1/Ç) yer alan Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş yurt içindeki kemik iliği doku bilgi bankalarının, 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 içindeki kemik iliği doku bilgi bankaları arası akraba dışı birinci aşama kemik iliği verici taraması taleplerinde sevk istenmeyecektir. Kemik iliği doku bilgi bankalarınca birinci aşama işlemlerin Tebliğ eki EK-8 sayılı listede yer alan “705.090” ve “705.110” işlem kodları üzerinden, adres, serolojik yöntem doku tipi doğrulama ve onay alma işlemlerinin “705.100” ve “705.120” işlem kodları üzerinden faturalandırılması gerekmektedir.

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

Akraba dışı kemik iliği vericisinin ülkemizde bulunması halinde “yurt içi kemik iliği temini” bedeli Tebliğ eki EK-9 sayılı liste üzerinden kemik iliği doku bilgi bankasına fatura karşılığı fatura bedelini aşmamak üzere 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 getirilerek Tebliğ eki EK-1/F sayılı listede yer alan yurt içi laboratuvarlarda yüksek çözünürlükte DNA yöntemi ile HLA doku grubu analizine tabi tutulur. Bu testlerin ücretleri kurum tarafından karşılanır.

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 getirilir.

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’sini geçmemek şartıyla fatura karşılığı kurumca 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 getirilir.

Yurtdışından kemik iliği/kordon kanı getirilme sürecinde, yurt dışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kök hücre toplanması gibi işlemlerin her biri için Dünya Kemik İliği Vericileri Birliği (WMDA) tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığınca onaylanan bedel kurumca (yurt içi doku bilgi bankasının ilişkilendirildiği sağlık işleri müdürlüklerince), yurtdışı veya 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.

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

## **9. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri**

### **9.1. Bağışıklamaya yönelik sağlık hizmetleri**

#### **9.1.1 Bedeli ödenmeyecek bağışıklama hizmetleri**

Aşağıda sayılan bağışıklama hizmetleri Sağlık Bakanlığınca ücretsiz olarak sunulduğundan ayrıca bedeli ödenmeyecektir.

- a) Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında yer alan aşılarda,
- b) “Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı” kapsamında yapılan Td aşısı bedelleri,
- c) (9.1.2) numaralı maddede sayılmayan bağışıklama hizmetlerinin bedeli;

#### **9.1.2. Bedeli ödenecek bağışıklama hizmetleri**

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

Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dâhil 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 dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde yılda bir defaya mahsus olmak üzere ödenir.



Pnömonokok aşısı bedeli (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 dahil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendrom, kronik kalp hastalıkları, astım dahil kronik akciğer hastalıkları, siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kranial defektler ve dermal sinüsler dahil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir ödenir. 65 yaş ve üzerindeki kişilere rapor aranmaksızın beş yılda bir defa olmak üzere bedelleri ödenir.

Hepatit A aşısı bedeli, Hepatit A seronegatif olan 1 yaş üzeri çocuklarda ve erişkinlerde; kronik karaciğer hastalığı olan veya pıhtılaşma faktörü konsantrasi alanlarda hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde en fazla yılda iki kez ödenir.

9.2. Bedeli ödenecek erken tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri

9.2.1. Genetik hastalıkların prenatal veya postnatal tanısı için yapılan tetkikler,

9.2.2. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından, kanser erken tanı kapsamında yapılan işlemler;

KETEM tarafından yapılmak şartıyla;

a) KETEM tarafından sürdürülen "Kadınlarda meme kanseri tarama programı" kapsamında 50-69 yaş arası kadınlara;

- 1) Her yıl yapılacak muayene,
- 2) 2 yıl aralıklarla yapılacak mammografi çekimi,
- 3) Gerek görülen vakalarda meme ultrasonografisi,

b) KETEM tarafından sürdürülen "Kadınlarda serviks kanseri tarama programı" kapsamında 20 yaş üstü kadınlara;

- 1) Her yıl yapılacak muayene + pap smear tetkiki,
- 2) Gerekli görülen vakalarda kolposkopi tetkiki,

c) Kolorektal kanserler için 50-74 yaş arası erkek ve kadınlarda her yıl yapılacak olan "gaitada gizli kan tetkikleri",

d) Prostat kanserleri için 50 yaş üstü erkeklere her yıl yapılacak olan "PSA tetkikleri"

#### **10. Yardımcı üreme yöntemi tedavileri**

10.1. Tüp bebek tedavisi öncesi işlemler

Tüp bebek tedavisi öncesi işlemlerin 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış kadınlara uygulanması durumunda bedeli ödenir.

10.1.1. Klasik ovulasyon indüksiyonu

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

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

En fazla 2 (iki) siklus ve toplamda 3000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedeli ödenir. İki uygulamadan (siklus) sonra yapılan klasik ovulasyon indüksiyonu tedavisi için uygulanan gonadotropin bedeli ödenmez.

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

10.1.2. İntra uterin inseminasyon (IUI)

Tüp bebek tedavisi işlemleri için belirlenen kriterler, intrauterin inseminasyon (artifiyel inseminasyon) için de geçerlidir.

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

10.2. Tüp bebek tedavisi işlemleri

10.2.1. Bir hastalığın tedavisi amacıyla uygulanan tüp bebek işlemleri

Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve tıbben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak Kemik İliği Transplantasyon Merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık kurumlarının sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği tıbbi genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tüp bebek tedavilerine ilişkin giderler kurumlara karşılanır.

Aileler, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış üremeye yardımcı tedavi merkezlerinden (tüp bebek merkezi) birine başvurabilirler.

Tüp bebek tedavisinde kullanılacak ilaçlar, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden tüp bebek tedavisinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezinin kadın hastalıkları uzman hekimlerince yazılacaktır. Her bir tüp bebek denemesine ilişkin olarak toplamda 3000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedeli kurumlarca karşılanır.

#### 10.2.2. Diğer tüp bebek tedavisi işlemleri

Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla kadın ise kendisinin, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısının;

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

b) 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış olması,

c) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavilerine ilişkin giderler kurumlarca karşılanır.

Tüp bebek tedavi bedeli, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde yapılması halinde ödenir. Sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kişiler tercih ettikleri tüp bebek merkezine müracaat edebilirler.

Tüp bebek tedavisi için düzenlenecek sağlık kurulu raporu, bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak, üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim veren kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak sağlık kurumlarında iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir. Sağlık kurulu raporlarında, hastanın yaşı ve kimlik bilgilerinin yanında, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

Sağlık kurulu raporlarında, son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun belirtilmesi yeterli olup, ekinde veya raporda teşhise esas belge ve bilgiler ayrıca aranmayacaktır. Ancak bu belgelerin hasta dosyasında bulunması ve gerektiğinde ibraz edilmesi zorunludur. Ayrıca, evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile eşler için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

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

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

En fazla 2 (iki) siklus ve toplamda 6000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedeli karşılanacaktır.

Tüp bebek tedavisine başlanan kadının deneme öncesi 40 yaşından gün almış olması durumunda, yardımcı üreme yöntemi tedavisine ait bedeller, tedaviye daha önce başlanmış olsa dahi karşılanmaz.

Örnek; 8 Mart 1985 doğumlu kadının, tüp bebek tedavisi giderlerinin karşılanabilmesi için; 8 Mart 2008 tarihinden sonra, 8 Mart 2024 tarihinden önce tedavinin yapılmış olması gerekir.

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

Tüp bebek tedavisi Tebliğ eki EK-9 sayılı listede 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 yaptırılmaları 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.

### 11. Kaplıca tedavileri

**(Değişik ibare:RG-20/1/2009-27116)** kaplıca tedavileri için gerekli resmi 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 ruhsat verilen kaplıcalarda tedavi ettirilirler. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmayan 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 Kanununun 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. 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 sayılı listede 702.020 kodu ile yer alan "banyo-kaplıca" bedeli üzerinden hastaya ödenir. Tebliğde yer alan diğer işlemler faturalandırılırsa dahi bedelleri ödenmez.

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

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

### **12.1. Reçete ve sağlık raporlarının düzenlenmesi**

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

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

Düzenlenen reçetelerde mutlaka teşhis yer alacaktır. Reçetede yazılı ilaçlar ile teşhis arasında, Tebliğde teşhise dayalı düzenleme yapılan ilaçlar hariç endikasyon uyumu aranmayacaktır. **(Ek cümle:RG-20/1/2009-27116)** Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla yazılan ilaçlar için ayrıca teşhis 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 yapıştırılması 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.

Sağlık raporuna istinaden yazılacak ilaçlar, Tebliğ ve eki listelerde aksine bir hüküm olmadıkça, bu sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

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

Yatarak tedavilerde hastanede kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur. Hasta tarafından kullanılması gereken ilacın hastane tarafından temin edilmeyerek hastaya dışardan aldırılması durumunda, hastanın kurumu tarafından reçete muhteviyatı ilaca ait faturada yer alan tutar hastaya veya eczaneye ödenecek ve sağlık kurumunun faturasından ilaç için ödenen tutar kadar kesinti yapılacaktır.

Resmi sağlık kurumunun başhekimliği tarafından hastaya aldırılan ilacın ihale yöntemi ve doğrudan alım ile temin edilemediğinin, eksik ödemenin yapıldığı faturanın bir örneğinin/fotokopisinin ekli olduğu bir yazı ile hastanın kurumuna bildirilmesi halinde, eksik ödenen tutar sağlık kurumuna ödenecektir.

Yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlar için 4 kalem ilaç sınırlaması dikkate alınmaz.

Günübirlik tedavilerde kullanılan ilaçların hastanelerde temini zorunlu olmayıp, reçeteyi düzenleyen hekim tarafından günübirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar serbest eczanelerden de temin edilebilir. **(Ek cümle:RG-7/2/2009-27134)** Özel sağlık kurumlarında yapılan günübirlik tedavilerde kullanılan ve tanıya dayalı işleme dahil olmayan ilaçların serbest eczanelerden temini esastır.

Taburcu olan hastalar için reçeteye yazılan ilaçlar, ayaktan tedavi kapsamında değerlendirilir.

### 12.1.3. Sağlık raporlarının düzenlenmesi

Sağlık raporu formatları konusunda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.

Sağlık 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.

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

Hasta katılım payı muafiyeti için düzenlenen sağlık raporlarında, teşhis ve ICD-10 kodu yer alacaktır.

Sağlık raporları, Tebliğde özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir. Bu Tebliğin yürürlüğe girmesinden önce düzenlenen sağlık raporları, süre bitim tarihlerine kadar geçerlidir.

Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile Tebliğ hükümlerine göre eksikliği bulunan sağlık raporları (ilacın kullanım dozu, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi şeması, ICD-10 kodu), aslına sadık kalmak kaydıyla raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen hekimin kaşe ve imza onayı ile düzeltilmesi ve bunun başhekimlik mühürü ve imzası ile onaylanması koşuluyla düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren rapor süresinin sonuna kadar geçerlidir.

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

### 12.2. Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

**(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Ayakta tedavilerde, 12.3 üncü maddede belirtilen durumlar dışında, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç yazılır ve her kalem ilaçtan bir kutunun (ilaçların parenteral ve topikal formları ile 12.5 inci maddede belirtilen durumlar hariç) bedeli ödenir. Parenteral formlar ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilecektir. Majistraller en fazla 10 günlük tedavi dozunda reçetelendirilebilecek olup, bu durum ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilecektir.

Tetrasiklinler (doksisisiklin ve tetrasiklin), amfenikoller (kloramfenikol ve tiamfenikol), ampisilin (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.

**(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Antiinflatuar ve antiromatizmal grubu ilaçların solid-oral formlarında büyük ambalaj kapsamına giren ilaçlar, ayaktan tedavide tek uzman hekim tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak reçete edildiklerinde, en küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edildiklerinde bedelleri ödenir. **(Mülga ikinci cümle:RG-7/2/2009-27134) ...**

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

### Sağlık 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. Tebliğ eki ek-2 sayılı listede yanında (\*) yıldız işareti bulunan ilaçların haricinde yer alan ilaçların Tebliğ eki ek-2 sayılı listede belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı 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, sağlık 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 sağlık raporu düzenlenmesi halinde katılım payından muaf tutulur.

Sağlık raporuna istinaden EK–2 sayılı listede yer alan hastalıklarda kullanılan ilaçlar için, 12.2 nci maddede belirtilen 4 kalem sınırlaması dikkate alınmaz.

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

#### **12.4. Yatan hastalarda kullanımı halinde bedeli ödenecek ilaçlar**

Tebliğ eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde (EK–2/B) yer alan ilaçların (anestezikler dâhil) bedeli, sadece sağlık kurumlarında yatan hastalarda veya özel düzenlemeler saklı kalmak kaydı ile günübirlik tedavilerde kullanımı halinde ödenecektir.

Tebliğ eki EK–2/B sayılı listede 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 sağlık raporuna bağlı ilaçlar**

Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Sağlık 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 sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

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

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

Uzman hekim tarafından düzenlenen sağlık 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) sayılı “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**

Aşağıda belirtilen düzenlemeler, ayakta tedavi ve yatarak tedaviler için geçerlidir.

12.7.1. Altın preparatları, biyolojik ajanlar, leflunomid ve subkutan/intramuskular metotreksat, Efalizumab, Romatoid artritte rituksimab kullanım ilkeleri

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

Psöriyazis vulgarisli hastalarda; dermatoloji uzman hekimleri tarafından bu tanı için düzenlenen ve en fazla 6 ay süreyle geçerli, ilaç kullanım dozu ve süresini de belirten uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

b) **(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Leflunomid kullanım ilkeleri: Sadece romatoid artrit veya psoriatik artritli (Bu endikasyonda sadece leflunomid 20-100 mg) hastaların tedavisinde diğer hastalık modifiye edici ilaçlardan sulfasalazin veya methotrexat ile kontrol altına alınamayan veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu iç hastalıkları, romatoloji, immunoloji ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporunda belirtilmek şartı ile bu uzman hekimler tarafından reçetelenmesi halinde bedeli ödenir. Raporda ilaç 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; uzman hekim 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 (infliksimab, etanarsept, adalimumab, rituksimab gibi) ilaçların kullanım ilkeleri;

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 alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5.1) veya yan etki nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı hallerde (poliartiküler juvenil romatoid artritte DAS aranmaz),

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

-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 (BASDAI) > 4, Visual Analog Skoru (VAS) 0-10cm) kullanılmadığı hallerde,

-Psöriyatik 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 kalmışsa;

bu durumların uzman hekim 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 bu uzman hekimler veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimleri 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 uzman hekim 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 uzman hekim raporu düzenlemeye yetkili hekim tarafından değerlendirilerek tedaviye devam edileceği raporda belirtilir, yeterli cevap alınamamışsa (Romatoid artrit için, DAS 28'de 0.6 puandan, periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilit için, BASDAI'de 2 birimden daha az düzelme olması, psöriyatik artrit için, psöriyatik 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.

Psoriasis 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 uzman hekim raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Efalizumab; psoriasis hastalığının tedavisinde hastanın klinik durumuna göre öncelikle topikal tedaviler (topikal steroidler, topikal ..... v.b.) bunlardan cevap alınmadığında sistemik tedavilerin (retinoik asit, metotreksat v.b.) kullanılması ve bu tedaviden de cevap alınmaması durumunda bunların belirtildiği üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin bulunduğu en fazla 6 ay süreli uzman hekim raporu ile yalnızca dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilecek, 6 aylık sürede tedaviye cevap alınması durumunda, tedavinin devamı için, bu durumun bir sonraki uzman hekim raporunda belirtilmesi gerekmektedir. Rapor süreleri 6 ayı geçmeyecektir.

Crohn hastalığında; diğer tedavilere cevap vermeyen fistüle vakalarda bu durumun ve daha önce almış olduğu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten **(Değişik ibare:RG-5/9/2009-27340)<sup>(5)</sup> erişkin/çocuk gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden** biri tarafından düzenlenen ve kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanması ve iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Yukarıda bahsedilen durumların tedavisi için düzenlenen uzman hekim raporlarının süresi, ayrıca süre belirtilenler hariç olmak üzere bir yılı aşmayacaktır, raporun tekrarı halinde aynı kriterler geçerlidir.

Ritüksimab, Romatoid Artritli hastalarda; methotrexat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artritli bulunan ve bir veya daha fazla TNF (tümör nekrozis faktör) inhibitörü tedavilerine karşın hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU>5.1 OLAN) erişkin hastalarda, en çok 2 kür (4 infüzyon şeklinde) olarak, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde bulunan romatoloji veya klinik immünoloji bilim dallarında veya kliniklerinde hazırlanan en az bir romatoloji veya klinik İmmünoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu hekimler tarafından reçetelenmek ve klinik ortamda uygulanmak kaydı ile ödenir.

**(Ek paragraf:RG-5/9/2009-27340)<sup>(5)</sup> Ülseratif Kolit hastalığında** infliksimab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimleri veya genel cerrahi

uzmanı tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzmanlar ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelendirilir.

#### 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 uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

b) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol (**Ek ibare:RG-20/1/2009-27116**) paliperidon) 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.

#### (Mülga ikinci paragraf:RG-5/9/2009-27340)<sup>(5)</sup>

Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin oral formları, psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna, parenteral formları ise yalnızca psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim 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.

Demanda, atipik antipsikotik ilaçlar, psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

c) Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek uzman hekim raporunda ilacın kullanılacağı süre belirtilecektir.

#### 12.7.3. (Ek:RG-20/1/2009-27116)

Aşı ve serum temini uygulaması

Enjektabl allerji aşı endikasyonları;

İnhalen allerjen duyarlılığı olduğu cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmiş, en fazla 2 farklı grup inhale allerjene karşı duyarlılığı olan, en az 3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ile hastalığın kontrol altına alınmadığının raporda belirtilmesi kaydı ile;

- 1) Allerjik bronş astımı,
- 2) Allerjik rinit,
- 3) Allerjik konjoktivit,

durumlarında, bu durumların allerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, tedavi protokolünü gösterir resmi sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedelleri karşılanır. İlk reçetelendirme allerji veya klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından yapılacaktır.

Sağlık kurulu raporuna istinaden tedavinin devamı niteliğindeki diğer reçetelendirmeler bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimleri tarafından yapılabilir.

Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

Arı venom allerjisi; Arı venom aşıları, allerji, klinik immunoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilmeleri halinde bedeli ödenir.

Aşı tedavileri, arı venom allerjisi hariç 5 yılı geçemez. Bu amaçla yukarıda tanımlanan rapordaki tedaviye başlama tarihi yazılacaktır.

Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.

(Ek:RG-10/12/2009-27428)<sup>(7)</sup> Spesifik allerji aşılarının bedellerinin, standart aşı bedeli kadarı karşılanır.

#### 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 uzman hekim raporu doğrultusunda bu uzman hekimlerden birinin yazdığı reçeteye göre, raporda laboratuvar sonuçlarının yer alması kaydıyla bedeli ödenir.

#### 12.7.5. Botulismus toksini Tip A

Botulismus toksini, ayaktan ve yatan hastalarda yalnızca;

a) Göz adalesi fonksiyon felçleri bozuklukları,

-Blefarospazm,

-Hemifasiyal spazm,

-Servikal distoni (spazmodik tortikollis),

-EMG esnasında uygulanacak fokal distoni,

-Erişkinlerde inme sonrası gözlenen fokal spastisite,

endikasyonlarında sadece organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulamayı yapacak; göz hastalıkları veya nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının herhangi üçünün yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

b) Pediatrik serebral palsi endikasyonunda: 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.

Yukarıda sıralanan tüm endikasyonlar için 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. Bu endikasyonlar dışında bedeli ödenmez.

12.7.6. (Değişik ibare:RG-5/9/2009-27340) <sup>(5)</sup> Büyüme bozuklukları

12.7.6.1 (Ek başlık:RG-5/9/2009-27340) <sup>(5)</sup> Büyüme hormonu kullanım esasları

Hastanın yaş grubuna göre çocuk veya erişkin endokrinoloji uzman hekimlerinin birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilir. Rapor, en fazla 6 ay süreyle geçerli olup hastanın yaşı ve fiziki boy uzunluğu bu rapora yazılacaktır.

İlaçların günlük doz miktarı belirtmek 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, kemik yaşının kızlarda 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 ya da; hastada biyoaktif büyüme hormonu saptanmış ise (IGF 1 testi ile);

5) Pubertal dönemde veya öncesinde geçirilmiş olan beyin ameliyatına (hipofiz bölgesi ameliyatları, hipotalamus-hipofiz aksını etkileyen ameliyatlara gibi) bağlı büyüme hormonu eksikliği olan hastalarda, epifizlerin açık olması dışında yukarıda sayılan şartlar aranmaz.

Bu hususların belirtildiği sağlık kurulu 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 persentile ulaşana kadar her 6 ayda bir sağlık kurulu raporu yenilenecektir.

Sonlandırma kriterleri;

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

B) Erişkinlerde;

1) Epifiz hatları açık olan erişkin yaşta 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 hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak erişkin endokrinoloji, iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir. Rapora tedavi şeması ile ilgili ayrıntılı bilgi yazılacaktır. Bu rapor en fazla 6 ay süreyle geçerli olacaktır.

#### 12.7.6.2. (Ek alt bend:RG-5/9/2009-27340)<sup>(5)</sup>

Laron sendromu tanı kriterleri ve rhIGF-I (mecasermin) kullanım ilkeleri:

En az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.”

a- Başlama kriterleri:

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

1) Boy (-3) standart sapmanın altında, yıllık büyüme hızı yaş ve cinse göre 25 persentilin altında, serum IGF-I düzeyi < -2 SD, serum IGFBP-3 düzeyi < -1 SD, bazal veya uyarılmış büyüme hormonu düzeyi > 10 mcg/L, Somatomedin jenerasyon testinde büyüme hormonu uyarısına IGF-I artışının yetersiz olduğu durumlarda tedaviye başlanılır.

2) Başlangıç dozu 120 mcg/kg/gün'e kadar çıkılabilir.

3) Büyüme hormonu tedavisinin yerine kullanılmaz.

b- Devam kriterleri:

1) Tedavi alan hastalar en az 3 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olduğunun reçetede belirtilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy skalasına göre 25 persentile ulaşana kadar, tedavi ile yıllık büyüme hızının izlemde tedavi öncesi yıllık büyüme hızının 2 cm üstünde olan hastalarda yılda bir sağlık kurulu raporu yenilenecek tedavi devam ettirilir.

(2) Yenilenen raporlarda tedavi öncesi ve tedaviyle sağlanan büyüme hızı, ulaştığı boy skalası ve epifiz hatlarının durumu belirtilir.

c- Sonlandırma Kriterleri:

1. Epifiz hattı kapandığında veya
2. Yıllık büyüme hızı tedavi öncesi hıza göre + 2 cm'den düşük olduğunda veya
3. Boy uzunluğu kızlarda 155 ve erkeklerde 165 cm'e ulaştığında veya
4. Tedavi esnasında boy 25 persentile ulaştığında, tedavi sonlandırılacaktır.

#### 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 uzman hekim 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 Tanıya Dayalı İşlem Fiyatına dahil 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 uzman hekim 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,

malnütrisyon 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) (Değişik:RG-20/1/2009-27116)

Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri;

Eritropoietin ve darbepoietin preparatları sadece kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi ve myelodisplastik sendrom endikasyonlarında aşağıda belirtilen koşullarda karşılanacak olup, diğer endikasyonlarda karşılanmaz.

##### 1. Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda;

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 arasındadır. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'ye ulaşmaya kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe 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. Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz sertifikalı uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim 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 tedaviye başlangıç dozu 50-150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25-75 IU/kg/haftadır.

##### 2. Myelodisplastik sendrom endikasyonunda;

Hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesi her reçeteye eklenir.

Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

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

Eritropoietin ve darbepoetinlerin ilgili uzman hekim raporlarında ilacın kullanım dozu ve süresi belirtilir. Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilir.

b) Sevelamer kullanım ilkeleri:

Tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanılmış olması ve bu hususun raporda belirtilmiş 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 olan,

hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir. Bir defada en fazla (bire aylık dozda) bir kutu ilaç verilir. Fosfor düzeyi 3.5mg/dl'nin altında olduğu durumlarda sevelamer tedavisi kesilir.

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** Fosfor düzeyinin 3.5mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.

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/ml'nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda başlanır.

2) Aynı hasta grubunda düzeltilmiş serum kalsiyum düzeylerinin 10.2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçtiği durumlarda kesilir.

3) **(Değişik:RG-5/9/2009-27340)** İlgili koşulların söz konusu olduğu hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce 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:

a) Tip I (Non Nöropatik Form)

b) Tip III (Kronik Nöropatik Form)'tür.

c) 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-dalاک boyutları, tam kan sayımı, karaciğer enzimlerinin tayini, karaciğer-dalاک 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 düzelmeye 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 Tebliğde 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 sağlık kurulu raporunda enzim tedavisinin mümkün olmama gerekçelerinin (enzime karşı

anafilaktik 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 edilecek, 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 uzman hekim 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 uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekim tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde uzman hekim 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 tarafından,
2. Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji (yetişkin ve çocuk) uzman hekimi tarafından,
3. Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından,
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,
5. Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiyotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik şok) tedavisinde ilgili uzman hekimi tarafından, reçete edilebilir.

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

### 12.7.13. (Değişik bent:RG-5/9/2009-27340)<sup>(5)</sup> Hepatit Tedavisi

Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar çocuk veya erişkin gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

#### 12.7.13.1. Kronik Hepatit B tedavisi

1) İlk tedaviye başlamak için; HBV DNA seviyesi: 10 000 (10<sup>4</sup>) kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalar, bu durumun belirtildiği rapor ve eki tetkik sonuçlarına (HBV DNA sonucu ve karaciğer biyopsi raporu) göre;

a. Erişkin hastalarda; karaciğer biyopsisinde HAI $\geq$ 9 veya fibrozis  $\geq$  2,

b. 2-17 yaş grubu hastalarda; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI $\geq$ 4 veya fibrozis  $\geq$  2,

olan hastaların tedavisine interferonlar, pegile interferonlar veya oral antiviraller ile başlanabilir.

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

3) İnterferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen ve HBV DNA  $\leq$ 10<sup>7</sup> kopya/ml olan hastalarda kullanılabilir. İnterferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

4) Oral antiviral tedaviye HBV DNA  $\leq$ 10<sup>7</sup> kopya/ml ise günde 100 mg lamivudin ile başlanır. Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA pozitif olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir. HBV DNA >10<sup>7</sup> kopya/ml olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir.

a. HBeAg pozitif olan hastalarda oral antiviral tedavi sırasında HBeAg serokonversiyonundan (HBeAg negatif, anti-HBe pozitif ve HBV DNA negatif olduktan) sonra en fazla 12 ay daha oral antiviral tedavi kullanılabilir. Her yenilenen raporda hastaların tedavi başlangıcındaki ve güncel HBeAg ve HBV DNA durumları belirtilmeli ve belgelenmelidir.

b. HBeAg negatif olan hastalarda oral antiviraller, HbsAg pozitifliğini gösterir laboratuvar sonucu rapora eklenerek, HBsAg kayboluncaya kadar kullanılabilir.

5) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, HBV DNA ve HBeAg durumları belirtilir, ALT yüksekliği bulunması koşulu aranmadan, hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun başlama kriterlerini gösteren, teşhisin konulduğu raporun fotokopisinin yeni rapora eklenmesi veya başlama kriterlerine uygun olduğunu gösteren, teşhisin konulduğu raporda belirtilen HBV DNA ve ALT değerleri ile raporun tarih ve sayısının, yeni raporda açık olarak belirtilmesi yeterlidir.

6) Oral antiviral tedavi altındayken negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Ancak, lamivudin kullananlarda entekavir veya telbivudine geçilemez veya eklenemez, adefovir kullananlarda tenofovir eklenemez. Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

#### 12.7.13.2. Karaciğer sirozunda tedavi

Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanabilir. Karaciğer biyopsisi yapmak için kontrendikasyon bulunanlarda ve dekompanse sirozlarda biyopsi koşulu aranmaz. Tedavi süreleri Kronik Hepatit B'de olduğu gibidir.

12.7.13.3. İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan HBsAg (+) hastalarda, ALT yüksekliği, HBV DNA pozitifliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın uygulanmakta olan diğer tedavisi süresince ve bu tedavisinden sonraki en fazla 12 ay boyunca lamivudin kullanılabilir. İmmünsupresif, sitotoksik kemoterapi ve monoklonal antikor tedavisine ilişkin ilaç raporunun bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekir.

İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan Kronik Hepatit B hastalarında ise tedavi süreleri ve ilaç seçimi kronik hepatit tedavi prensiplerinde belirlendiği şekildedir.

12.7.13.4. HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-HBc(+) kişiden karaciğer alan hastalara; biyopsi, viral seroloji, ALT seviyesi ya da HBV DNA bakılmaksızın oral antiviral tedavi verilebilir.

#### 12.7.13.5. Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi

Delta ajanlı Kronik Hepatit B tanısı konmuş anti HDV(+) hastalarda interferon veya pegile interferonlar, Kronik Hepatit B'deki kullanım süre ve dozunda kullanılabilir. Bu hastalardan Kronik Hepatit B tedavi koşullarını taşıyanlarda tedaviye oral antiviral ilaçlardan biri eklenebilir. (anti HDV(+)) ve HBV DNA sonucunu gösteren gösterir laboratuvar sonucu rapora eklenir.)

#### 12.7.13.6. Hepatit C Tedavisi

1) Akut Hepatit C tedavisi: Akut Hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç rapora eklenir) 24 hafta süreyle, Kronik C Hepatitinde kullanıldığı dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi

uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut C Hepatiti tedavisi için karaciğer biyopsisi ve 12 nci haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.

2) Kronik Hepatit C tedavisi:

a. Anti HCV ve HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

b. Kronik Hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

c. Tedavi süresi: Genotip 1 ve 4 için 48 haftadır. Tedavi başladıktan sonra 12 nci hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. 16 ncı haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28 inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda yazılacak reçetelerine HCV RNA analiz raporunun fotokopisi eklenir.

Genotip 2 ve 3 hastalarda ribavirin dozu en fazla 800 mg olacak şekilde verilir. Bu hastalarda gerek interferonun gerekse ribavirinin tedavi süresi en fazla 24 haftadır. Genotip 2 ve 3 hastaların tedavisinde 12 hafta sonundaki HCV RNA azalması koşulu aranmaz.

d. Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi:

1. Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nci haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler.

2. İnterferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin veya tedavisine cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izleminde HCV RNA yeniden pozitifleşen) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere yeniden pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16 ncı haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12 nci haftada HCV RNA (-) olmalıdır.

3. İnterferon veya pegileinterferon monoterapisi alan ve cevapsız olan hastalarda pegileinterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.

4. İnterferon + Ribavirin veya Pegile interferon+Ribavirin tedavisine cevap vermeyen 17 yaşının üzerindeki hastalarda yeniden pegileinterferon ve ribavirin tedavisi yapılamaz.

12.7.13.7. Viral Hepatit tedavisinde genel prensipler

1. Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre belirlenmiştir.

2. Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı < 80 000 veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya dekompanse karaciğer sirozunda) karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri

a) Ayaktan kemoterapi yapılacak kanserli hastalara tedavi protokolünü gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak kür tanımına uyacak tedavi uygulanıyor ise bir kürlük, kür tanımına uymayan tedavi uygulanıyor ise en fazla 3 aylık dozda ilaç verilebilir. ((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 uzman hekim 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 uzman hekim 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, siklofosamid, sisplatin, sitozin arabinosid, streptozosin, tamoksifen, tioguanin, tiotepa, vinblastin, vinkristin.

Bu ilaçların endikasyon dışı kullanımını için Sağlık Bakanlığı izni aranmaz.

2) Üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ve uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlar: Amifostin, anagrelid, anastrazol, bikalutamid, buserelin, dosetaksel, eksemestan, filgrastim, fludarabin, flutamid, fotemustin, FUDR, gempitabin, 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, (Değişik ibare:RG-5/9/2009-27340)<sup>(5)</sup> vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları kür

protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla kullanılır. zolendronik asit, İbandronik Asit,

3) Özel düzenleme yapılmış ilaçlar;

a) **(Değişik:RG-20/1/2009-27116)**

Tıbbi onkoloji veya çocuk onkolojisi uzman hekimlerinin bulunduğu tüm hastanelerde, bu hekimlerden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenerek bu hekimlerce reçete edilir. Bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise, hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce sağlık kurulu raporu düzenlenir ve yine üçüncü basamak sağlık tesislerinde bu hekimlerce reçete edilir.

**Bevacizumab, erlotinib, gefinitib, octreotid, lanreotid, setuksimab.**

b) Hematoloji veya çocuk hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ve bu hekimlerce reçete edilecek ilaçlar.

Bortezomib, talidomid.

c) Tıbbi onkoloji veya çocuk onkoloji, hematoloji veya çocuk hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ve bu hekimlerce reçete edilecek ilaçlar.

İnterleukin-2

d) Özel düzenleme yapılan ilaçlar,

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** Trastuzumab; Metastik meme kanseri tedavisinde HER- 2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH (+) olan hastalarda progresyona kadar kullanılabilir. Hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tüm hastanelerde bu hekimin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunmadığı 3.basamak sağlık kurumlarında ise genel cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile ve yine 3. basamak sağlık tesislerinde genel cerrahi uzman hekimince reçete edilir.

Alemtuzumab: Kemik iliği tutulumu gösterir biyopsi sonucuyla, yeterli doz ve sürede alkileyici ajanlar alan ve fludarabin fosfat kürlerini tamamlayan ya da fludarabin temelli kombinasyon rejimlerine kesin olarak dirençli hale gelmiş (Evre III veya Evre IV Kronik Lenfoid Lösemi-KLL) 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.

BCG canlı intravezikal, insutu mesane kanseri tedavisinde tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerince reçete edilir.

Fulvestrant: Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekiminin yer aldığı, bu uzman hekimin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşdaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ve bu hekimlerce;

Doğal veya yapay postmenapozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden (öncelikle tamoksifen, sonra aromataz inhibitörlerinden biri [anastrozole, exemastane, letrozole] kullanıldıktan) sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, hazırlanan raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.

İbritumomab tiuksetan: Tıbbi onkoloji, radyasyon onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir uzman hekim raporuna istinaden, terapötik rejiminin bir parçası olarak kullanıldığında maksimum iki doza kadar geri ödenir.

İmatinib: Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

İmiquimod (Yalnızca bu madde kapsamında ödenir.), yüzeysel bazal hücreli karsinom tedavisinde, cilt hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak cilt hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

Oktreotid ve lanreotid: Akromegali tedavisinde endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince reçete edilir.

Ritüksimab: Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı 3.basamak sağlık kurumlarında

ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş tedavi protokolünü de gösterir uzman hekim raporuna istinaden **(Ek ibare:RG-20/1/2009-27116)** yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde; 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.

Temozolomid: Radyoterapi ile birlikte ve/veya tek başına kullanımında tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi, çocuk onkolojisi uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı 3.basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilebilir.

Floxuridin: Sadece kolon kanserinin karaciğere çoklu metastazlarında ilacın onaylı prospektüs bilgileri dikkate alınarak, intraarterial yolla en fazla 6 kür olarak tıbbi onkoloji, genel cerrahi ve gastroenteroloji uzmanlarından en az birinin bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir sağlık kurulu raporu ile yatarak tedavide kullanılmak üzere tıbbi onkoloji uzmanları, genel cerrahi uzmanları ve gastroenteroloji uzmanları tarafından reçete edilir.

Azasitidin: Kemik iliği blast oranının %5 in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu heyet tarafından düzenlenen ve 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer (1'er) aylık tedavi miktarında reçete edilebilir. **(Ek son dört cümle:RG-5/9/2009-27340)** <sup>(5)</sup> Azasitidini 6 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50 den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5 in üstünde kalan) hastalarda 3 ay daha devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.

**(Değişik paragraf:RG-10/12/2009-27428)** <sup>(7)</sup> Dasatinib ve nilotinib: Sağlık Bakanlığı'nca onaylanan prospektüslerinde yer alan endikasyonlarda kullanılmak üzere, söz konusu ilaçların prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. Dasatinib veya nilotinib etken maddelerinden yalnızca biri kullanılacaktır, kullanılan etken maddeye direnç gelişmesi ya da progresyon olması durumunda diğer etken maddeye geçilemeyecektir. (Dasatinib ve nilotinib ardışık ya da kombine olarak kullanılmayacaktır.)

Pegvisomant: Bu ilaç cerrahi ve/veya radyasyon tedavisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon tedavisine uygun olmayan aktif akromegalisi olan ve en az 6 aylık süre ile ve tam dozda uzun etkili somatostatin analogları ile tedaviye rağmen IGF-1 düzeyleri yaşa göre belirlenen normal değerlerin üstünde kalan hastalarda kullanılabilir. Bu hastalar için eğitim ve araştırma ile üniversite hastanelerinde içinde en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

Tedavinin başlangıcında; IGF-1 kontrolü yapılarak ve en düşük dozdan başlanarak iki ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu düzenlenecek, bu sürenin sonunda yine IGF-1 kontrolü yapılarak iki kez ikişer aylık iki rapor daha düzenlenebilecek ve bu şekilde başlangıç tedavi süresi toplam 6 ayı aşmayacaktır.

Düzenlenen raporlarda; varsa bir önceki raporun tarih-sayısı ile kaçınıcı rapor olduğu belirtilecektir.

İdame tedavisinde yine IGF-1 kontrolü yapılarak en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Tedavi sırasında IGF-1 ölçümlerine göre dozun azaltılması gerektiğinde yeni bir rapor düzenlenmesine gerek bulunmamaktadır.

İdame tedavisi için düzenlenen raporda; başlangıç tedavisi için düzenlenen raporların tarih ve sayısı belirtilecektir.

Reçeteler, endokrinoloji ve metabolizma uzmanları tarafından yazılacaktır. İdame tedavisi sırasında en fazla ikişer aylık ilaç ihtiyacına yönelik reçetelenecek ve reçetelere IGF-1 ölçümleri yazılacaktır.

Sunitinib: İmatinibe dirençli metastatik veya rezekte edilemeyen gastrointestinal stromal tümörlerin (GIST) veya sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum çıkarılacak raporda belirtilmelidir.

**(Ek fıkra:RG-7/2/2009-27134)** Lapatinib: Daha önce antrasiklin, taksan ve trastuzumab ile tedavi görmüş ve halen progresyon gösteren, c-erb B2 immünohistokimya testi sonucu 3+ veya FISH + olan metastatik meme



kanserli hastalarının tedavisinde kapesitabin ile kombine olarak kullanılır. Lapatinib + kapesitabin progresyona kadar geçen sürede, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde ödenir. Lapatinib + kapesitabin kullanılıyor iken progresyon gelişen hastalarda tedavinin sonraki basamaklarında lapatinib ödenmez. **(Ek son iki cümle:RG-5/9/2009-27340)** Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tüm hastanelerde bu hekimin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunmadığı 3 üncü basamak sağlık kurumlarında ise genel cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile ve yine 3 üncü basamak sağlık tesislerinde genel cerrahi uzman hekimince reçete edilir.

**(Ek paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(7)</sup>** Temsirolimus; Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, aşağıdaki 6 kriterden en az üç tanesinin bulunduğu kötü prognoz grubu kabul edilen hastalarda;

- 1- Laktat dehidrogenaz düzeyinin normalin üst sınırından 1.5 kat veya daha fazla artmış olması,
- 2- Hemoglobinin normal değerinin alt sınırdan düşük olması,
- 3- Düzeltilmiş kalsiyum düzeyinin 10mg/dl nin üzerinde olması,
- 4- Tanıdan itibaren sistemik tedavinin başlangıcına kadar geçen sürenin 1 yıldan az olması,
- 5- Performans durumu ECOG' a göre 2 ve üzerinde olması,
- 6- İki ya da daha fazla organ metastazının bulunması,

bu durumu belirtir en az iki tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı tedavi protokolünü gösterir en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Temsirolimus ve sunitinib ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

Bu maddede belirtilen ilaç grupları için sağlık kurulu 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.

4) Yukarıda isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen kemoterapi ilaçlarının ödemesinde bu maddenin "Özel düzenleme yapılmış ilaçlar" başlıklı c-3/a numaralı bendi hükümleri uygulanır.

5) Söz konusu ilaçların yatan hastaların yanı sıra, 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) **(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** 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 bir defaya mahsus olmak ve 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

c) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkayıcı 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 uzman hekim 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 sayılı liste ve "Doğuştan Metabolik Hastalıklar ile Çölyak Hastalığında Kullanılan Ürünler Listesi" ne (EK-2/E) 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 ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma

hastalıkları ya da çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından 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.ı un, 1300 gr.ı mamul (şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi), 2300 gr;

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

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

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

olacak şekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir.

Bu ürünlerin bedeli; çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından yazılması halinde; ödenir.

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.ı un, 1,5 kg.ı mamul (makarna, şehriye, bisküvi), 250 gramı çikolata, gofret vb olmak üzere toplam 3750 gr.;

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

15 yaş üstü için: 4 kg.ı un, 2 kg.ı 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.

Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığı için düzenlenecek uzman hekim raporu, uzman hekim 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.

Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan, "Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis, İnek Sütü Alerjisi ve Çölyak Hastalığı) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi" nde (EK-2/E ) belirtilmiş olup, bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumlarca karşılanmaz.

**12.7.17. (Başlığıyla birlikte değişik:RG-10/12/2009-27428)<sup>(7)</sup>**

Osteoporoz, sudek atrofisi (Algonörodistrofi) ve paget hastalığında ilaç kullanım ilkeleri

12.7.17.1. Osteoporoz:

Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat) aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce son bir yıl içinde yapılan KMY ölçümüyle planlanır. Ölçüm en erken 1 yıl sonra tekrar edilebilir ve yılda bir defadan daha sık yapılamaz. KMY ölçümünün bir örneği reçeteye eklenir. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada diğer kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebra ya da ön koldan yapılabilir.

75 yaş ve üzerindeki hastalar ile raporunda osteoporotik patolojik kalça kırığı belirtilen hastalarda KMY ölçümü şartı aranmaz.

Bu ilaçlar;

1. Patolojik kırığı olan hastalarda lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda,

2. Patolojik kırığı olmayan 65 yaş ve üzeri hastalarda, lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olması durumunda,

3. Patolojik kırığı olmayan 65 yaş altı hastalarda; lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda,

4. Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn hastalığı veya ülseratif kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nervoza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı veya organ nakli uygulanmış hastalarda; sekonder gelişen osteoporozda (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda, (primer hastalığını da belirtir sağlık raporu ile birlikte) reçetelenir.

Bifosfanat grubu ilaçlar; iç hastalıkları, FTR, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

Stronsiyum ranelat ve raloksifen; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, FTR, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

Kalsitonin, ağırlı vertebral kırığı bulunan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, FTR, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde her ağırlı vertebral kırık durumunda en fazla 3 aylık tedavi dozu verilmesi koşulu ile bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

Kalsitonin, ağırlı vertebral kırığı bulunmayan osteoporozlu ve bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda, bu durumun iç hastalıkları, FTR, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde bu uzmanlarca reçete edilerek kullanılabilir.

Aktif D vitaminleri (kalsitriol ve alfakalsidol) osteoporoz tedavisinde ödenmez. (Ek-2 listesindeki düzenlemeler hariç)

#### 12.7.17.2.Sudek atrofisin (Algonörodistrofi):

Altı ay boyunca uygulanan standart tedavilere (analjezik, fizyoterapi) rağmen yeterli cevap alınmadığının ve lokal kırığın raporda belirtilmesi halinde FTR veya ortopedi ve travmatoloji veya romatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

#### 12.7.17.3. Paget ve juvenil osteoporoz:

Uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.

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

Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenen en fazla üç ay süreli uzman hekim 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)  $\geq 40$  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 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 yazılabilir. Aynı ilacın farklı farmasötik formlarının aynı anda reçete edilmesi halinde birisinin bedeli ödenir.

b) Topiramet diğer profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda nöroloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporunda bu husus belirtilerek nöroloji uzman hekimince tedaviye başlanır.

Uzman hekim raporu 1 yıl süreyle geçerlidir ve nöroloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından en fazla birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

#### 12.7.20. Palivizumab kullanım ilkeleri

Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatın (**Ek ibare:RG-5/9/2009-27340**) çocuk kardiyoloji, neonatoloji (yenidoğan), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından

düzenlenen uzman hekim raporuna dayanarak yatarak tedavilerde bu uzman hekimler tarafından belirtilen koşullarda kullanılması halinde bedelleri 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,

c) **(Ek bent:RG-7/2/2009-27134)**

12 aylıktan küçük;

- Soldan sağa şantlı doğuştan kalp hastalığına sahip olup, konjestif kalp yetersizliği tedavisi alması gereken bebeklerde,

- Siyanotik doğuştan kalp hastalıkları olan bebeklerde,

- Düzeltilmemiş ya da kısmen düzeltilmiş kompleks doğuştan kalp hastalıkları olan bebeklerde,

- Opere edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebeklerde,

- Önemli pulmoner hipertansiyonlu bebeklerde (Sistemik basıncın %50'sinden fazlası)

- Hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomiyopati bebeklerde.

12-24 ay arası;

- Düzeltilmemiş ya da kısmen düzeltilmiş kompleks doğuştan kalp hastalığı olan bebeklerde,

- Opere edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebeklerde,

- Hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomiyopati bebeklerde,

- Önemli pulmoner hipertansiyonu olan bebeklerde (Sistemik basıncın %50'sinden fazlası) kullanılır.

profilaktik olarak Ekim-Mart ayları arasında, ayda bir kez ve en fazla 2 yaşına kadar mevsim başlangıcında kullanılmalıdır.

12.7.21. Anagrelid kullanım ilkeleri

Hidroksiüre + asetil salisilik asit tedavisine dirençli olduğu ya da 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 uzman hekim 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 sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Bu raporda, günlük kullanım dozu ve süresi ile epikriz raporuna dayanılarak verilen ilacın kullanıldığına belirtilmesi gereklidir.

12.7.23. Amfoterisin-B ve kaspofungin ve vorikanazol Itrakonazol (infüzyon **(Ek ibare:RG-20/1/2009-27116)** ve solüsyon) kullanım ilkeleri

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

Klasik amfoterisin-B'ye alerjik reaksiyon gösterdiğinin uzman hekim raporu ile belgelenmesi ya da 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 veya Itrakonazol (infüzyon) bedeli ödenir.

Kaspofungin, vorikanazol, lipozomal amfoterisin-B ve lipid kompleks amfoterisin-B'nin parenteral formları veya Itrakonazol (infüzyon) yukarıdaki şartları sağlayan uzman hekim raporu ve EHU onayı ile mutlak surette yatarak tedavide kullanılabilir. Bu ilaçların oral formları ise yine EHU onayı ile ayaktan tedavide de kullanılabilir.

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116) Itrakonazol Solüsyon;** HIV pozitif veya bağışıklığı bozulan hastalardaki flukonazole dirençli özofajiyal kandidozun tedavisinde,

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** hematolojik malignitesi olan veya allojenik kemik iliği transplantasyonu yapılan ve nötropeni gelişmiş (<500 hücre/ml ) hastalardaki derin fungal (mantar) enfeksiyonların profilaksisinde (nötrofil sayısının 500 ün üzerine çıkması durumunda tedavi süresi en fazla 7 gün olacaktır),

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** erişkin veya çocuk hematoloji, erişkin veya çocuk onkoloji, erişkin veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca reçete edilmek kaydı ile kullanılabilir.

Itrakonazol'un oral formları, Ek-2/A Listesinin 95 inci maddesinde belirtildiği şekilde reçetelenebilir.

#### 12.7.24. Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri

Bu grup ilaçların ayaktan tedavide kullanımı 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 ödenir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim 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 uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

##### 2. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) 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 uzman hekim 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 uzman hekim 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 hekimlerince veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

#### 12.7.25. Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri:

##### a) Epilepside:

Yeni nesil antiepileptikler (Lamotrigin, topiramet, vigabatrin, levitirasetam gabapentin, **(Mülga ibare:RG-5/9/2009-27340)**<sup>(5)</sup> ... 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 uzman hekim raporu mevcut ise diğer hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.

**(Ek paragraf:RG-5/9/2009-27340)**<sup>(5)</sup> Pregabalin ve zonisamit, nöroloji uzmanı tarafından çıkarılacak rapor ile tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir. **(Ek son cümle:RG-10/12/2009-27428)**<sup>(7)</sup> Pregabalin, yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda ödenmez

##### b) Nöropatik ağrıda:

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

Pregabalin; üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim 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 uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/ reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

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

##### A) Faktörler

**(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından;

-Akut kanaması olduğu durumlarda ya da cerrahi girişimler öncesi,

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

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

Acil müracaatlarda; hastanın tam teşekküllü sağlık kurumlarına başvurusu halinde Hemofili Takip Karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut, ancak ilaçta doz artırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun gelişmesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi koşuluyla hastanın tedavisi sağlanacaktır.

Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç yazılarak hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir.

Faktör VIIa, hastanın tanısı, faktör düzeyini (glanzmann trombastenisi hariç), **(Mülga ibare:RG-20/1/2009-27116)** ... inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; klinik şartlarda prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar uzman hekim tarafından reçete edildiği takdirde bedeli ödenir.

B ) Anti Rh kullanım ilkeleri

a) **(Değişik:RG-10/12/2009-27428)<sup>(7)</sup>** Doğum sonu, düşük veya küretaj sonrası ve antenatal kullanım; anne ve babanın kan gruplarının hasta dosyasında yer alması gerekmektedir.

Düşük doz anti Rh (600IU) preparatları; yalnızca düşük, küretaj ve gebeliğin 28. haftasında kullanılabilir.

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 uzman hekim 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 uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yeniden kullanımı gerektiğinde bir önce verilen ilacın kullanıldığının 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. Yatarak tedavilerde resmi sağlık kurumunca temin edilememesi durumunda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 (üç) günlük dozda "ECZANEMİZDE YOKTUR, YATAN HASTA" kaşesi basılıp başhekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sağlık kurumunca ihale yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Plazmaferezde ve karaciğer nakli yapılmış hastalarda 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

**(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Aşağıda belirtilen hastalıklardan birini gösteren sağlık raporuna istinaden;

A- Daha önce ilaç kullanmayan hastalarda ilaca başlanma kriterleri:

a) Statinler (antihipertansiflerle kombinasyonları dahil) LDL düzeyinin 160 mg/dl'in (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- **(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Sağlık 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 sağlık raporuna son 6 ayda yapılmış, kan lipid düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren tetkik eklenir veya bu tetkik sonuçları raporda belirtilir. 01x01 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

C- Rapsuz 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, **(Değişik ibare:RG-5/9/2009-27340)** LDL düzeyi 100 mg/dl'nin altına veya trigliserid düzeyi 200 mg/dl'nin altına düştükten 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 yada kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

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

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 uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

D) Niasin: En az 3 ay boyunca statinler veya statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlardan herhangi birisi ile tedavi edilmiş olmasına rağmen HDL düzeyi 40 mg/dl'nin altında olan 18 yaş üzeri hastalarda bu durumun belgelenmesi koşuluyla dahiliye veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendiğinde ya da bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

**(Mülga cümle:RG-20/1/2009-27116)**

E) Raporlu hastalarda raporun yenilenmesi durumunda, yapılan tetkik sonucu dikkate alınmadan, daha önce alınmış ilacın teminine esas olan önceki raporun fotokopisinin rapora eklenmesi veya tedaviye başlama tarihi ve başlama değerlerinin raporda belirtilmesi yeterlidir. Ancak yeni yapılan tetkikin sonucu başlama değerlerine uygunsuzsa önceki rapora ait bilgilere gerek olmadan ilgili ilaçların 1x1 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

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.

1 inci ve 2 nci maddede yer alan ilaçlar; kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

12.7.30. **(Değişik başlık:RG-10/12/2009-27428)<sup>(7)</sup>** Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan ve sildenafil kullanım ilkeleri

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

b) Vazoreaktivite 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 birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenecektir. Bu koşullar yatan hastalar için de geçerlidir.

Bağ dokusu hastalıklarına (Skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

12.7.31 Kırım Kongo kanamalı ateşinde ribavirin kullanım ilkeleri:

Kırım kongo kanamalı ateşinde ribavirin, enfeksiyon hastalıkları, çocuk sağlığı hastalıkları veya dahiliye uzman hekimince reçete edilmesi veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenecektir.

12.7.32. Non-iyonik radyo opak maddeler:

Ayaktan yapılan intravenöz piyelografi (I.V.P) ve histerosalpingografi (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.

Reçeteye ön tanı ve istenilen tetkik, tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekimi tarafından yazılıp imzalanacaktır.

**12.7.33. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

**Makula dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri;**

**(Değişik:RG-5/9/2009-27340)**<sup>(5)</sup> Pegaptanib Sodyum, Ranibizumab ve Vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; 3 üncü basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim rapora eklenerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır. Ömür boyu; Pegaptanib Sodyum her bir göz için en fazla 7 enjeksiyon, Ranibizumab her bir göz için en fazla 3 enjeksiyon uygulanabilir.

**12.7.34. (Ek:RG-5/9/2009-27340)**<sup>(5)</sup>

**Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-I kullanım ilkeleri**

Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-I ilaç bedellerinin kurumlarca 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 uzman hekim raporunda belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.

**12.8. (Başlığıyla birlikte değişik:RG-20/1/2009-27116)**

**Güvenlik ve endikasyon formu ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar**

Sağlık Bakanlığının (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.

Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları ve varsa rapor süreleri konusunda Sağlık Bakanlığınca belirlenen kurallara uyulacaktır.

**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 sayılı liste 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.

Sağlık Bakanlığı izni ile yurt dışından temin edilerek tedavide kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması durumunda; Tebliğ eki EK–2/D sayılı listeye giriş talebinden itibaren, "Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" gereği talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, Tebliğ ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi ve bu reçetelerin Sağlık Bakanlığınca onaylanması koşuluyla, Sağlık Bakanlığınca ilaca verilen perakende satış fiyatı üzerinden standart kamu iskontosu oranı uygulandıktan sonra kademeli eczane iskontosu uygulanarak sözleşmeli eczanelerden şahıslara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. Bu ilaçlardan Tebliğ eki EK-2 sayılı liste kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

**(Ek paragraf:RG-17/7/2009-27291)**<sup>(3)</sup> Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca fiyatları güncellenen ve ithal ilaç provizyon sisteminde kaydı bulunmayan ilaçların onaylanan fiyatları "Yurtdışı İlaç Fiyat Listesi" (EK-2/G) Listesinde belirtilmiştir.

**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 27/7/2007 tarihinde imzalanan 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 ve Protokolün eki “Tip Sözleşme” örneğini kullanırlar. 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 protokolde tespit edilen hükümlere uyulmak suretiyle temin edilecektir.

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

##### **14.1. Uygulanacak indirim oranları**

İlaçların kamu kurum iskontoları orijinal ve jenerik ayrımı yapılmaksızın baz iskonto %11 (orijinal ilaçlar için referansa bağlı mahsuplaşmalar saklı kalmak şartıyla) olarak uygulanacaktır.

**(Ek paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>** Ancak, depocuya satış fiyatı 3,56 TL'nin altında olan ilaçlar için perakende satış fiyatı (KDV dâhil) üzerinden %4 oranında indirim uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

**(Ek paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>** Yirmi yıllık olarak belirlenmiş ilaçlardan depocuya satış fiyatı 6,79 TL'nin üzerinde olan ilaçlara referans fiyat alana kadar %23 (baz iskonto %11+%12 birlikte) iskonto uygulanacaktır.

**(Ek paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>** Jeneriği olmayan orijinal ilaçlar için iskonto %23 (baz iskonto %11+%12 birlikte) olarak uygulanacaktır.

**(Ek paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>** Referansın altında fiyat almış jeneriği olmayan orijinal ilaçlar ile orijinali olmayan jenerik ilaçlar için yapılacak mahsuplaşma işleminde ilave %12 iskonto dikkate alınacaktır. Mevcut iskontosu %23'ün üzerinde olan ilaçlar için ilave %12 iskonto uygulanmayacaktır.

**(Ek paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>** Yirmi yıldan eski ilaç statüsü kazanmış ve depocuya satış fiyatı 6,79 TL'nin altında olan ilaçlar, depocuya satış fiyatı 3,56 TL'nin altında olan bütün ilaçlar, reçetesiz ilaçlar, kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ve enteral beslenme ürünleri için yukarıdaki üçüncü, dördüncü ve beşinci paragraflar uygulanmaz.

**(Mülga ikinci paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>**

**(Mülga üçüncü paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>**

**(Mülga dördüncü paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>**

**(Mülga beşinci paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>**

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

a) **(Mülga altbent:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>**

b) **(Değişik ibare:RG-10/12/2009-27428)<sup>(6)</sup>** Yukarıda belirtilen indirimler yapıldıktan sonra kalan tutarlar üzerinden uygulanacak eczane indirimi,

1/7/2008 tarihinden itibaren eczacı indirimi, 2007 yılı satış hâsılatı (KDV hariç);

350.000 YTL'ye kadar olan eczaneler tarafından %1,

350.000 YTL ile 600.000 YTL arasında olan eczaneler tarafından %2,

600.001 YTL ile 900.000 YTL arasında olan eczaneler tarafından %3,  
900.001 YTL ve üzerinde olan eczaneler tarafından %4,  
oranında uygulanacaktır.

Yukarıda belirtilen eczacı indirim oranları, 1/9/2008 tarihi ile 31/12/2008 tarihleri arasında sırası ile %0,5,  
%1, %1,5 ve %2 olarak uygulanacaktır.

c) **(Mülga altbent:RG-10/12/2009-27428)<sup>(8)</sup>**

**(Mülga yedinci paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(8)</sup>**

Hasta katılım payı imalatçı/ithalatçı indirimi ile eczacı indirimi düşüldükten sonra kalan tutar üzerinden hesaplanır.

**(Mülga dokuzuncu paragraf:RG-10/12/2009-27428)<sup>(8)</sup>**

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**

17/9/2004 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 **(Değişik ibare:RG-17/7/2009-27291)<sup>(2)</sup> % 15** 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.

Eczacılar tarafından fatura düzenlenirken, eşdeğer ilaçlara ilişkin **(Değişik ibare:RG-17/7/2009-27291)<sup>(2)</sup> % 15** üst sınırı, 14.1 inci maddede belirtilen esaslara göre bulunan indirimli bedeller üzerinden hesaplanacaktır.

Bu Tebliğde 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.

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 **(Değişik ibare:RG-17/7/2009-27291)<sup>(2)</sup> % 15** 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.

#### **14.3. Tebliğ eki ilaç listelerine ilişkin ortak düzenlemeler**

Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair 12/6/2007 tarihli ve 2007/12325 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 4 üncü maddesi ile ilaca ilişkin ortak düzenlemelerin tespiti amacıyla "Geri Ödeme Komisyonu" oluşturulmuş ve koordinatörlüğü Sosyal Güvenlik Kurumuna verilmiş bulunmaktadır.

Bedeli ödenecek olan ilaçların tespiti ve ilaçlara ilişkin reçeteleme kuralları Sosyal Güvenlik Kurumu ile birlikte uygulanmak üzere anılan Komisyon tarafından kararlaştırılmakta ve genelgeler ile duyurulmaktadır.

Bu uygulamaya paralel olarak geri ödeme komisyonu tarafından kararlaştırılarak uygulamaya konulan Tebliğ eki; "Ek-2 sayılı Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi", "Ek-2/A sayılı Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi", "Ek-2/B sayılı Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi", "Ek-2/C sayılı Ayakta Tedavide Sağlık Raporu ile Verilebilecek İlaçlar Listesi" ve "Ek-2/D sayılı Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi"nde yapılan düzenlemeler Bakanlığımız tarafından ayrıca duyurulmayacak, düzenleme yapılan ilaç listeleri Sosyal Güvenlik Kurumunun internet sayfasında (www.sgk.gov.tr) ilan edildiği ve yürürlüğe konulduğu tarihte bu Tebliğ kapsamındaki için de geçerli olacaktır.

#### **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 eczaneye verilmeyecektir.

Sağlık raporuna dayanılarak yazılan reçetelerde, Tebliğ eki EK-2 sayılı listede 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 yapıştırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın da ilaç fiyat kupürleri yapıştırılmış olan reçete ile birlikte ibrazı zorunludur.

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

15.5. Sağlık Bakanlığınının 3/3/2001 tarihli ve 24335 sayılı Resmî 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 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 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 raporu istenecektir.

Hasta katılım payından muaf ilaçlar listesinde yer alan etken maddeleri ihtiva etmeyen ilaçların, uzun süreli kullanımı 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 raporlarının yukarıdaki esaslara göre düzenlenmesi zorunludur. Ancak bu Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce düzenlenmiş mevcut sağlık raporları süreleri bitimine kadar geçerlidir.

## **17. Kurumca bedeli ödenecek bazı tedavi yöntemlerinin usul ve esasları**

### **17.1. 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, Tebliğ eki "Tanıya Dayalı İşlem Listesi"ndeki (EK-9) fiyatlar esas alınarak faturalandırılır. Altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı taraf böbrek ve/veya üreterdeki taş için toplam üç seanstan fazlasına ödeme yapılmayacaktır. Hastaya birden fazla seans uygulanması halinde tüm seanslar aynı dönem faturasında belirtilecektir. İkinci ve üçüncü seanslar için radyolojik veya sonografik bulgulara ait belgeler fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Tedavi sonucunu ve ilave tedavi gerekip gerekmediğini bildirir rapor ilgili hekim tarafından düzenlenir. Düzenlenen raporun aslı hasta dosyasında kalmak üzere bir örneği hastaya verilir.

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.

### **17.2. 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 ve 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 tedavisine ait bedel, Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.

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

Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi bedellerinin karşılanabilmesi için; radyasyon onkolojisi uzman hekimi ile beyin cerrahisi uzman hekimlerinin katılımı ile oluşturulacak sağlık kurullarınca rapor düzenlenmesi gerekmektedir.

Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavinin;

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 uygulanması halinde bedelleri Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan tutarlar üzerinden ödenir.  
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.

#### **17.4. Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi**

Ekstrakorporeal fotoferez tedavi bedellerinin ödenebilmesi için; üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi; Kutanöz T hücreli lenfomalarda, graft versus host hastalığı, sezary sendromu, pemfigus vulgaris, psöriasis, ve solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde) nedeniyle uygulanması halinde bedelleri kurumlarca karşılanır.

Sağlık kurulu raporunda uygulanacak tedavi programı ve süresi ayrıntılı olarak belirtilecek ve Sağlık Bakanlığınca oluşturulan “Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonu”nun uygun görüşü alınacaktır.

Kutanöz T hücreli lenfoma ve bunun alt grupları olan mikozis funguodis, sezary sendromu endikasyonlarında hastanın ilk 6 aylık tedavisi için 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 sayılı listede yer alan 704.941 kod numaralı ve 704.940 kod numaralı işlemler üzerinden sağlık kurumlarınca faturalandırılır ve bedelleri kurumca ödenir. Tebliğ eki EK-8 sayılı listede 704.941 kod numaralı “Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi” işlem fiyatına, tedavide kullanılan işlem kiti, fistül iğnesi, uvadex, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, erişim katateri dâhildir.

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.

#### **17.5. Diyaliz tedavileri**

##### **17.5.1. 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 Gazete’de 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.

Taniya dayalı 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 sayılı listede 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 seans sırasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar dahildir.

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

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** Akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiğine dair rapor düzenlenmeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri Tebliğ eki EK-8 sayılı listenin “704.210” işlem kodundan faturalandırılır.

##### **17.5.2. Periton diyalizi**

###### **17.5.2.1. 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.

#### 17.5.2.2.Aletli periton diyalizi (APD)

Kapsamdaki kişilerin; aletli periton diyalizi tedavilerine yönelik sağlık kurulu raporları, bünyesinde periton diyalizi ünitesi bulunan sağlık kurumunun 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 sayılı liste esas alınarak ödenir.

#### 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 sayılı liste üzerinden fiyatlandırılır.

Perkütan koroner girişim birden fazla damara uygulanması gerekiyorsa aynı seansta yapılmalıdır. Aynı seansta yapılmıyorsa, 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 15 işlem bedeli ödenir.

#### 17.7. Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri:

**(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Ayaktan fizik tedaviler ile ayaktan/yatarak tedavilerde uygulanan rehabilitasyon işlemleri için gerekli uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinde düzenlenecektir. Raporda tanı ve uygulanacak seans sayısı yer alacaktır.

**(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Rehabilitasyon işlemleri ile ayaktan fizik tedavi uygulamaları Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.

##### 17.7.1. Fizik tedavi uygulamaları;

Bir hasta için bir yıl içinde farklı vücut bölgelerinden olmak şartıyla iki kez, aynı bölgeden bir kez olmak üzere uygulanan fizik tedavi işlemlerine ait bedeller kurumca karşılanır. Bir hasta için günde en fazla bir seans fizik tedavi ücreti ödenir.

Fizik tedavi uygulamaları bedellerinin ödenmesi için;

a) Uygulamaların fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin gözetiminde hekim dışı sağlık personeli tarafından uygulanmış olmalıdır.

b) Hastalar, en az 5 m<sup>2</sup> lik hasta kabini tedaviye alınmış olmalıdır.

c) Uygulayıcı personelin her bir üyesi en fazla 2 kabinde sorumlu olmalıdır.

d) Bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim gözetiminde aynı anda en fazla 10 hastaya fizik tedavi işlemi uygulanabilir.

Bedeli ödenecek günlük fizik tedavi seans sayısının hesabında, merkezde tam zamanlı görevli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim sayısı ve çalışma saatleri, merkezin çalışma saatleri, iş kanununa göre çalıştıracağı hekim dışı sağlık personeli sayısı, kabin sayısı ve seans süresi dikkate alınır. Fizik tedavi seansları en az 60 dakika olarak kabul edilir.

##### 17.7.2. Özel sağlık kurumlarında rehabilitasyon uygulamaları;

Özel sağlık kurumları tarafından ayaktan hastalar için sadece ortopedik, nörolojik, pediatrik ve el rehabilitasyon işlemleri, yatan hastalar için bunlara ilave olarak kardiyak ve pulmoner rehabilitasyon işlemleri fatura edilebilir.

Rehabilitasyon uygulamaları fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin gözetiminde fizyoterapistler tarafından uygulanmış olmalıdır.

Bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim gözetiminde aynı anda en fazla 2 hastaya rehabilitasyon işlemi uygulanabilir.

Bir hasta için en fazla 30 seanslık bir rehabilitasyon uygulaması yapılabilir. 30 seanstan sonra uygulamaya devam edilmesi gerektiğinde, üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından, en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

Bedeli ödenecek günlük rehabilitasyon seans sayısının hesabında, merkezde tam zamanlı görevli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim sayısı ve çalışma saatleri, merkezin çalışma saatleri, iş kanununa göre çalıştıracağı fizyoterapist sayısı ve seans süresi dikkate alınır. Rehabilitasyon seansları en az 60 dakika olarak kabul edilir.

#### **17.7.3. (Değişik:RG-20/1/2009-27116)**

Ekstrakorporal şok dalgası (ESWT) tedavisi

ESWT tedavisi için gereken uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ile spor hekimlerinden biri tarafından düzenlenecektir.

ESWT tedavisi, sadece epin calcanei, plantar fasiit, epikondilit ve kalsifik tendinit tanılarında uygulanması halinde bedelleri kurumlarca karşılanır.

ESWT tedavisi Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan fiyat esas alınarak ödenir. Bir hasta için bir yıl içinde farklı vücut bölgelerinden olmak şartıyla iki kez, aynı bölgeden bir kez olmak üzere uygulanan ESWT işlemlerine ait bedeller kurumlarca karşılanır.

ESWT işlemi diğer fizik tedavi işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.

#### **17.8. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan genetik tetkikler**

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında genetik branşı veya diğer branşlarca istenilerek fatura edilen Tebliğ eki EK-8 sayılı listede yer alan genetik tetkiklere ait bedellerin ödenebilmesi için; tetkiklerin (immünoloji-genetik tetkikleri hariç) genetik hastalıklar tanı merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesi olan (sitogenetik, moleküler genetik, biyokimyasal genetik ruhsatlarından hangisi veya hangilerine sahipse o tetkikleri yapmak üzere) sağlık kurum veya kuruluşunda, "Genetik Hastalıklar Tanı Merkezi Yönetmeliği" ne göre genetik tanı merkezi sorumlusunun niteliklerini haiz olan kişiler tarafından yapılmış olması gerekmektedir.

#### **17.9. Kardiak risk skorlaması**

Tebliğ eki EK-9 Listesinde (P605.680 den P605.840 a, P605.890 dan P605.970 e, P604.560 dan P605.050 ye) kadar olan kodlu işlemlerin bedelleri, aşağıda belirtilen KARDIAK RISK PUANLAMASI kriterlerine göre düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak hasta epikrizinde risk kategorisi belirtilmek suretiyle;

-Düşük risk grubuna, Tebliğ eki EK-9 sayılı listede 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.

#### **17.10. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

##### **Yoğun bakım tedavisi**

Resmi ve özel sağlık kurumları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri v.b. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.

Yoğun bakım tedavileri Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan ücretler üzerinden faturalandırılır. Ayrıca faturalandırmada aşağıdaki hususlar da dikkate alınacaktır.

1) "Trombosit süspansiyonu" ve "aferez trombosit" bedelleri yoğun bakım hizmetleri paket fiyatlarına dahil olmayıp ayrıca fatura edilebilecektir.

2) Yoğun bakımda tedavi gören hastaya Tebliğ eki EK-8 sayılı veya EK-9 sayılı listelerde yer alan işlemlerden A, B, C grubu cerrahi işlemlerin yapılması halinde, Tebliğ eki EK-8 sayılı liste üzerinden işlem bedelleri ile bu işlemler ile ilgili olarak kullanılan faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir. Tebliğ eki EK-8 sayılı ve EK-9 sayılı listede yer alan işlemlerden D ve E grubu işlemler ise yoğun bakım hizmetleri paket ücretlerine dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

3) Tebliğ eki EK-8 sayılı ve/veya EK-9 sayılı listeler kapsamında cerrahi işlem yapılan hastaya işlem sonrası yoğun bakım tedavisi gerekmesi durumunda yoğun bakım hizmetleri, Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan ücretler üzerinden faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan cerrahi işlem bedeli Tebliğ eki EK-8 sayılı liste üzerinden, bu işlem ile ilgili olarak kullanılan faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan hemofiltrasyon, hemodiyaliz, plazmaferez tedavileri, Tebliğ eki EK-8 sayılı liste üzerinden ayrıca faturalandırılabilir.

5) Aynı sağlık kurumunda aynı gün birden fazla basamakta yoğun bakım tedavisi gören hasta için bir yoğun bakım ücreti faturalandırılabilir. Hastanın genel durumu itibarıyla bulunduğu basamaktan farklı bir basamağa geçmesi durumunda, gelişmeler epikrizde belirtilmelidir. Haftanın ilk günlerinde basamak değişikliği olması halinde basamak değişikliğinin olduğu gün için geçilen basamağın birinci gün ücreti ödenir. Haftanın birinci günleri dışındaki günlerde basamak değişikliği olması halinde basamak değişikliğinin olduğu gün için birinci gün ücreti değil, geçilen basamağın diğer gün ücreti ödenir.

6) Birinci, sekizinci, onbeşinci vb. gün uygulamaları hastanın yatış günleri esas alınarak uygulanacak olup, hasta; birinci, sekizinci, onbeşinci vb. günlerde hangi klinik basamakta ise bu maddenin (5) numaralı madde hükmü göz önünde bulundurularak ilgili basamağın ilk gün ücreti üzerinden faturalandırılacaktır.

7) Yoğun bakımda üç günden (üçüncü gün dahil) daha kısa süre yatan hastalar için haftanın ilk günü dâhil tüm günler "diğer günler" üzerinden ücretlendirilir. Ancak üç günden kısa yatışlar, hastanın ölümü nedeniyle oluşmuşsa ilk gün için "ilk gün" ücreti ödenir.

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER			P U A N
1-	Yaş	60- 65 Yaş:1, 66-70 Yaş:2, 71 Yaş ve yaş üstü:3	
2-	Cinsiyet	Kadın	1
3-	Kronik akciğer hastalığı	1.Solunum fonksiyon testinde hava yolu darlığı bulunması (F1/FVC %70 in altında) ve/veya 2. Azalmış akciğer hacmi: FVC: %80 in altında + 1/FVC:%70 in üstünde	1
4-	Ekstrakardiyak arteriopati	%50'nin üzerinde karotis lezyonu, geçirilmiş veya kalp ameliyatı sonrasında planlanan abdominal aorta, karotis yada periferik damar operasyonu, radyolojik tanı	2
5-	Geçirilmiş kardiyak operasyon	Perikardın daha önce açıldığı operasyon anamnezi (Redo vaka)	3
6-	Böbrek fonksiyon bozukluğu	Serum kreatinin >2.26mg/dl ve/veya GFR <60 ml/dk.	2
7-	Böbrek yetmezliği + diyaliz hastaları (*6. Madde puanı eklenmez)	A-V hemodiyaliz fistülü ve/veya diyaliz kateterinden diyalize giriyor olması	5
8-	Aktif endokardit	Ekokardiyografi ve/veya pozitif kan kültürleriyle endokardit tanısı alması	3
9-	Kritik preoperatif durum	Kardio pulmoner canlandırma ile ameliyata alınan hasta ve/veya İABP takılmış olarak ameliyata alınması	3
10-	Diabetes mellitus	İnsüline bağımlı diabetes mellitus varlığı	2
<b>KARDİYAK FAKTÖRLER</b>			
11-	LV Disfonksiyonu	Ekokardiyografi veya sol ventrikülografide EF %30-%50 arasında olması	1
12-		Ekokardiyografi veya sol ventrikülografide EF<%30	3
13-	Pulmoner hipertansiyon	Ekokardiyografi veya kateterizasyon sırasında; sistolik pulmoner arter basıncı >40 mmHg	2
<b>OPERASYONLA İLGİLİ FAKTÖRLER</b>			
14-	Torasik aorta cerrahisi	Asendan, arkus yada desendan aort patolojilerine girişim	4
15-	Post MI VSD	Ekokardiyografi ve/veya Kateterizasyon sırasında tanı alması	5
Beklenen mortalite (Lojistik skor):			
Düşük Risk: 0-3 puan,		Orta Risk: 4-6 puan, Yüksek risk: 7 ve üzeri puan	
TOPLAM Risk Puanı:			

#### 18. Enjeksiyon-röntgen-tahlil bedeli

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan tetkik, tahlil veya görüntüleme işlemlerine ilişkin bedellerinin Tebliğ eki fiyat tarifelerinde 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 yazılmıyışsa eczacı tarafından reçetenin arkasına, verilen enjektörlerin (en fazla reçetede ki 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.

İnsülin kalem iğne uçları, insülin kartuşları ile birlikte ya da tek başına reçete edildiğinde bedeli ödenir.

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

Sağlık kurum ve kuruluşları, ayakta veya yatarak tedavi ile ilgili olarak yapılması gereken tetkik ve tahlilleri bünyelerinde sağlamak zorundadırlar. Hastalar sadece tetkik, tahlil için başka bir sağlık kurumuna sevk edilemez.

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

Tetkik veya tahlil amacıyla hastaların başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde, tetkik ve tahlil bedeli ilgiliye ödenir, ödenen tutar sevki yapan sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

#### **19. Sağlık raporlarının düzenlenmesi**

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

İlgili tek uzman hekim tarafından düzenlenecek olup başhekimlik mührü (özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür kaşesi) 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 (özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür kaşesi) 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 yatarak tedavide kullanılan her türlü tıbbi malzemelerin hastane tarafından temin edilmesi zorunludur. Bu şekilde hastalara kullanılan tıbbi malzemeler hastanın kurumuna fatura edilir.

Resmi sağlık kurumu tarafından temini zorunlu tıbbi malzemelerin, reçete düzenlenerek hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen malzemenin sağlık kurumunca ihale ve doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde; mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir.

Resmi sağlık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzeme bedelleri, 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.

**(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Özel sağlık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzemeler; Tebliğ eki listelerde yer alması halinde bu listelerde yer alan birim fiyatlar üzerinden; Tebliğ eki listelerde yer almaması halinde varsa Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tespit edilen birim fiyatlar üzerinden, yoksa KDV dâhil alış fiyatı üzerinden fatura edilir.

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

##### **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.

Ayakta tedavi veya evde tedavi sırasında kullanılan protez ve ortezler ile diğer tıbbi malzemeler sağlık kurulu raporu düzenlenmek kaydıyla hastalar tarafından da temin edilebilir. Bu Tebliğin eki (EK-5/C) sayılı listede 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.

**(Ek ibare:RG-20/1/2009-27116)** Hastanın ayakta tedavisine veya evde tedavisine bağlı olarak sağlık kurulu raporu ile kullanılması gerekli görülen ve Tebliğ eki tıbbi malzeme listelerinde birim fiyatları yer alan protez, ortez, tıbbi malzeme ve cihazların bedeli bu fiyatlar üzerinden, Tebliğ eki tıbbi malzeme listelerinde birim fiyatları yer almayan ve hastanın ayakta tedavisine veya evde tedavisine bağlı olarak sağlık kurulu raporu ile kullanılması gerekli görülen protez, ortez, tıbbi malzeme ve cihazların (oksijen tüpü ve başlığı, oksijen konsantratörü, nebulizatör, aspiratör, ev tipi ventilatör, CPAP, Auto CPAP, BPAP, vb.) bedeli; 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.

**(Değişik:RG-5/9/2009-27340)** Vücut organ protezlerinin kullanım süreleri; meme protezi için iki, vücut dışında kullanılan diğer vücut organ protezleri için beş yıldır. Bu süreler tamamlanmaksızın söz konusu tıbbi malzemeler yenilenmez. Ancak, büyüme ve gelişme çağındaki çocuklar için kullanılması gerekli görülen miadlı tıbbi malzemeler, çocuğun büyüme ve gelişmesi sebebiyle kullanılmadığının ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi durumunda, Tebliğin ilgili hükümlerine uyulması kaydıyla süresinden önce yenilenir.

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** Mücbir sebeplere (yangın, doğal afet) bağlı olarak protez-ortezlerin kullanılamayacağına belgelendirilmesi halinde, süreye bakılmaksızın yenilenir.

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** Hastanelerce demirbaş olarak kullanılan malzemelerin ve bunlara ait sarf malzemelerinin bedelleri kurumlarca karşılanmaz.

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** İnterspinoz implantlar, viskosüplemantasyon ürünleri, sacral sinir stimilatörü (aksesuarları dahil) ve inflow kateter bedelleri ödenmez.

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.

**(Ek fıkra:RG-20/1/2009-27116)** 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında terörle mücadelede görev veren veya bu görevi ifa eden adli, istihbarî, idarî ve askerî görevliler ile kolluk görevlilerinden, görevin icrası sırasında veya görevin icrasından dolayı bir uzvunu veya duyusunu tamamen veya kısmen kaybedenlerin bu uzuv ve duyularla ilgili ihtiyaçlarını karşılayacak her türlü ortez, protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelinin tamamı kurumlarınca ödenir.

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

##### **20.4.1. Myoelektrik kontrollü kol protezleri (Değişik:RG-20/1/2009-27116)**

Bilateral üst ekstremitte ampute hastalar veya tek taraflı üst ekstremitte amputasyonu ile birlikte karşı ekstremitteyi kullanamayacak hastalar için önerilen myoelektronik kontrollü kol protezlerine yönelik sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

Sağlık kurulu raporunda; hastanın myoelektronik kontrollü kol protezi kullanımına ilişkin eğitim aldığı ve kullanabileceğinin yanında ayrıntılı değerlendirmeleri içeren ilgili uzman hekimlerin görüşünün yer alması zorunlu olup söz konusu raporların Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince veya TSK Ankara Rehabilitasyon merkezince onaylanması gerekmektedir.

Myoelektronik kontrollü kol protezlerinin yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce temin edilen myoelektronik kontrollü kol protezlerinin bedeli ödenmez.

Tek taraflı dominant üst ekstremite amputasyonu olanlara 2 kanallı myoelektronik kontrollü kol protezi ödenir.

EMG ile tespiti yapılmış yeterli aksiyon potansiyeline sahip olmalıdır.

Myoelektronik kontrollü kol protezi temin edildikten sonra hasta tarafından, yüksek gerilim altında ve manyetik alanlarda çalışmayacağını belgelemesi veya taahhüt etmesi gerekmektedir.

#### **20.4.2. Hasta alt bezi**

Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması nedeni ile (çocuklar için en az iki yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 adedi geçmemek üzere en fazla 1 aylık miktarlarda hasta alt bezi reçetelendirilmesi durumunda bedelleri Tebliğ eki (5/A) listesinde yer alan birim fiyat üzerinden ödenir.

Hasta alt bezinin sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

#### **20.4.3. Kolostomi, ürostomi torbası**

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.

**(Değişik:RG-5/9/2009-27340)** Sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilmek üzere, kolostomi ve ürostomide iki aylık doz olarak en fazla 60 torba, 20 adaptör ve 2 pastanın; ileostomide ise iki aylık doz olarak en fazla 90 torba, 30 adaptör ve 3 pastanın bedeli kurumca karşılanır. Bir defada iki aydan daha uzun süreli reçete düzenlenemez.

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

#### **20.4.4. Yara bakım ürünleri**

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

##### **1. (Değişik:RG-20/1/2009-27116)**

Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide;

Takip ve tedaviyi yapan branş uzman hekimisi ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

b) Ayaktan tedavide;

Resmi sağlık kurum/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, 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) Etiyolojik tanı (diyabetik ayak yarası v.b.),

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

d) Klinik bulgular (eksüstasyon, 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. **(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Ayaktan tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ile plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

6. **(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Tek reçetede en fazla 15 (onbeş) günlük miktar yazılabilir. Reçete düzenlenirken Tebliğ eki EK-5/D sayılı listede belirtilen kriterler kapsamındaki miktarların bedeli kurumlarca karşılanır.

7. Reçete tekrarında, yara ve/veya yaraların ebatları, reçeteyi yazan uzman hekimce sağlık kurulu raporu arkasına yazılacak, imzalanacak ve kaşelenecektir.

8. **(Değişik:RG-20/1/2009-27116)** Ayaktan tedavide, sadece hydrocolloid, köpüklü ve hidrofiber içeren yara bakım ürünleri, Tebliğ eki Ek-5/A sayılı listede belirtilen bedeller doğrultusunda karşılanır.

9. Bal ve bal içerikli yara bakım ürünlerinin bedelleri, yatan hastalar dahil karşılanmayacaktır.

10. 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.

11. Usulüne uygun düzenlenmeyen sağlık kurulu raporları kabul edilmeyecek ve bu raporlara istinaden temin edilen yara bakım ürünü bedelleri karşılanmayacaktır.

#### **20.4.5. 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. Yukarıda belirtilen adetler, 18 yaşından küçükler için yüzde elli oranında artırılarak uygulanır.

d) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait fatura ile birlikte, sağlık raporunun fotokopisi ile reçetenin asılları ödeme evrakına eklenecektir. Her bir şeker ölçüm çubuğu için Tebliğ eki EK-5/C sayılı listede belirtilen tutar üzerinden ödeme yapılır.

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

e) Sağlık raporları en fazla iki yıl geçerli olacaktır.

#### **20.4.6. Kendinden jelli sonda**

Rekürrent üretra darlığı olan hastalara ayaktan tedavilerinde kullanılması gerekli görülen kendinden jelli sondaların, üroloji, nefroloji, çocuk nefroloji veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından; nörojenik mesane olgularında ise yukarıda sayılan hekimlere ilave olarak nöroloji, çocuk nöroloji veya fiziksel tıp veya rehabilitasyon uzman hekimlerince 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 sonda bedeli ödenir. Gerekli durumlarda raporda belirtilmiş olmak şartıyla en fazla 5 adet kendinden jelli sonda ile birlikte en fazla bir adet hidroküt sonda reçete edilebilir.

Kendinden jelli sondaların, en fazla iki aylık miktarda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

#### **20.4.7. İşitme cihazları**

Kurumlarca sadece analog ve dijital işitme cihazı bedelleri ödenir.

İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için;

İşitmenin cihaz ile düzeltilmesinin mümkün olduğunun kulak burun boğaz uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

Raporda işitme cihazının analog ya da dijital olduğu belirtilecek, dijital cihaz önerilmesi durumunda analog cihaz önerilmeme gerekçesi ayrıca belirtilecektir.

Odyoloji test sonuçlarını gösterir belgenin aslı rapora eklenecektir.

Her iki kulak için işitme cihazı bedelinin ödenebilmesi için, sağlık kurulu raporunda iki kulakta işitme kaybının bulunduğu belirtilmesi yeterli olmayıp, gerekçeleri belirtilerek "Hastanın her iki kulak için işitme cihazı kullanması gereklidir." ibaresi raporda yer alacaktır.

İşitme cihazlarının bedeli Tebliğ eki EK-5/C Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir. Buna göre; bir adet analog işitme cihazı için 175 YTL, dijital işitme cihazı için 350 YTL ödenecektir. 18 yaş altı çocuklar için bu tutarlar %50 oranında artırılarak uygulanır.

İşitme cihazının yenilenme süresi beş yıldır. Bu süreden önce yenilenen işitme cihazı bedelleri ödenmez. Ancak, işitme durumunda değişiklik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi durumunda bu durumun kulak burun boğaz uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi hâlinde veya ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin resmi sağlık kurumunca düzenlenen kulak burun boğaz uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

İşitme cihazı kalıp ve pil bedeli ödenmez.

#### **20.4.8 Gözlük cam ve çerçevesi**

20.4.8.1. 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.

20.4.8.2. 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.

20.4.8.3. 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.

20.4.8.4. Gözlük camlarına ilişkin her çerçeve için **(Değişik ibare:RG-20/1/2009-27116)** 35 YTL ödenecektir.

20.4.8.5. 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.

20.4.8.6. 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.

20.4.8.7. 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.

20.4.8.8. 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.

20.4.8.9. 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.

20.4.8.10. Kontakt lens bedeli ödenmez.

20.4.8.11. 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.

#### **20.4.9. 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.

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde, sağlık raporu aranmaz.

#### **20.4.10. Tekerlekli sandalye**

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 bedelleri ödenir.

Hastanın özürsüzlük durumu nedeniyle özellikli tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğu özürsüzlüğünün 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.

Tekerlekli sandalyenin yenilenme süresi 5 yıldır. Bu süreden önce yenilenen tekerlekli sandalye bedeli kurumlarca ödenmez.

#### **20.4.11. Akülü tekerlekli sandalye**

**(Değişik birinci fıkra:RG-20/1/2009-27116)** Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya sakatlığının yanında,

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

gibi 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 ve kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları varsa ayrıca kardiyoloji uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa dahiliye uzmanı; kronik obstrüktif akciğer hastalıkları varsa ayrıca göğüs hastalıkları uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa dahiliye uzmanının yer aldığı;

•Mental fonksiyonlar yönünden akülü tekerlekli sandalye kullanıp kullanamayacağı hususunun ayrıca belirtildiği; sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuyla tevsik edilmesi koşuluyla, akülü tekerlekli sandalye bedelleri kurumlarca ödenir. 12 yaş altı hastalarda yukarıdaki şartlar sağlansa bile akülü tekerlekli sandalye bedelleri ödenmez.

Trafik tescilli zorunlu olan ve kullanımı için H sınıfı sürücü belgesi gerektiren motorlu malul arabalarının bedelleri ödenmez.

Akülü tekerlekli sandalye en az; elektronik kumandalı, kapalı devre sistemiyle yokuş aşağı bile hızı ve yönü ayarlanabilir, 6-12 derece arası eğimde kullanılabilme imkanı, taşıma için katlanabilir, hız limiti ayarlanabilir, 120 kg taşıma kapasitesinde, elektronik akü şarj cihazlı, tek veya çift akü kutusu ile 24 V akülü özelliklerine haiz olmalı ve ilgili firma tarafından iki yıl garanti, on yıl yedek parça bulunurluk garantisi, teknik destek taahhünamesi verilmiş olmalıdır.

Akülü tekerlekli sandalyenin yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce yenilenen akülü tekerlekli sandalye bedeli kurumlarca ödenmez.

#### **20.4.12. Mikro infüzyon pompası**

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

- 1) Hastanın tip I diabetli veya insüline bağımlı tip II diabetli olması ile birlikte kan şekerinin oynak (briatle) seyrettiğinin ya da gebelikte gestasyonel diabet (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 diabet 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 en fazla 3 aylık miktarda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

#### **20.4.13. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

##### **Sentetik greftler, kemik allogreftleri**

20.4.13.1. Kemik yapımını uyaran materyaller (DBM, DBM içeren "putty" "crunch", jel)

- a) Osteojenik aktivitenin istendiği atrofik nonunion, pseudoartroz olgularında,
- b) Kemik oluşumunu artırmada (avasküler nekroz, kemik tümörleri v.b.),
- c) Tümoral hastalıklarda (iyi veya kötü huylu) oluşan defektlerin giderilmesinde,
- d) Revizyon cerrahisinde (vertebral enstrümantasyon ve artroplastik revizyonu),
- e) Patolojik kırıklarda oluşan metafizial defektlerde osteokondüktif amaçlı, kullanılması halinde bedelleri ödenir.

20.4.13.2. Kemik yerine geçen materyaller (liyofilize edilmiş "strut greft, kortikal ve spongiöz kemik içeren yongalar, küpler)

- a) Fazla miktarda greftin gerektiği defektli ve çok parçalı kırıklarda,
- b) Ototreft donör alınımında morbidite bulunma riski olan hastalar,

- c) Daha önce otogreft uygulanmış ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,
- d) Tibia plato kırıkları, calcaneus kırıkları gibi yüksek enerji ile oluşan kırıkların cerrahi tedavisinde,
- e) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,
- f) Üç veya daha fazla seviye implant uygulanması gereken omurga cerrahisinde, kullanılması halinde bedelleri ödenir.

#### 20.4.13.3. Genel hükümler

Spinal stabilizasyon operasyonlarında her seviye için en fazla 10cc spongiose allogreft ödenir.

Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle vertebrektomi boşluğuna titanyum yada çelik kafes yerleştirilmesi sırasında kafesin içinin otogreft ile doldurulması halinde bedelleri ödenir.

Servikal füzyon ameliyatlarında tıbben gerekli olduğu durumlarda, disk mesafesinde kafes içine en fazla 1 cc DBM içerikli allogreft ödenir.

Kemik greftlerinin birden fazla formunun birlikte kullanımı (allogreftlerin kombine kullanımı) halinde bedelleri ödenmez.

Hidroksi apatit kristalleri mercan kaynaklı, tricalcium fosfat, cam granülleri kaynaklı kemik greftlerinin bedelleri kurumlarca karşılanmaz.

#### 20.4.14. (Ek:RG-20/1/2009-27116)

##### Konuşma cihazı

Konuşma cihazları resmi sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla ödenir.

Konuşma cihazının yenilenme süresi beş yıldır. Bu süreden önce yenilenen konuşma cihazı bedelleri ödenmez. Ancak, ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

#### 20.4.15. (Ek:RG-20/1/2009-27116)

##### Non-invaziv mekanik ventilasyon cihazları (NİMV)

A) Solunumsal uyku hastalıklarında NİMV cihazları verilme ilkeleri;

1. NİMV cihazı verilecek hastalıklar;

Uluslararası uyku bozuklukları sınıflamasına göre;

a) Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS),

b) Santral uyku apne sendromu,

c) Cheyne stokes solunumu,

d) Uykuyla ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlar (uyku ilişkili obstrüktif olmayan idiyopatik alveoler hipoventilasyon, konjenital santral alveoler hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon hipoksemi, alt solunum yolu hastalıklarına/kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı hipoventilasyon hipoksemi, nöromusküler ya da göğüs duvarı hastalıklarına bağlı hipoventilasyon hipoksemi),

2. NİMV cihazları verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının, bünyesinde uyku merkezi bulunan sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenmesi gerekmektedir.

3. Sağlık kurulunda; göğüs hastalıkları, psikiyatri veya nöroloji uzmanlarından en az birinin yer alması zorunludur.

4. Tüm gece boyunca, en az 16 kanallı polisomnografi cihazı (en az 3 kanallı olmak üzere elektroensefalografi, elektromyografi, elektrokardiyografi, elektrookülografi, oksimetre, hava akımı, karın ve göğüs solunum efor bantlarını ve horlama mikrofonu kaydını içermesi) ile yapılan tetkike ait raporda;

a) Uyku evreleri (total uyku süresi, uykuya geçiş süreleri, uyku etkinliği),

b) Oksijen saturasyonu ortalama ve en düşük değerleri,

c) Oksijen desaturasyon indeksi,

d) Apne – Hipopne indeksi veya solunum bozukluğu indeksi (respiratory disturbance index/RDI)

e) Apne – Hipopne veya RDI (Apne – Hipopne -Solunum çabasına bağlı uyanma reaksiyonu (respiratory effort related arousal: RERA)) süreleri,

f) Bunların yatış pozisyonu ve uyku evrelerine göre dağılımı,

bilgilerinin yer alması gerekmektedir.

5. Sağlık kurulu raporu ekinde polisomnografi tetkikine ait rapor eklenecektir.

6. Sağlık kurulu raporunda tanı ve tedavi, tedavi basıncı ile hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcı nemlendirici gibi) yer alacaktır.

7. NİMV cihazı kullanımı sırasında oksijen saturasyonu %88'in üzerine çıkarılamıyorsa, NİMV tedavisine ek olarak kronik oksijen tedavisine yönelik cihaz önerilmesi durumunda bedelleri kurumlarca karşılanır.

8. NİMV cihazlarının etkin kullanılıp kullanılmadığına yönelik yıllık olarak kurumlarca yaptırılacak kontrollerde, cihazın yıllık minimum 1200 saatin altında kullanıldığına saptanması durumunda, kullanım saati bilgilerinin yer aldığı sevk evrakı ile hastaların sağlık tesisine sevk edilmesi ve cihazla tedavinin devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

9. Kamu sağlık kurumları dışında polisomnografi tetkiki yapılan uyku merkezinin akreditasyon yeterliliğinin bulunması ve bu merkezde çalışan hekimlerin uyku bozuklukları konusunda Sağlık Bakanlığı'nın onayını içerir yeterlilik belgesine sahip olması gereklidir. Özel sağlık kurumu istendiği takdirde bu bilgileri kuruma iletmekle yukmldr.

10. NİMV cihazlarının her birinin kullanım süresi 10 yıldır. Bu süreden önce yenilenen NİMV cihazının bedeli kurumlarca ödenmez. Ancak NİMV cihazının kullanma süresi dolmadan kullanıcının kasıt ve kusuru olmaksızın arızalandığı veya kullanılamaz hale geldiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi ve onarımının sağlanamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

11. NİMV cihazıyla birlikte kullanılması ve belli sürelerde değişmesi gereken maske, başlık, ara hava hortumu, oksijen ara bağlantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sağlık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri kurumlarca karşılanır.

12. Bedeli kurumlarca karşılanan NİMV cihazları

a) Continuous positive airway pressure (CPAP) cihazı;

Polisomnografik olarak;

1) Apne indeksi (AI) en az 15 veya apne-hipopne indeksi (AHI) en az 30 veya apne, hipopne ve solunum eforu sonucu uyanma sayısını gösteren solunum bozukluğu indeksi (RDI) en az 30 olarak tespit edilen ve bu bilgilerin sağlık kurulu raporu eki polisomnografi raporunda belirtilmiş olması kaydıyla veya

2) AHI veya RDI 5-30 arasında olmakla birlikte artmış gündüz uykululuk, bilişsel etkilenme, duygudurum bozuklukları, uykusuzluk veya hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, inme veya uykuyla ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlardan birinin varlığının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla;

kullanılması gerekli görülen CPAP cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

b) Oto-CPAP cihazı:

CPAP cihazı verilme kriterlerine ek olarak, pozisyonel OUAS, REM ile ilişkili OUAS, yüksek basıncı tolere edemeyen veya sabit basınç cihazlarıyla (CPAP) tedaviyi tolere edemeyen hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, kullanılması gerekli görülen Oto-CPAP bedelleri kurumlarca karşılanır.

c) Bilevel positive airway pressure therapy (BPAP) cihazı:

CPAP cihazı verilme endikasyonu olup; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen, CPAP maskesinde önemli düzeyde hava kaçağı olan veya pozitif basına karşı nefes verme güçlüğü yaşayan OUAS hastalarında veya

Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obezite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda,

Bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP cihazı (auto BPAP hariç) bedelleri kurumlarca karşılanır.

d) BPAP S/T cihazı:

Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (Restriktif akciğer hastalığı, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obezite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda, spontan solunumu ve tetikleme gücünün yetersiz olduğunun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

e) BPAP S/T AVAPS cihazı:

Polisomnografi eşliğinde yapılan BPAP S/T titrasyonunda yeterli tidal volüm sağlanamadığı veya uykuda solunum bozukluklarının ortadan kaldırılamadığı hastalarda,

Nöromusküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hipoventilasyon-hipoksemi olan restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda (ALS, Obesite- hipoventilasyon sendromu, kifoskolyoz vb.)

bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T AVAPS cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

f) Adaptif basınç destekli servo ventilasyon (ASV) cihazı:

İlk gece polisomnografi tetkiki sırasında santral apne veya Cheyne-Stokes solunumunun görüldüğü hastalarda titrasyon gecesinde CPAP, BPAP S/T tedavileriyle, uyku ile ilişkili solunum bozukluğu olaylarının engellenememesi veya hastanın tedaviye uyumunun ve sürekli kullanımının sağlanamaması veya

İlk gece polisomnografi tetkiki sırasında, ön planda santral apne veya Cheyne-Stokes solunumunun görüldüğü hastalarda veya ejeksiyon fraksiyonu % 40'dan düşük olan konjestif kalp yetmezliği hastalarında basınç titrasyonunda CPAP, BPAP S/T tedavileri uygulanmaksızın,

bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ASV cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

B) Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verilme ilkeleri;



Kronik stabil ya da yavaş ilerleyen solunum yetmezliği (gündüz ya da gece karbondioksit retansiyonuna bağlı semptom varlığı, noktürnal hipoventilasyon) varlığında hastanın ilaç ve oksijen tedavisi alırken stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması NİMV cihazı verilme endikasyonu olarak kabul edilir.

Kronik solunum yetmezliğinde BPAP-S ve BPAP-S/T cihazı bedelleri kurumlarca karşılanacak olup verilmesine yönelik sağlık kurul raporu, göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

Sağlık kurulu raporunda hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcı nemlendirici gibi) yer alacaktır.

Solunumsal Uyku Hastalıklarında Non-İnvazif Mekanik Ventilasyon Cihazları Verilme İlkeleri bölümü (10) ve (11) numaralı maddelerde belirtilen hükümler bu bölüm içinde geçerlidir.

1. BPAP- S cihazı:

a) Restriktif akciğer hastalıklarında;

PaCO<sub>2</sub> ≥ 45 mmHg veya

En az 2 lt/dk akım hızında nazal O<sub>2</sub> desteği altında O<sub>2</sub> saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

İlerleyici nöromüsküler hastalıklar için maksimal inspiratuar basınç (MİP) ≤ 60 cm H<sub>2</sub>O veya FVC ≤ %50,

Olarak saptanması ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

b) Obstrüktif akciğer hastalıkları:

Uygun bronkodilatör ve O<sub>2</sub> tedavisine rağmen;

PaCO<sub>2</sub> ≥ 55 mmHg veya

PaCO<sub>2</sub> 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt /dk akım hızında nazal O<sub>2</sub> desteği altında noktürnal O<sub>2</sub> saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

PaCO<sub>2</sub> 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yılda ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle hastaneye yatırılan,

kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda; bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır. (Hasta solunum fonksiyon testi yapamıyorsa bu durum sağlık kurulu raporunda açıkça belirtilecektir.)

2. BPAP S/T cihazı:

BPAP- S cihazı için tanımlanmış kriterlere ek olarak inspirasyon basınç yüksekliği (İPAP ≥ 20 cm H<sub>2</sub>O) veya yoğun bakımda izlendiği dönemlerde apne saptanan hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S/T cihazı bedelleri kurumlarca ödenir.

#### **20.4.15.1. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

##### **Evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazları**

Kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

Sağlık kurulu raporunda; tanı, hastanın kullanacağı oksijen cihazının türü ve gerekçesi, oksijen akım hızı, günlük kaç saat kullanılacağı ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, kanül taşıyıcı hortum, nemlendirici gibi) yer alacaktır.

Sağlık kurulu raporu ekinde arteriyel kan gazı tetkiki ve diğer kanıtlayıcı belgeler eklenecektir.

Evde uzun süreli oksijen tedavi cihazı verilme koşulları;

1. Kronik solunum yetmezliği olanlarda; (istirahat veya egzersiz halinde)

PaO<sub>2</sub> (Parsiyel Oksijen Basıncı) ≤ 55 mmHg veya

SaO<sub>2</sub> (Oksijen Saturasyonu) ≤ 88 olması halinde,

2. Korpulmonale varlığında;

PaO<sub>2</sub> 'de 55-59 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ 89 ile birlikte

EKG 'de "P Pulmonale" bulgusu olması veya,

Hematokrit > % 55 veya,

Konjestif yetmezlik olması halinde,

3. Akut solunum yetmezliğinde;

Akut solunum yetmezliği olan hastalarda stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması durumunda yukarıda 1 veya 2 de sıralanan bulgular sağlanıyorsa,

4. Efor kapasitesini sınırlayan terminal dönem (kanser ve diğer sistemik hastalıklara bağlı) hastalarda sağlık kurulu raporunda belirtilmek koşuluyla,

evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

Evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı verilen hastaların yılda bir kez sevk evrakı ile sağlık tesisine gönderilmesi ve cihazla tedavinin devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

Bedeli ödenecek evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazları;

1. Oksijen tüpü (gaz hali)
2. Oksijen tüpü (sıvılaştırılmış)
3. Oksijen konsantratörü

Taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları, istirahat halinde PaO<sub>2</sub> (Parsiyel Oksijen Basıncı) > 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> (Oksijen Saturasyonu) > 88 olmasına karşın egzersiz durumunda veya iş sırasında desatüre (PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ 88) olması halinde bedelleri kurumlarca karşılanır.

Oksijen konsantratörü verilen kişilere, raporda belirtilmek koşuluyla oksijen tüpü önerilmesi durumunda bedelleri kurumlarca karşılanır.

Cihazla birlikte kullanılması ve belli sürelerde değişmesi gereken maske, başlık, ara hava hortumu, oksijen ara bağlantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sağlık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri kurumlarca ödenir.

#### **20.4.16. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

##### **Nebulizatör cihazı**

Nebulizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,

- a) Erişkin hastalar için; göğüs hastalıkları uzmanı veya alerji hastalıkları uzmanı;
- b) Çocuk hastalar için; çocuk alerjisi uzmanı veya çocuk göğüs hastalıkları uzmanı, bu uzman hekimlerin bulunmadığı sağlık kurumlarında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından, en az birinin yer aldığı sağlık kurulları tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.

Sağlık kurulu raporu ekinde solunum fonksiyon testi (SFT) ve arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.

Kompresör tipi nebulizatör bedelleri kurumlarca karşılanacak olup ultrasonik nebulizerler bedelleri karşılanmaz.

Cihazın verilmesine ilişkin şartlar;

Erişkin hastalar;

İnhaler preparatları ve inhaler preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanmadığı sağlık kurulu raporu ile belgelenen,

- a) Stabil kronik akciğer hastalığı olanlarda;  
FEV<sub>1</sub> ≤ 40 ise AKG değerlerine bakılmaksızın,

- b) Persistan astımlı hastalarda;  
FEV<sub>1</sub> veya PEF<sub>R</sub> ≤ %60 veya

FEV<sub>1</sub> veya PEF<sub>R</sub> % 60–80 arasında olup günlük PEF<sub>R</sub> veya FEV<sub>1</sub> değişkenliği %30'un üzerinde ise,

- c) Bronşektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda;

Stabil dönemde FEV<sub>1</sub> ≤ 40

olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanağı belgelerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri kurumlarca ödenir.

Çocuk hastalar;

- a) Persistan astımlı hastalarda;  
FEV<sub>1</sub> veya PEF<sub>R</sub> ≤ %60 olan veya

FEV<sub>1</sub> veya PEF<sub>R</sub> % 60–80 arasında olup günlük PEF<sub>R</sub> veya FEV<sub>1</sub> değişkenliği %30'un üzerinde olması

veya

- b) 14 yaşın üstündeki hastalarda;  
FEV<sub>1</sub> veya PEF<sub>R</sub> ≤ 40 olması veya

c) 6 yaşın altındaki hastalar ve 6 yaşın üstünde olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorun) nedeniyle

solunum fonksiyon testi yapılamayan hastalarda bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi, koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri kurumlarca ödenir.

Solunum fonksiyon testi yapamayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adeleleri çalışmayan veya mental retarde (IQ ≤ 40) olan nörolojik sorunlu hastalarda PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ 88 olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.

#### **20.4.17. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

##### **Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları**

20.4.17.1. Çocuklar için (Parapodium, Standing Table)

(1) Üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

- Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- Baş kontrolü ve oturma dengesi olan,
- Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan,
- Progresif hastalığı olmayan,
- Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,

2 yaş ve üzerindeki hastalara (8 yaş üstü hastalara standing table bedeli karşılanmaz) reçete edilmesi halinde bedeli karşılanır.

Parapodium, standing table, cihazları birlikte temin edilmez.

Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye bedeli ödenmez.

20.4.17.2. Erişkinler için (Stand Up Wheelchair (manuel kalkış manuel sürüş))

Üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinin fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

- Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
  - Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan,
  - Progresif hastalığı olmayan,
  - Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,
  - Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken,
- hastalara reçete edilmesi halinde bedeli kurumlarca karşılanır.

Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye (özelliksiz, özellikli, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazı bedeli ödenmez.

Bu Tebliğin yürürlük tarihinden önce temin edilen tekerlekli sandalye (özellikli, özelliksiz, akülü), cihazlarının kullanım süreleri tamamlanmadan erişkinler için Stand up wheelchair bedeli karşılanmaz.

Akülü, motorlu, elektrikli, kalkış/sürüş, merdiven inip çıkabilen ve benzeri cihaz bedelleri kurumlarca karşılanmaz.

Stand up wheelchair yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde bedeli ödenmez.

20.4.17.3. Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazlarının bedeli Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tespit edilen birim fiyatlar üzerinden ödenir.

#### **20.4.18. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

##### **İşitmeye yardımcı implantlar/kulakla ilgili implantlar**

20.4.18.1. Koklear implantlar (Kİ):

Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmeyen kişilerde aşağıdaki kriterlere haiz olması halinde uygulanır;

•Pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda (işitme cihazı hiç kullanmamış olanlar da dahil) 6 yaşını tamamlayıncaya kadar Kİ uygulanır.

•7 yaş ve üzeri pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda kronolojik yaşla konuşma yaşı arasındaki fark 4 yıldan az ise Kİ uygulaması yapılır.

•Post-lingual işitme kaybı olanlarda Kİ uygulanır, ancak hiç işitme cihazı kullanmamış post-lingual işitme kaybı olanlarda (**Değişik ibare:RG-5/9/2009-27340**) 10 yıl geçmesi halinde Kİ uygulanmaz.

•(**Değişik:RG-5/9/2009-27340**) Kİ sağlık kurulu raporu aynı resmi sağlık kurumunda çalışan üç kulak burun boğaz uzman hekimi ve iki uzman odyologdan (iki uzman odyolog bulunmayan resmi sağlık kurumlarında ise 1/1/2010 tarihine kadar bir odyolog veya uzman odyolog) oluşan bir ekip tarafından düzenlenir.

•Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olması ve koklear sinirin varlığı yüksek çözünürlükte CT ve/veya MRI ile gösterilmelidir.

•(**Değişik:RG-5/9/2009-27340**) Eğitimsel, psikolojik değerlendirmeler ve uygunluğu ekte yer alan eğitim odyoloğu (bulunmayan kurumlarda işitme engelliler alanında deneyimli özel eğitimci veya psikolog) ve psikolog tarafından yapılmalı ve Kİ kurul raporunda belirtilmelidir.

•Menenjit sonrası oluşan işitme kaybı ve koklear ossifikasyon varlığında özel şartlar aranmaksızın acil operasyon Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.

•İşitsel nöropatide ayrıntılı değerlendirmeler sonunda Kİ uygulamasının yararlı olacağı Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.

•(**Değişik:RG-5/9/2009-27340**) Kİ uygulaması sonrasındaki eğitimin takibi; cerrahi tedavi yapılan sağlık kurumunca; eğitim odyoloğu (bulunmayan kurumlarda işitme engelliler alanında deneyimli özel eğitimci veya psikolog) ve yer belirtilerek en az 5 yıllık süreyi içeren bir taahhütname ile belgelenmelidir.

Odyolojik değerlendirme:

Odyometrik değerlendirme,

Saf ses hava yolu ve kemik yolu işitme eşikleri; 1000, 2000, 3000 ve 4000 Hz'lerdeki ortalama eşiklerin 90 dB'den daha kötü olması ve işitme cihazı ile konuşmayı ayırtma skorunun %30'un altında olmalıdır.

20.4.18.2. Beyinsapı implantı

Koklear implant ekibi tarafından değerlendirilmiş ve yapılan CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğü tespit edilen hastalara beyinsapı implantı Kİ kurul raporu ile uygulanır.

20.4.18.3. Kemiğe implante edilen işitme cihazı

Konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği Kİ kurul raporu ile saptanan ve otolojik açıdan alttaki kriterlere uyan hastalar ile sınırlıdır.

Ortalama kemik yolu işitme eşiği 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz de 45 dB'i aşmayan, iletim veya mikst tip işitme kaybı olan ve maksimum konuşmayı ayırtma skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda aşağıda belirtilen kriterlere uyması durumunda;

- Bilateral aural atrezi, cerrahi ile düzeltilemeyen konjenital orta kulak anomalilerinde,
  - Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan hastalarda,
  - Tek işiten kulakta iletim tipi işitme kaybı olan hastalarda,
- uygulanır.

20.4.18.4. Orta kulağa implante edilebilen işitme cihazları

Konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği Kİ kurul raporu ile saptanan ve otolojik açıdan aşağıdaki kriterlere uyan hastalar ile sınırlıdır.

•Alçak frekanslarda işitmesi iyi olup yüksek frekanslara doğru ani artışlar gösteren fakat 80 dB'i aşmayan sensori-neural işitme kaybı olan kişilerde (konvansiyonel endikasyon),

•Kemik yolu işitme eşikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst tip işitme kaybında, (yuvarlak pencere endikasyonu) uygulanır. Ancak hastanın her iki kulağı da daha önce en az bir kez opere edilmiş ve işitme kaybı düzeltilememiş olmalı ve yeni bir mikrocerrahi ile işitmenin düzeltilmesi şansının olmadığı belirtilmelidir.

**20.4.19. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

**Servikal disk protezleri**

45 yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafe için kullanımı halinde bedelleri kurumlarca ödenecektir.

**20.4.20. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

**Pedikül vida yerleştirici**

Pedikül vida yerleştirici malzemeleri tanıya dayalı işlemler listesi (EK-9) dahilinde olup, ayrıca fatura edilse dahi bedelleri kurumlarca ödenmeyecektir.

**20.4.21. (Ek:RG-20/1/2009-27116)**

**Perkutan interbody füzyon ve vida fiksasyonu (Sakrum korpusundan geçerek lomber korpus içine giren fiksasyon yöntemi)**

Dejeneratif disk hastalığına bağlı foraminal stenoz, instabilite, spondilolistezis (grade 1 veya 2) ve başarısız füzyon girişimi olan hastalarda, eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde uygulanması halinde bedelleri kurumlarca ödenecektir.

**21. Sağlık hizmetlerinin karşılanma yöntemi**

Sağlık hizmetleri, resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile bu Tebliğ ve Özel Tedavi Protokolü hükümleri çerçevesinde sözleşme imzalanan özel sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlanır.

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, (**Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) tedavinin bitmesini müteakip en geç bir ay 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 beşgün 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 kırkbeş 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 ekinde yayımlanan (EK-8/A) listesinde belirtilmiştir. Birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarında laboratuvar ve radyolojik görüntüleme işlemleri dışında yapılan diğer işlemler için Tebliğe ekli (EK-8) sayılı fiyat listesi uygulanacaktır. Özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ile Kızılay tıp merkezlerinde Tebliğe 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. Hizmet başı esasına göre 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.

Tebliğ 2.3 maddesinde belirtilen günübürlük tedavilerde, "gündüz yatak ücreti" bedeli ödenir. Yatak ücretleri için Tebliğin 25.1.1 inci maddesinde yer alan düzenlemeye göre işlem yapılacaktır.

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 bedeli, öncelikle Tebliğ eki "Taniya Dayalı İşlem Fiyat Listesi"nde (EK-9) yer alıyorsa bu fiyat listesi fiyatları esas alınarak ödenir. Sağlık hizmeti Tebliğe ekli EK-9 sayılı listede yer almıyor ise, Tebliğ eki "Sağlık Kurumları Fiyat Listesi" (EK-8) fiyatları esas alınarak ödenir.

Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde EK-9 sayılı listenin tamamının uygulanması zorunlu olmayıp, bu listede yanında (\*) yıldız işareti bulunan işlemlerin uygulanması 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) sayılı ve (EK-9) sayılı listelerde 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) sayılı fiyat listesinin "8. Radyoloji Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuvar 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. Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme**

Sağlık kurumlarında bu Tebliğe ekli Taniya Dayalı İşlem Listesinde (EK-9) yer alan işlemler, bu listedeki fiyatlar üzerinden fatura edilecektir.

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

Taniya dayalı 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; bu Tebliğde belirtilen esaslar ve birim fiyatlar ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarını temsil eden derneklerle imzalanan Özel Tedavi Protokolü hükümleri çerçevesinde 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.

Taniya dayalı işlem fiyatlarına ait faturalar öncelikli olarak ödenecektir.

### **21.4. (Ek bölüm:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)**

### **Sağlık kurumlarında ilave ücret uygulaması**

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesinde, kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak bu bedellerin bir katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkili kılınmıştır.

Bu hüküm gereğince, 29/5/2008 tarihli ve 2008/13728 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile vakıf üniversiteleri dahil özel sağlık kurum ve kuruluşlarının Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla %30'una kadar ilave ücret alabileceği belirtilmiştir.

5510 sayılı Kanunun 73 üncü maddesinde otelcilik hizmetleri ile istisnai sağlık hizmetleri için alınabilecek ilave ücretler ayrıca düzenlenmiştir.

2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununun 28 inci maddesinin altıncı fıkrası ile sağlık kurum ve kuruluşlarının kamu idarelerinde 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olarak istihdam edilenler (bunlardan aylıksız izinli olup, ilgili mevzuatı gereğince tedavi yardımı hakkı devam edenler dâhil) ile bunların bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinden vermiş oldukları sağlık hizmetleri için 5510 sayılı Kanunun 73 üncü maddesi gereğince genel sağlık sigortalısı hak sahiplerinden alabilecekleri ilave ücretlerin dışında ilave ücret talep edemeyecekleri hükme bağlanmıştır.

Bütçe Kanununun bu hükmü çerçevesinde, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından kamu personeli ve aile fertlerinden Tebliğin bu bölümünde belirlenen esas ve usuller ile oranlar dâhilinde ilave ücret alınabilecektir.

#### **21.4.1. İlave ücret alınması**

Vakıf üniversitesi hastaneleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 30'u tutarında kişilerden ilave ücret alınabilir.

#### **21.4.2. İlave ücret alınmayacak kişiler**

Resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla;

a) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişilerden,

b) 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden,

c) Harp malüllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan,

**(Ek ibare:RG-20/1/2009-27116) ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden** otelcilik hizmetleri ile istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınamaz.

#### **21.4.3. İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri;**

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için ilgililerden ilave ücret talep edilemez.

- 1) Acil servislerde sunulan sağlık hizmetleri ile acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- 2) Yoğun bakım hizmetleri,
- 3) Yanık tedavisi hizmetleri,
- 4) Kanseri tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- 5) Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- 6) Organ, doku ve hücre nakilleri,
- 7) Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- 8) Diyaliz tedavileri,
- 9) Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

**(Değişik ibare:RG-20/1/2009-27116) için herhangi bir ilave ücret alınamaz.**

#### **21.4.4. İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulaması**

Sağlık kurum ve kuruluşları Tebliğ ekinde yer alan İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesinde (EK-12) belirtilen sağlık hizmetleri için hak sahiplerinden sağlık hizmeti bedelinin üç katını geçmemek üzere ilave ücret talep edebilir.

#### **21.4.5. Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması**

Sağlık kurumları, Tebliğ ekinde yer alan Otelcilik Hizmetleri Fiyat Listesinde (EK-12/A) tespit edilen otelcilik hizmetine ait ücretlerin üç katını geçmemek üzere hak sahiplerinden ilave otelcilik hizmeti ücreti talep edebilir.

Otelcilik hizmetleri kurumlara fatura edilemez.

### **22. Taniya dayalı işlem fiyat listesinin uygulama ilkeleri**

#### **22.1. Taniya dayalı işlem tanımı**

Taniya dayalı 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. Taniya dayalı 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. Taniya dayalı işlemlerin kapsamı**

Taniya dayalı ödeme listesi işlem fiyatlarına; yatak ücreti, poliklinik, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, ilaç, **(Ek ibare:RG-20/1/2009-27116) (kan ürünleri hariç)** 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. Fiyatlar, her taniya dayalı işlem fiyatı için ayrı ayrı belirtilen istisnaları kapsamaz. Bu istisnalar, ayrıca faturada gösterilerek faturalandırılır.

Taniya dayalı işlem kapsamında olan ilaç veya tıbbi malzemelerin hastalara temin ettirildiğinin tespiti halinde, ilaç ve tıbbi malzemeler için hastaya ödenen tutar ilgili sağlık kurumundan mahsup edilir.

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

Tebliğ eki EK-9 sayılı listede 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, taniya dayalı 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 sayılı liste fiyatları üzerinden % 10 indirimli olarak fatura edilecektir.

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

Hastanın taburcu olduktan sonraki, aynı sağlık kurumundaki aynı branşta; 15 gün içerisinde yapılan muayeneleri ile 15 inci günden sonra yapılan ilk kontrol amaçlı muayenesi ve bu muayeneler sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikler taniya dayalı ödeme işlem fiyatına dahildir, ayrıca faturalandırılmaz.

### **22.6. Taniya dayalı işleme dâhil olmayan tıbbi malzemeler**

Taniya dayalı işlem fiyatına dâhil olmayan malzemeler; plak+çivi+vida, kemik çimentosu, 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, aterektomi cihazı, dual meshler (karın duvarının kapatılamadığı intraabdominal hernilerde ve diyafragmatik hernilerde sağlık kurulu raporu ile) ve taniya dayalı işlem tanımlarında dahil olmadığı belirtilen malzemelerdir.

Taniya dayalı 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) Taniya dayalı işlem kapsamında tedavisi yapılan hastaya, Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer almayan bir tedavi gerektiren komplikasyon ortaya çıkması durumunda, komplikasyonun tedavisine ait ücret, Tebliğ eki EK-8 sayılı listede yer alan tutarların %10 ekşiğiyle faturalandırılır.

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.

b) Taniya dayalı işlem kapsamında tedavisi yapılan hastanın eşlik eden hastalıklarla ilgili (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler vb) teşhis ve tedavi hizmetleri Tebliğ eki EK-8 sayılı liste üzerinden ayrıca faturalandırılır.

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

A Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 15 gün,

B Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 10 gün,

C Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 8 gün,

D Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 5 gün,

E Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 3 gün,

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



ç) Hastaya uygulanan tanıya dayalı 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 tanıya dayalı işlem fiyatı tam olarak, diğer işlemler ise kendi tanıya dayalı işlem fiyatının %25'i olarak fiyatlandırılır.

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

Aynı seansta aynı kesi ile EK-9 sayılı listede yer alan bir ameliyat ile birlikte EK-9 sayılı listede yer almayan bir ameliyat yapılması halinde tanıya dayalı işlem fiyatı tam olarak, EK-8 sayılı listede yer alan işlem bedelinin %30'u faturalandırılır.

Aynı seansta aynı kesi ile EK-9 sayılı listede yer alan bir ameliyat ile birlikte EK-9 sayılı listede yer almayan bir ameliyat yapılması halinde tanıya dayalı işlem fiyatı tam olarak, EK-8 sayılı listede yer alan işlem bedelinin %50'si faturalandırılır.

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

### **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 oldukları 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. Tebliğin eklerine ilişkin düzenlemeler ve duyurular**

#### **25.1. Tebliğin eklerine ilişkin düzenleme**

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümleri 1/10/2008 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.

Genel sağlık sigortalısı hak sahiplerinin tedavileri için ödenmesi gereken tedavi giderlerinin birim fiyatları, 5510 sayılı Kanun gereğince oluşturulan ve Bakanlığımızın da üyesi bulunduğu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından kararlaştırılarak yürürlüğe konulmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından kararlaştırılan birim fiyatlar ve tedavi yardımına ilişkin diğer listeler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 29/9/2008 tarihli ve 27012 birinci mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ekinde yayımlanmıştır.

Tedavi yardımına ilişkin olarak yürütülen ortak uygulamaya paralel olarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından kararlaştırılan birim fiyatlar Bakanlığımız tarafından da aynen uygulandığından, Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinin ekleri ayrıca yayımlanmayacak, SUT ekinde yayımlanan ve aşağıda belirtilen ek listeler bu Tebliğ kapsamındakiler için de aynen uygulanacaktır.

EK-1: Yurtdışında Tedavi Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi,  
EK-1/A: Yurt Dışı Tedavi İçin Hasta İzleme Cizelgesi,  
EK-1/B: Yurt Dışında Tedaviye Gönderileceklere İlişkin Sağlık Kurulu Raporu,  
EK-1/C: Yurt Dışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi,

EK-1/Ç: Kemik İliği Doku Bilgi Bankaları Listesi,

EK-1/E: Kan ve Kan Bileşenleri Talep Formu,

EK-1/F: Doku Tipleme Laboratuvarları Listesi,

EK-1/G: Kemik İliği Nakli Merkezleri Listesi,

- EK-2: Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi,  
EK-2/A: Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi,  
EK-2/B: Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi,  
EK-2/C: Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi,  
EK-2/D: Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi,  
EK-2/E: Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis, İnek Sütü Alerjisi ve Çölyak Hastalığı) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi,  
EK-2/G: **(Ek:RG-17/7/2009-27291)<sup>(3)</sup>** Yurtdışı İlaç Fiyat Listesi  
EK-3/B: Eczane Bilgi Formu,  
EK-4: **(Mülga:RG-20/1/2009-27116)**  
EK-4/A: **(Mülga:RG-20/1/2009-27116)**  
EK-5: Protez, Ortez ve Diğer Tıbbi Malzeme Listesi,  
EK-5/A: Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi,  
EK-5/B: Bedeli Ödenmeyecek Basit Sıhhi Sarf Malzemeleri Listesi,  
EK-5/C: Vücut Organ Protez ve Ortezler Listesi,  
EK-5/D Liste **(Ek:RG-20/1/2009-27116)**  
EK-6: Gözlük Camları Fiyat Listesi,  
EK-7: Diş Tedavileri Fiyat Listesi,  
EK-7/A: Diş Tedavileri Fiyat Listesine İlişkin Açıklamalar,  
EK-8: Sağlık Kurumları Fiyat Listesi,  
EK-8/B: Pozitron Emisyon Tomografi (PET) Görüntüleme Klinik Uygulamaları,  
EK-8/C: Radyofarmasötik Ajan Tavan Fiyat Listesi,  
EK-9: Tanıya Dayalı İşlem Listesi.  
K-12: **(Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi  
EK-12/A: **(Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Otelcilik Hizmetleri Fiyat Listesi

Yukarıda belirtilen listeler Tebliğ ekinde yayımlanmamıştır. Sosyal Güvenlik Kurumunun Sağlık Uygulama Tebliği ekinde yayımlanan listeler bu Tebliğ kapsamındaki için de geçerlidir. Bu listeler aynı zamanda Bakanlığımız Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün internet adresinde yayımlanacaktır.

#### **25.1.1. Yatak ücretleri ve otelcilik hizmetleri**

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürürlüğe konulan Sağlık Uygulama Tebliğinin ekinde yayımlanan Sağlık Kurumları Fiyat Listesinde (EK-8) yatak ücreti olarak sadece "standart yatak ücreti"nin birim fiyatı tespit edilmiş, ayrıca otelcilik hizmetine ait birim fiyat tespit edilmiştir. Yeşil kartlı hak sahipleri için bu listede bulunan "STANDART YATAK ÜCRETİ" birim fiyatı uygulanacaktır.

Yönetmeliğin 21 inci maddesinde memurlar ile aile fertlerinin yatırılabilirliği yatak sınıfları ayrıca belirtilmiş bulunmaktadır. Yönetmelikte yer alan düzenleme paralelinde kamu personeli ve bunların aile fertleri için 25/5/2007 tarihli ve 26532 mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan (8) sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinin eki EK-8 sayılı fiyat tarifesinin "1.YATAK ÜCRETLERİ" bölümünde yer alan birim fiyatlar uygulanmaya devam edilecektir.

#### **25.2. Duyurular**

Bu Tebliğ ve ekleri ile Tebliğde yapılan değişiklikler Bakanlığımız Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün "www.bumko.gov.tr" adresinde duyurulacaktır.

#### **25.3. Yürürlükten kaldırılan düzenlemeler**

25/5/2007 tarihli ve 26532 mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 8 sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği yürürlükten kaldırılmıştır.

Kamu personeli olan gaziler açısından 9/11/2007 tarihli ve 23925 sayılı gazilerin tedavi giderleri hakkında Genelge ile 25/3/2008 tarihli ve 3493 sayılı Genelgenin 11 inci maddesi uygulanmaya devam edilecektir.

#### **26. Yürürlük**

Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

-----

(1) : Bu değişiklik 15/1/2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

(2) : Bu değişiklik 1/8/2009 tarihinde yürürlüğe girer.

(3) : Bu değişiklik 1/6/2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

(4) : 2.7 numaralı başlık altındaki 2.7.7. numaralı bent 5/9/2009 tarihli ve 27340 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan değişiklik tebliği ile yürürlükten kaldırılmış olup bundan sonra gelen iki bent buna göre teselsül ettirilmiştir.

(5) : Bu değişiklik 17/7/2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

- (6) : Bu değişiklik 2/11/2009 tarihinde yürürlüğe girer.  
(7) : Bu değişiklik 17/10/2009 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.  
(8) : Bu değişiklik 4/12/2009 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

### **İŞLENEMEYEN HÜKÜMLER**

1: 7/2/2009 tarihli ve 27134 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği’nin (SIRA NO: 8) işlenemeyen hükmü:

*“Bu Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren dış tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest dış hekimliklerine sevk yapılmayacaktır. Konuyla ilgili olarak yeni bir düzenleme yapıncaya kadar, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ve Tebliğ hükümleri çerçevesinde dış tedavileri resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlanmaya devam edilecektir.”*

**[Eki için tıklayınız](#)**