

TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ**1. AMAÇ, KAPSAM VE DAYANAK****1.1. Amaç**

(1) Tebliğin amacı (bundan sonra SUT olarak ifade edilecektir); sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca (bundan sonra Kurum olarak ifade edilecektir) karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

1.2. Kapsam**(1) İkamet yeri Türkiye olan kişilerden;**

a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,

b) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;

1- Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,

2- Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar,

3- Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,

4- Tarımsal faaliyette bulunanlar,

c) 5510 sayılı Kanunun geçici 12 nci maddesinin dokuzuncu fıkrası kapsamına girenler ile aynı Kanunun 105 inci maddesindeki istisna gereğince sağlık hizmetleri ilgili kamu idarelerince karşılanmaya devam olunacaklar hariç olmak üzere;

1- 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanuna ekli;

• (I) sayılı cetvelde sayılmış olan genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde,

• (II) sayılı cetvelde sayılmış olan özel bütçeli idarelerde,

• (III) sayılı cetvelde sayılmış olan düzenleyici ve denetleyici kurumlarda,

• (IV) sayılı cetvelde sayılmış olan sosyal güvenlik kurumlarında,

2- Belediyeler ve il özel idareleri ile bunların bağlı kuruluşlarında, mahalli idare birliklerinde (köylere hizmet götürme birlikleri hariç),

3- 233 sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamına giren kamu iktisadi teşebbüslerinde,

4- Özelleştirme programına alınmış olanlar dahil sermayesinin en az % 50'si kamuya ait olan kurum, kuruluş, ortaklık veya şirketlerde,

5- Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında,

6- Yukarıda belirtilenler kapsamına girmemekle birlikte özel kanunlarla veya özel kanunların verdiği yetkiye dayanılarak kurulmuş olan diğer kamu kurum ve kuruluşlarında; 5510 sayılı Kanunun geçici 4 üncü maddesi gereğince 5434 sayılı Kanun hükümlerine göre kesenek ve karşılık ödenmesi gerekenler, ayrıca 5434 sayılı Kanunun mülga 12 nci maddesinin (II) işaretli fıkrasının son paragrafı, mülga geçici 192 nci, mülga geçici 218 inci ve mülga ek 76 ncı maddesi kapsamında kesenek ve karşılık ödenenler ile sermayesinde kamu payı kalmayan veya % 50'nin altına düşmüş olan ortaklık ya da kuruluşlarda ilgili kanunları gereğince 5434 sayılı Kanunla ilişkilendirilmeye devam olunan ve bu sebeple 5510 sayılı Kanunun geçici 4 üncü maddesi kapsamında kesenek ve karşılık alınmak suretiyle istihdam edilenler,

ç) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

d) SUT'un 1.2(1) numaralı fıkrasının (a), (b), (c) ve (ç) bentlerinde sayılmayanlardan;

1- Sığınmacı veya vatansız olarak kabul edilen kişiler,

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

3- 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

4- 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

5- 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

6- Harp malûllüğü aylığı alan kişiler ile 12/4/1991 tarihli ve 3713 Sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında

aylık alan kişiler,

7-24/6/2008 tarihli ve 5774 sayılı Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması ile Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

e) Müttekabiliyet esaslı da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

f) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

g) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,

ğ) 5510 sayılı Kanununun 60 ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bendinde belirtilen kişiler hariç olmak üzere yukarıda sayılanların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,

ile SUT'un [1.2.\(1\)d\)1](#) alt bendinde sayılan kişiler hariç olmak üzere diğer kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak tescil işlemleri yapılarak Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılır.

(2) Tedavi yardımları yeşil kart verilerek sağlanan kişilerin kayıtları Kurum tarafından devralınıncaya kadar sağlık yardımları yürürlükten kaldırılan kanunlardaki hak ve yükümlülükler çerçevesinde ilgili kamu idarelerinde sağlanmaya devam edilecektir.

1.3. Dayanak

(1) SUT; 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve 28/8/2008 tarihli ve 26981 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

2. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

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

2.1. Sağlık Kuruluşları

2.1.1. Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşu

(1) Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

2.1.2. Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu

(1) İş yeri hekimleri, “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.

2.1.3. Serbest Eczaneler

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

2.2. Sağlık Kurumları

2.2.1. İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumu

(1) 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, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.

2.2.2. İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumu

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

2.2.3. Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurumu

(1) Sağlık Bakanlığınca bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

2.3. Sağlık Hizmet Sunumu Bakımından Basamaklandırılmayan Sağlık Kurumları/ Kuruluşları

1- Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığınca ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri,

2- Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları,

3- Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar.

2.4. Sağlık Hizmet Sunumu Bakımından Basamaklandırılmayan Diğer Sağlık Hizmet Sunucuları;

1- Optisyenlik müesseseleri,

2- Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri,

3- Kaplıcalar.

2.5. Sağlık Hizmeti Sunucularının Sınıflandırılması

(1) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca, Sağlık Bakanlığınca basamaklandırılan sağlık hizmeti sunucularının ayaktan tedavide fiyatlandırmaya esas olmak üzere sınıflandırılması SUT eki "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayaktan Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi" nde (EK-10/A) yer almaktadır.

3. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA MÜRACAAT VE YÜKÜMLÜLÜKLER

3.1. Sağlık Hizmeti Sunucularına Müracaat İşlemleri ve Kimlik Tespiti İşlemleri

3.1.1. Sağlık Hizmeti Sunucularına Müracaat İşlemleri

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

(2) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin, SUT'un 4.2(5) fıkrasında belirtilen istisnalar hariç olmak üzere acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan sağlık hizmeti sunucularından aldıkları sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(3) Kurum ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin müracaatlarını ayırım yapmaksızın kabul etmek zorundadır.

3.1.2. Kimlik Tespiti

(1) Sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin müracaatı aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti yapacaktır. Kimlik tespiti yükümlülüğünü yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından uğranılan zarar geri alınır.

(2) 2828 sayılı Kanunla sağlanan yardımlardan ücretsiz faydalananlardan çocuk, özür, kadın ve yaşlıların sağlık kurum ve kuruluşlarına birinci fıkrada belirtilen belgeleri ibraz edememeleri halinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kapsamında bulduklarını gösterir belgeye göre gerekli işlemler yürütülerek sonrasında söz konusu belgelerin ibrazı anılan Kurumdan istenecektir.

(3) Kapsamdaki kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri doğrultusunda suç duyurusunda bulunulur.

3.1.3. Provizyon İşlemleri

(1) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA, MEDULA-optik, eczane provizyon sistemi) üzerinden T.C. kimlik numarası ile hasta takip numarası/ provizyon alacaklardır.

(2) Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda,

a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/ provizyon verilmesi halinde sağlık hizmeti verilebilecektir.

b) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/ provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, 5510 sayılı Kanunun 67 nci maddesinin birinci fıkrasında sayılan aşağıda belirtilen istisnai haller nedeniyle yapıp yapılmadığı değerlendirilecektir.

1-Acil hal (*),

2-İş kazası ile meslek hastalığı hali,

3-Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,

4-Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,

5-Analık hali (**),

6-Afêt ve savaş ile grev ve lokavt hali,

7-18 yaş altı çocuklar,

8-Tibben başkasının bakımına muhtaç kişiler (***)

(3) Müracaat yukarıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise; bu kişiler için sağlık hizmeti sunucularınca SUT eki "Genel Sağlık Sigortası Talep Formu" (EK-4/B) tanzim edilecektir. Bilgileri ve genel sağlık sigortası talep beyanları alınan kişiler için Kurum bilgi işlem sistemi üzerinde ilgili istisnai durum seçilip hasta takip numarası/ provizyon numarası alınarak sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti sunulabilecektir. Sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen formlar en geç, kişilerin başvurusunu takip eden 2 (iki) iş günü içerisinde Kurumun

ilgili il müdürlüğü veya merkez müdürlüğüne gönderilecektir.

(4) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olmayan kişilere sunulan sağlık hizmetleri bedelleri Kurumca ödenmez.

(5) Kişilerin müstehaklığının belirlenmesi konusunda, Kurum bilgi işlem sitemine eklenmemiş olmakla birlikte mevzuat düzenlemelerinde başka kontrollerin de yapılması belirtiliyorsa, bu konuda gerekli araştırma sağlık hizmeti sunucularınca yapılacaktır.

(*) **Acil hal;** Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

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

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

3.1.3.A- Yurtdışı sigortalı müracaatları

(1) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi" ne istinaden (Kurum bilgi işlem sisteminde müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar) sağlanacaktır.

3.1.3.B- MEDULA sisteminden kaynaklanan nedenlerle provizyon alınmaması

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

3.1.3.C- Türk Silahlı Kuvvetleri' ne bağlı sağlık kurumlarının provizyon işlemleri

(1) TSK'ya bağlı sağlık kurumlarınca, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma haklarının olup olmadığı, T.C. kimlik numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi (devredilen SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur bilgi işlem sistemi) üzerinden tespit edilecektir.

3.2. Katılım Payı

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

(2) Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir.

a) Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı,

b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,

c) Vücut dışı protez ve ortezler,

d) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

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

a) SUT'un 3.2.1 ve 3.2.2 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları, Kurumla sözleşmeli eczanelerce,

b) SUT'un 3.2.3(1)a bendinde tanımlanan katılım payı Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından, kişilerden tahsil edilir.

3.2.1. Ayakta Tedavide Hekim ve Dış Hekimi Muayenesi Katılım Payı

(1) Sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve dış hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları aşağıda belirtilmiştir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde.....2 TL

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında.....8 TL

Özel sağlık kurumlarında.....15 TL

(2) Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerine ilişkin 2 TL tutarındaki katılım payı, kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir. Muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda katılım payı uygulanmaz.

(3) İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 8 (sekiz) TL öngörülen katılım payının;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 5 (beş) TL tutarındaki kısmı gelir ve aylıklarından, 3 (üç) TL lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir.

b) Diğer kişiler için ise 8 (sekiz) TL katılım payı tutarı eczanelerden tahsil edilir.

(4) Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 15 (onbeş) TL öngörülen katılım payının;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 12 (oniki) TL tutarındaki kısmı gelir ve aylıklarından, 3 (üç) TL lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir.

b) Diğer kişiler için ise 12 (oniki) TL katılım payı tutarı sağlık hizmeti sunucusu tarafından, 3 (üç) TL lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir.

(5) Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde 3 (üç) TL indirim yapılır. Bu durumda bu maddenin üçüncü fıkrasının (b) bendinde belirtilen kişilerin resmi sağlık hizmeti sunucularındaki muayenelerine ilişkin uygulanan 5 (beş) TL tutarındaki katılım payı, reçete ile ilk eczaneye müracaatında tahsil edilecektir.

(6) SUT'un 3.1.3.A, 3.1.3.B ve 3.1.3.C numaralı maddelerinde belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için;

a) Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerine ilişkin katılım payı, kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden,

b) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki muayenelerine ilişkin katılım payı ise sağlık kurumunca (muayene sonrası reçete düzenlenmemiş ise 3 TL lik indirim uygulanarak) kişilerden, tahsil edilir.

(7) Sağlık Bakanlığı izni ile yurt dışından temin edilen ilacın/ ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması ve bu ilaçların SUT'un 6.3 numaralı maddesinde yer alan düzenlemelere uyulmak koşuluyla sözleşmeli eczanelerden fatura karşılığı kişilerce temin edilmesi durumunda; ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayene katılım payının 3 (üç) TL tutarındaki kısmı Kurum ilgili birimince ödeme aşamasında kişilerden tahsil edilir.

3.2.2. Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı

(1) Ayaakta tedavide sağlanan ilaçlar için ilaç bedelinin Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10'u, diğer kişiler için %20'si oranında katılım payı alınır. Ancak sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla SUT eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" (EK-2) nde yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlardan katılım payı alınmaz.

(2) Ayaakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

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

3.2.3. Tıbbi Malzeme Katılım Payı

(1) Vücut dışı protez ve ortez sağlanması halinde katılım payı uygulanacak malzemeler aşağıda belirtilmiştir.

a) Gözlük cam ve çerçeveleri,

b) Ağız protezleri (SUT eki "Diş Tedavileri Puan Listesi" nde (EK-7) yer alan 404.010, 404.020, 404.030, 404.040, 404.050, 404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.370, 404.380, 404.390, 404.400, 404.410, 404.420 kod numarasında sayılanlar),

c) Vücut dışı kullanılan ve sağlık raporunda hayatı öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler ve ortezler.

(2) Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin yüzde yetmişbeşini geçemez. Yüzde yetmişbeşlik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir.

(3) Gözlük cam ve çerçevelerine ilişkin katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

b) Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından kişilerden, tahsil edilir.

(4) Ağız protezlerine ilişkin katılım payı;

a) Kurumla sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşlarınca yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarınca kişilerden,

b) Kurumla sözleşmesiz; serbest dişhekimlikleri ile sağlık kurum veya kuruluşlarında yaptırılan ağız protezi katılım payları, sosyal güvenlik il müdürlüklerince/ sosyal güvenlik merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden, tahsil edilir.

(5) Kişilerce temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı, sosyal güvenlik il müdürlüklerince/ sosyal güvenlik merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden tahsil edilir.

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

3.2.4. Yardımcı Üreme Yöntemi Katılım Payları

(1) Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede % 25 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır.

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

3.2.5. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler

(1) İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan sigortalıdan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(2) Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(3) 5510 sayılı Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(4) 5510 sayılı Kanununun 94 üncü maddesinde tanımlanan kontrol muayenelerinden SUT'un 3.2.1 numaralı maddede tanımlanan katılım payı alınmaz.

(5) Acil sağlık hizmetleri ile SUT'un [2.3](#) numaralı maddesinde belirtilen sağlık kurumları/ kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde, SUT'un [3.2.1](#) numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(6) Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(7) Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; hematolojik veya onkolojik malignensiler, doğuştan metabolik hastalık, kalıtsal hastalık veya kronik psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerin bu hastalıkları ile ilgili branştaki ayaktan muayenelerinde SUT'un 3.2.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(8) Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla SUT eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-2) yer alan ilaçlardan SUT'un 3.2.2 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(9) Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT'un 3.2.3.B numaralı maddede yer almayan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

(10) Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(11) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 ve 3.2.4 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(12) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(13) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden SUT'un 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3 ve 3.2.4 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(14) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(15) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan SUT'un 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3 ve 3.2.4 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(16) Vazife malûllerinden SUT'un 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3 ve 3.2.4 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

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

(18) Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden SUT'un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

3.3. İlave Ücret

3.3.1. İlave Ücret Alınması

(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, SUT ve ekinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin, SUT eki Ek-8 Listesi üzerinden fatura edilen malzeme ve ilaçlar ile SUT eki Ek-9 Listesi dışında fatura edilebilecek malzeme ve ilaçlar hariç olmak üzere tamamı üzerinden, Kurumca belirlenen oranı geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir.

(2) Kurumla sözleşmeli eczaneler eşdeğer ilaçların azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı

arasında oluşacak fark ücretini, Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseseleri de kişinin talep ettiği gözlük cam ve çerçevenin bedeli ile Kurumca ödenen gözlük cam ve çerçeve bedeli arasında oluşacak fark ücretini kişilerden talep edebileceklerdir. Bu fark ücreti ilave ücret olarak değerlendirilmez.

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

3.3.2. İlave Ücret Alınmayacak Kişiler

(1) Kurumla sözleşmeli 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 malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,

otelcilik hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınmaz.

3.3.3. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri

1- Acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,

2- Yoğun bakım hizmetleri,

3- Yanık tedavisi hizmetleri,

4- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),

5- Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,

6- Organ, doku ve kök hücre nakilleri,

7- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,

8- Diyaliz tedavileri,

9- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

için SUT'un 3.3.4 numaralı maddesinde sayılan hizmetler ile öğretim üyesi tarafından verilen sağlık hizmetleri dahil olmak üzere, herhangi bir ilave ücret alınmaz.

3.3.4. Otelcilik Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulanması

(1) Sözleşmeli sağlık kurumları, tek yataklı, banyolu, tv ve telefonu bulunan odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-8 Listesinde 510.010 kod ile yer alan "Standart yatak tarifesi" işlem bedelinin üç katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki Ek-8 Listesinde yer alan "Gündüz yatak tarifesi" işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. Otelcilik hizmetleri Kuruma fatura edilemez.

4. TEDAVİ HİZMETLERİ TEMİNİ VE ÖDEME ESASLARI

4.1. Tedavi Kategorileri ve İlişkili Tanımlar

4.1.1. Ayaktan Tedavi;

(1) SUT'un 4.1.2 numaralı maddesinde açıklanan durumlar dışında kalan ve hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması, ayaktan tedavi olarak kabul edilir.

4.1.2. Yatarak Tedaviler;

4.1.2.A- Yatarak tedavi

(1) Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılıncaya kadar uygulanan tedavi.

4.1.2.B- Günübirlik tedavi

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

a) Kemoterapi tedavisi,

b) Radyoterapi tedavisi (radyoterapi tedavi planlaması hariç),

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

ç) Diyaliz tedavileri,

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

(2) Dişhekimliği uygulamaları günübirlik tedavi kapsamında değerlendirilmez.

(3) Günübirlik tedavilerde kullanılan Kuruma faturalandırılabilir ilaçlar için SUT hükümleri geçerlidir.

4.2. Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemleri ve Ödeme Kuralları

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

(2) Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin SUT'ta belirtilen teşhis ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra teşhis ve tedavi ile ilgili diğer kurallar ile sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesine ilişkin usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirleyebilir ve bu amaçla ihtisas komisyonları kurabilir.

(3) Estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri Kuruma fatura edilemez. Estetik amaçlı yapıldığı tespit edilen sağlık hizmetine ilişkin giderler Kurumca ödenmez.

(4) Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, Kurumla sağlık hizmeti sunucuları arasında sağlık hizmeti satın alımı sözleşmeleri yapılması veya acil hallerde kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmetleri giderlerinin kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır.

(5) Ancak, serbest dış hekimlikleri ile Kurumla sözleşmesiz resmi veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarındaki dış üniteleri, tıbbi malzeme tedarikçileri ve kaplıca tesisleri ile sözleşmeler yapılmıyaya kadar, bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri SUT'ta belirtilen usul ve esaslar dâhilinde kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır.

(6) Kurumca verilen yetki çerçevesinde işyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri ile özel poliklinikler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimlerince sadece yetkili oldukları işyerlerinde hizmet akdi ile çalıştırılanlara, bu işyerlerinin kamu kurumu niteliğinde olması halinde ise o iş yerinde hizmet akdiyle çalıştırılanlar ile birlikte SUT'un 1.2(1)c bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerin SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri, aile hekimliği uygulamasına geçilen iller haricindeki yerlerde Kurumca karşılanacak olup aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde karşılanmayacaktır.

(7) Sağlık Kuruluşlarından Sağlık Bakanlığı dışındaki birinci basamak sağlık kuruluşları ile kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan her hangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç ve gözlük cam-çerçeve bedelleri Kurumca karşılanır. Kamu idaresi bünyesindeki kurum hekimi tarafından, ilgili kamu kuruluşunda çalışan SUT'un 1.2(1) fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki genel sağlık sigortalısı ile aile hekimliği uygulamasına geçilen iller haricindeki yerlerde bakmakla yükümlü olduğu kişilere reçete düzenleyebileceklerdir.

(8) Altıncı ve yedinci fıkralarda belirtilen işyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri ile kurum hekimlerinin, yetkilendirildikleri kişiler haricindeki kişilere reçete düzenlemeleri halinde kurumca ödenen reçete bedelleri bu reçeteyi düzenleyenlerden tahsil edilir.

(9) Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, ayaktan ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlilleri bünyelerinde veya başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlamak zorundadırlar. Hizmet alımı yoluyla sağlanan ve Kuruma fatura edilebilir tetkik ve/veya tahlil bedelleri, sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma fatura edilir ve SUT hükümleri doğrultusunda ödenir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının, hizmet alımına ilişkin bilgi ve belgeler istenildiğinde Kuruma ibraz edilecektir.

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

(11) Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşları, bir başka sağlık kurum ve kuruluşundan hizmet alımı yoluyla sağladıkları tetkik ve/veya tahlil dışındaki tedavilere ait giderleri Kuruma fatura edemezler. Hekim veya dış hekimleri, sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde çalışmakla birlikte bu hekimler tarafından fatura düzenlenerek alınan/sunulan sağlık hizmetleri bu kapsamda değerlendirilmez.

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

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

(14) Kişilere sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlenen sağlık raporu bedelleri, SUT eki EK-8 Listesinde yer alan rapor puanlar esas alınarak sadece bir adet olarak faturalandırılır. Ancak Kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle (maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb.) sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişiler için düzenlenen sağlık raporları ile ilaç ve tıbbi malzeme temini de dâhil olmak üzere tedavi amacıyla düzenlenen sağlık raporları dışında kalan; özel amaçla kullanılacak durum belirtir rapor bedelleri (özürlülük raporu, ehliyet raporu, vasi tayini raporu, portör muayeneleri ve işlemleri, tarama amaçlı muayene ve işlemler vb.) ile bu durumların tespitine yönelik yapılan işlem bedelleri Kurumca ödenmez.

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

(16) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen Kurumca ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır. Ancak Komisyonca SUT eki EK-7, EK-8 ve EK-9 Listelerinde yer alan işlemler için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup işlem bedeli, ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır.

4.2.1. Ayaktan Tedavilerde Ödeme

4.2.1.A- Birinci basamak sağlık kuruluşları

(1) Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ayaktan tedavilerde, her başvuru için **11 TL** ödeme yapılır. Hastanın diğer bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde ise sadece **5 TL** ödeme yapılır.

4.2.1.B- İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları

4.2.1.B.1- Ayaktan tedavilerde ödeme uygulaması

(1) "Ayaktan tedavide ödeme" uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayaktan her bir başvuru için, hastaların hizmet aldıkları uzmanlık dallarına ve hizmeti sunan sağlık kurumunun, sınıf kodları, yatak sayıları da dikkate alınarak SUT eki "**Ayaktan Tedavilerde Sağlık Kurumları Sınıf ve Kodları Listesi**" nde (EK-10/A) bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki "**Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi**" nde (EK-10/B) yer alan tutarlar ile yapılması halinde;

a) SUT eki "Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi" nde (EK-10/C) yer alan işlemlerin,

b) SUT eki EK-8 Listesinde "9.5. Moleküler Mikrobiyoloji" başlığı altında yer alan işlemlerin,

c) SUT eki EK-8 Listesinde "10. Refik Saydam Hıfızısıhha Paneli" başlığı altında yer alan işlemlerin,

ç) Genetik tetkiklerin, bedelleri Kurumca ödenir.

(2) Ayaktan başvurularda, SUT eki EK-10/C Listesinde yer alan işlemlerin faturalandırılmasında aşağıdaki hususlara uyulur.

a) İşlemin SUT eki EK-9 Listesinde yer alması halinde bedelleri "Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme" yöntemi ile faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz. Bu işleme ilişkin "Taniya Dayalı İşlem Bedeli"ne dahil olmayan tıbbi malzeme ve ilaç bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

b) İşlemin sadece SUT eki EK-8 Listesinde yer alması halinde, SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlara ilave olarak; işlem bedeli ve bu işlemle ilgili ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

(3) Hastanın aynı sağlık kurumunda aynı branşa, ayaktan ilk müracaatını takip eden 10 gün içinde ikinci defa ayaktan başvurması halinde; ikinci müracaatıyla ilgili sadece birinci fıkranın (a), (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen işlem bedelleri faturalandırılabilir olup SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutar faturalandırılmaz.

(4) Hastaya birinci fıkranın (a), (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen işlemlerin yapılmasının gerekli görülmesi, ancak söz konusu işlemlerin, ilk muayene başvurusundan sonra aynı sağlık kurumunda herhangi bir tarihte yapılması durumunda, SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar ikinci bir defa girilmeksizin sadece yapılan işlem faturalandırılır.

(5) Ayaktan ilk başvuru sonrasında aynı sağlık kurumunda aynı gün gününbirlik tedavi kapsamında, SUT eki EK-9 Listesinde yer alan tanı amaçlı bir işlem yapılması halinde bu işlem, "Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme" yöntemi üzerinden faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

(6) Hastanın, aynı gün içinde aynı sağlık kurumunda ilk muayenesini takip eden diğer branşlardaki ayaktan tedavi kapsamında başvuruları, "ayaktan tedavide ödeme" uygulaması kapsamında değerlendirilmez ve SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar fatura edilemez. Ancak SUT eki EK-8 Listesi üzerinden muayene bedeli ile yapılması halinde birinci fıkranın (a), (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen işlem bedelleri faturalandırılabilir.

(7) Hastanın aynı gün içinde aynı sağlık kurumundaki ilk başvurusunun ana branş, sonraki başvurusunun ilk başvuru olan ana branşın yan dalı olması durumunda yan dala başvurusu "ayaktan tedavide ödeme" uygulaması kapsamında faturalandırılır. Ana branşa başvurusu ise, SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar girilmeksizin, SUT eki EK-8 Listesi üzerinden muayene bedeli ve yapılması halinde birinci fıkranın (a), (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen işlem bedelleri faturalandırılabilir.

(8) Ayaktan başvuru sonrasında sağlık raporu ile yapılması gerekli görülen hiperbarik oksijen tedavisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ESWL, ESWT tedavilerinin, aynı sağlık kurumunda sonraki günlerde yapılması veya bu tedavilerle ilgili başka bir sağlık hizmeti sunucusunda tanısı konulmuş olan hastanın o taniya ilişkin olarak tedavi amaçlı müracaat etmesi hallerinde, bu başvurular "ayaktan tedavide ödeme" uygulaması kapsamında değerlendirilmeksizin SUT eki EK-9 Listesi üzerinden faturalandırılır.

(9) İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında ayakta tedavilerde, pratisyen hekimlerce verilen poliklinik

hizmetleri, SUT eki EK-10/A Listesinde sağlık kurumunun bulunduğu sınıf esas alınarak SUT eki EK-10/B Listesinde "Pratisyen Hekim Muayenesi" bölümünde yer alan ücret üzerinden faturalandırılır.

(10) Özel tıp merkezleri ve dal merkezlerinin vermiş oldukları acil sağlık hizmetlerinin bedelleri uzmanlık dahi dikkate alınmaksızın SUT eki EK-10/B Listesinde "Acil" bölümünde yer alan ücret üzerinden faturalandırılır.

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

(12) Üniversite tıp fakültesi hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından SUT eki EK-10/C Listesinde yer alan işlemler, listede yer alan tutarlara %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

4.2.1.B.2- Ayaktan tedavide hizmet başına ödeme yöntemi

(1) Birinci basamak sağlık kuruluşlarında;

a) 112 acil sağlık hizmeti birimince verilen hizmetler,

b) Diş tedavisine yönelik işlemler,

c) Enjeksiyon işlemi (Başka bir sağlık kurum ya da kuruluşunda hizmet almış hastaların yapılan enjeksiyonları için sadece enjeksiyonun bedeli ödenir.)

ç) Kalıtsal hemoglobinopati tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan, SUT eki EK-8 Listesinde yer alan, 904.690 kod no'lu "Hemoglobin elektroforezi HPLC ile" ve 904.700 kod no'lu "Hemoglobin elektroforezi Aqar jel ile" işlemleri,

SUT eki EK-7 ve EK-8 Listesinde yer alan puanlar esas alınarak ücretlendirilir.

(2) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında

a) Özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleri dışındaki sağlık kurumlarınca verilen acil sağlık hizmetleri,

b) İş kazasına yönelik sağlanan sağlık hizmetleri,

c) Meslek hastalıkları hastanelerince sağlanan meslek hastalığına yönelik sağlık hizmetleri,

ç) Onkolojik ön tanı konulmuş hastalıklar ile ilgili tüm işlemler,

d) Organ ve doku nakline ilişkin donöre yapılan hazırlık tetkik ve tahlilleri,

e) Resmi sağlık kurumu bünyesindeki; nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp, radyoloji branşlarına tedavi için müracaat eden hastaların tedavisine ve tedavi sonrası takiplerine yönelik poliklinik hizmetleri ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, tıbbi genetik, çocuk genetik hastalıkları branşlarınca verilen poliklinik hizmetleri,

f) Diş tedavilerine yönelik işlemler,

g) Kurum birimlerinde sevk belgesi düzenlenmek suretiyle (maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb.) sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişilere sunulan sağlık hizmetleri,

ğ) Trafik kazazedelerine sağlanan sağlık hizmetleri,

h) Adli vakalarda sağlanan acil sağlık hizmetleri,

"hizmet başına ödeme yöntemi" ile faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz. Ancak (b), (ğ) ve (h) bentlerinde sayılan vakaların nükseden veya devam eden tedavileri bu kapsamda değerlendirilmez.

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

4.2.2. Yatarak Tedavilerde Ödeme

(1) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-9 Listesinde yer alıyorsa (üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri için EK-9 Listesinde yanında (*) işareti bulunan işlemler ile SUT metninde EK-9 listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen işlemler zorunludur), "tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme" yöntemi ile EK-9 Listesinde yer almıyorsa, "hizmet başına ödeme" yöntemi ile fatura edilir.

(2) 24 saatten kısa süreli yatışlarda yatak bedeli, gündüz yatak bedeli üzerinden faturalandırılır.

(3) Günübirlik tedavilerde SUT eki EK-9 Listesinde yer alan işlemler için gündüz yatak bedeli faturalandırılmaz.

(4) Günübirlik tedavilerde, SUT eki "Sağlık Kurumları Puan Listesi" nde (EK-8) yer alan refakatçi bedeli ödenmez.

4.2.2.A- Hizmet başına ödeme yöntemi

(1) Hizmet başına ödeme yönteminde sağlık hizmeti bedelleri, SUT eki EK-8 ve EK-7 Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) SUT eki EK-5/B Listesinde yer alan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere tıbbi malzeme ile ilaçların bedelleri ayrıca faturalandırılır.

(3) Hizmet başına ödeme yönteminde refakatçi bedeli SUT'un [5.1](#) numaralı maddesi doğrultusunda faturalandırılır.

(4) İnvitro diagnostik kit kontrolü ile ilgili çalışma yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında (serokonversiyon

paneli ya da doğrulama testleri hariç) bu amaçla yapılan test bedelleri Kurumca ödenmez.

(5) Aynı seansta birden fazla işlem yapıldığı durumlarda;

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

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

faturalandırılır. Yukarıdaki işlemler farklı branşlarda yapılmışsa yüzdeler oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.

(6) Kurumla sözleşmeli eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerince SUT eki EK-8 Listesi "8. Radyoloji Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuvar İşlemleri" bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

4.2.2.B- Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi

(1) Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yönteminde, sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-9 listesi esas alınarak faturalandırılır.

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

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

a) Aynı seansta aynı kesi ile birden fazla işlem yapılması halinde; en üst gruptaki taniya dayalı işlem puanı tam olarak, diğer işlemler ise kendi taniya dayalı işlem puanının %25'i olarak faturalandırılır.

b) Aynı seansta ayrı kesi ile birden fazla işlem yapılması halinde; en üst gruptaki taniya dayalı işlem puanı tam olarak, diğer işlemler ise kendi taniya dayalı işlem puanının %50'si olarak faturalandırılır.

c) Aynı seansta aynı kesi ile EK-9 Listesinde yer alan bir işlem ile birlikte EK-9 Listesinde yer almayan bir işlem yapılması halinde taniya dayalı işlem puanı tam olarak, EK-8 Listesinde yer alan işlem puanının %30'u,

ç) Aynı seansta ayrı kesi ile EK-9 Listesinde yer alan bir işlem birlikte EK-9 Listesinde yer almayan bir işlem yapılması halinde taniya dayalı işlem puanı tam olarak, EK-8 Listesinde yer alan işlem puanının %50'si,

faturalandırılır. Yukarıdaki işlemler farklı branşlarda yapılmışsa yüzdeler oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.

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

(5) Kurumla sözleşmeli eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerine SUT eki EK-9 Listesinde yanında (*) işareti olan işlemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

4.2.2.B-1- Taniya dayalı işlemlerin kapsamı

(1) Taniya dayalı ödeme listesi işlem puanlarına;

1- Yatak bedeli,

2- Yatış dönemindeki muayeneler ve konsültasyonlar,

3- Operasyon ve girişimler,

4- Anestezi ilaçları,

5- İlaç (kan ürünleri hariç),

6- Kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, v.b.),

7- Sarf malzemesi,

8- Anestezi bedeli,

9- Laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri,

10- Refakatçi bedeli

gibi tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dâhildir.

(2) Ancak puanlar, her taniya dayalı işlem puanı için ayrı ayrı belirtilen istisnaları kapsamaz. Bu istisnalar, ayrıca faturada gösterilerek faturalandırılır.

(3) İşlem tarihinden sonra aşağıda belirtilen süreler içerisinde verilen sağlık hizmetleri taniya dayalı işlem kapsamında değerlendirilecek olup bu süreler içerisinde aynı branşta bu işleme ilişkin yapılan işlemler için herhangi bir ödeme yapılmaz.

• A Grubu ameliyatlarda; 15 gün

• B Grubu ameliyatlarda; 10 gün

• C Grubu ameliyatlarda; 8 gün

• D Grubu ameliyatlarda; 5 gün

• E Grubu ameliyatlarda; 3 gün

(4) Bu sürelerin aşılması halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilir.

(5) Taniya dayalı işlem kapsamında olan ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin hastalara temin ettirildiğinin tespiti halinde ilaç ve/veya tıbbi malzemeler için Kurumca ödenen tutar ilgili sağlık kurumundan mahsup edilir. Sağlık

Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global ödemedeki mahsup edilir.

4.2.2.B-2- Ameliyat öncesi hazırlık işlemleri

(1) SUT eki EK-9 Listesinde yer alan işlem puanlarına, sağlık kurumlarına yatış tarihinden önce yapılan, tanı sonrası ameliyata yönelik hazırlık (preoperatif) işlem puanları dâhil olup ayrıca faturalandırılmaz.

4.2.2.B-3- Hizmetin iptal olması veya yarım kalması

(1) Hastanın tetkik aşamasında ölmesi veya ortaya çıkan başka sağlık sorunları nedeniyle tanıya dayalı işlem kapsamına giren bir müdahalenin yapılamaması halinde verilen hizmetler, ameliyat/ girişim kararı verilen hastanın, herhangi bir nedenle tedaviden vazgeçmesi halinde (hastanın hastaneden ayrılmasından 10 gün sonra) veya başlanan işlemin herhangi bir aşamada kalarak tamamlanamaması halinde o zamana kadar verilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderler, hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilir. Ancak bu durumda SUT eki EK-8 Listesinde yer alan işlem bedelleri, % 10 indirimli olarak fatura edilecektir. Bu durumdaki işlemlerde kullanılan malzemeler fatura edilmeyecektir.

4.2.2.B-4- Ameliyat sonrası kontroller ve testler

(1) Hastanın taburcu olduktan sonraki, aynı sağlık kurumundaki aynı branşta; 15 gün içerisinde yapılan ilk kontrol amaçlı muayenesi ve bu muayene sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikler tanıya dayalı ödeme işlem puanına dahil olup ayrıca faturalandırılmaz. *Söz konusu kontrol muayeneleri için yeni takip numarası alınmayacak olup muayene ve işlemler medula sisteminde bağlı takip numarası alınarak yapılacaktır.*

4.2.2.B-5- Tanıya Dayalı İşleme dahil olmayan tıbbi malzemeler

- 1- Plak + çivi + vida,
- 2- Kemik çimentosu,
- 3- External fixatör,
- 4- Her türlü eklem implantı,
- 5- Omurga implantı,
- 6- Kalp pili,
- 7- Pace elektrodu,
- 8- Koroner stentler,
- 9- Kalp kapakları,
- 10- İntraaortik balon,
- 11- Kapaklı kapaksız kondüvit,
- 12- Valv ringi,
- 13- Her türlü greft, shunt ve suni damar,
- 14- Protezler,
- 15- Aterektomi cihazı,
- 16- Dual meshler (karın duvarının kapatılmadığı intraabdominal hernilerde ve diyafragmatik hernilerde sağlık kurulu raporu ile)
- 17- SUT eki Ek-9 listesi açıklama bölümünde tanıya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmadığı belirtilen malzemeler,

4.2.2.C- Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar

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

(2) Tanı veya tedaviye yönelik işlemler kapsamında tedavisi yapılan hastanın eşlik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immün yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immün ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) sağlık hizmetlerinin bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilir.

4.3. Acil Sağlık Hizmetleri

(1) Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü sağlık hizmeti sunucuları acil servis hizmetlerini Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ile "Acil sağlık hizmetlerinin sunumu" konulu 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesi doğrultusunda yürüteceklerdir.

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

(3) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşuna SUT'un [3.1.3\(2\)](#) fıkrasında tanımlanan acil haller nedeniyle müracaatı sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır.

(4) Bu madde kapsamında sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşlarındaki yatarak tedavileri Kurumca

karşılana n kişiler için, hekim veya dış hekim tarafından düzenlenen refakatçi kalınması gerektiğinin tıbben lüzum görüldüğünü belirtir belgeye dayanılarak, refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

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

(6) Sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşları tarafından, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere acil hallerde sundukları sağlık hizmetleri SUT eki EK-9 Listesinde yer alması durumunda “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi” ile yer almıyorsa “hizmet başına ödeme yöntemi” esas alınarak kişilere fatura edilir. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere ödenir.

4.4. Yurt Dışında Tedavi

4.4.1. Yurt Dışında Geçici veya Sürekli Görevle Gönderilme Halinde Sağlanacak Sağlık Hizmetleri

(1) SUT’un 1.2(1)a bendinde sayılan sigortalılardan işverenleri tarafından, SUT’un [1.2\(1\)c](#) bendinde sayılan sigortalılardan özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak;

a) Geçici görevle yurt dışına gönderilenlere sadece acil hallerde,

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

sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri, yurtiçinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır.

(2) Sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenler tarafından ödenir ve yurt dışında görevli olduğuna dair belge ile birlikte (belgede geçici veya sürekli görevlendirme yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir) mahalli konsolosluktan tasdikli rapor ve sair belgelere (fatura vb.) dayanılarak Kurumdan talep edilir. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Tedavi giderinin Kurumun ödediği tutarları aşması halinde aşan kısım, işverenlerce karşılanır. Uluslar arası sözleşme hükümleri saklıdır.

(3) Yurt dışında sağlanan tedaviye ilişkin sağlık hizmeti bedellerinin SUT ve eki listelerde yer almaması halinde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tutar üzerinden ödeme yapılır.

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

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

4.4.2. Geçici ya da Sürekli Görevle Gönderilme Dışında Yurt Dışında Bulunma Halinde Sağlanacak Sağlık Hizmetleri

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

4.4.3. Türkiye’de Tedavinin/ Tetkikin Mümkün Olmaması Nedeniyle Yurt Dışında Sağlanacak Sağlık Hizmetleri

4.4.3.A- Yurtdışı tedavi

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

4.4.3.A-1- Yurtdışı tedavi sağlık kurulu raporu

(1) Yurtdışı tedavi için gerekli sağlık kurulu raporları;

a) Doku ve organ nakli için Kurum internet sitesinde yayımlanan “**Yurtdışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi**” nde yer alan hastanelerin sağlık kurullarınca,

b) Diğer tedaviler için ise üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık kurullarınca,

SUT eki “**Yurtdışına Tedaviye Gönderileceklere İlişkin Sağlık Kurulu Raporu**” (EK-1/B) formatına uygun olarak düzenlenecek ve raporda altı ayı geçmemek kaydı ile tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Sağlık Kurulu en az biri ilgili dal uzman hekim olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde 5 öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde 5 klinik şefi veya şef yardımcısı katılımıyla oluşturulacaktır.

(3) Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır.

(4) Söz konusu işlemler sonrasında, Dışişleri Bakanlığı nezdinde gerçekleştirilecek işlemler Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü (bundan sonra Genel Müdürlük olarak ifade edilecektir) tarafından yürütülecektir.

(5) Yukarıda sayılan işlemlerin gerçekleştirilmesinden sonra ilgili sosyal güvenlik il müdürlüğü yazılı olarak bilgilendirilecek ve sonrasındaki işlemler anılan birimlerce yürütülecektir.

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

(1) Yurt dışı tedavilerine ilişkin raporların Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gereklidir.

(2) Yurtdışı tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçmeyen dönemler halinde en çok iki yıla kadar tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılacak süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

(3) Yurt içinde sağlanamayan organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar 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. Ancak hastanın organ nakli sırasına alındığı tarihten itibaren bekleme süresinin beş yılı geçmesi halinde, yurt dışına gönderilmeye ilişkin sağlık kurulu raporunun SUT'un 4.4.3.A-1 numaralı maddesi doğrultusunda yenilenmesi ve ilgili onayların yapılmış olması gereklidir.

(4) Organ nakli tedavisi için yurt dışına gönderilen kişilerin, organ teminine kadar geçecek sürenin naklin gerçekleştirileceği ülkede geçirilmesinin zorunlu olduğunun yurtdışı sağlık hizmeti sunucusunca gerekçeleriyle belgelendirilmesi halinde Genel Müdürlük, Sağlık Bakanlığının yazılı görüşünü almak suretiyle bekleme süresinin yurt dışında geçirilmesine karar vermeye ve yurt dışında geçirilecek süreyi belirlemeye yetkilidir. Bu süre altı ayı geçmeyen dönemler halinde uzatılabilir. Yurt dışında toplam bekleme süresi iki yılı geçemez. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılacak süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

4.4.3.A-3- Sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesi

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

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

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

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

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

(6) Acil müdahaleyi gerektiren durumlar ile sevke konu hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak gelişen durumlar hariç olmak üzere yurt dışına sevke konu hastalık dışındaki tedavi giderleri Kurumca ödenmez.

(7) Sosyal güvenlik il müdürlükleri tarafından, SUT eki "**Yurtdışı Tedavi/ Tetkik İçin Hasta İzleme Çizelgesi**" (EK-1/A) ile birlikte yapılan işlemlerin sonucundan Genel Müdürlüğe bilgi verilecektir.

4.4.3.B- Yurtdışı tetkik işlemleri

(1) Yurt içinde yapılamayan tetkik ve/ veya tahlillerin, numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılabilmesi için aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır. Tetkik ve/veya tahlillerin kişilerin yurt dışına gönderilmesi suretiyle yaptırılması işlemleri SUT'un 4.4.3.A numaralı maddesi doğrultusunda yürütülecektir.

4.4.3.B-1- Yurtdışı tetkik sağlık kurulu raporu

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

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

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

4.4.3.B-2- Yurtdışı tetkik bedellerinin ödenmesi

(1) Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle yurt dışında yapılan tetkik ve/ veya tahlil bedeli tetkik ve/ veya tahlili yapan sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen faturada/ fatura yerine geçen belgede belirtilen tutar üzerinden, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya

kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır.

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

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

(4) Sosyal güvenlik il müdürlüklerince yurt dışında tetkik yaptırılması ile ilgili olarak yapılan işlemler sonrasında, SUT eki **EK-1/A** ile birlikte Genel Müdürlüğe bilgi verilecektir.

4.4.3.C- Yurt dışı yol, gündelik ve refakatçi giderleri

4.4.3.C-1- Yol Gideri

(1) Yurt dışına gönderilen hasta ile raporda öngörülmesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin (18 yaşını doldurmamış kişiler için refakatçi öngörülme şartı aranmaz) yol gideri, ulaşım aracına ilişkin fatura/ bilet tutarı üzerinden Kurumca ödenir. Yurt dışı tetkik/ tedavi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda hastanın yurt dışına tarifeli hava taşıtı dışındaki hava taşıtı ile (ambulans uçak, özel uçak vb.) naklinin gerektiğinin belirtilmesi halinde gidiş için söz konusu taşıt bedelleri fatura/ belge karşılığı ödenir. Yurt dışına gönderilen hastanın dönüşü için; tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusunca tarifeli hava taşıtı dışında bir hava taşıtı ile dönmesi gerektiğinin belgelendirilmesi halinde de taşıt bedelleri ulaşım aracına ilişkin fatura/ belge tutarı üzerinden ödenir.

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

4.4.3.C-2- Gündelik

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

(2) Ayaktan tedavinin sağlandığı her gün için hasta ve refakatçinin her birine “gündelik”, yatarak tedavide ise yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine “yemek ve yatak gideri” ödenir. Ödemelerde, 6245 sayılı Harcırah Kanunu gereği Bakanlar Kurulunca belirlenen ilgili yıl “Yurtdışı Gündeliklerinin Hesaplanmasında Esas Alınacak Cetvel” in (VI) numaralı (Aylık/ kadro derecesi 5-15 olanlar) sütununda gönderilen ülke için belirlenen bedel esas alınır.

4.5.Bazı Tetkik ve Tedavi Yöntemlerinin Usul ve Esasları

4.5.1. Diş Tedavileri

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

(2) Kemik içi implantların bedelleri ödenmez.

Ancak:

- Maksillofasial travma, kist ve tümörlere bağlı olarak gelişen, maksiler ve mandibuler kemikte aşırı doku kaybının olduğu vakalarda,

- Alt ve üst çenede tek taraflı serbest sonlu dişsizlik vakalarında,

- Konjenital diş eksikliği vakalarında,

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

hastaların bilinen rutin protetik diş tedavi yöntemleri ile tedavi edilemeyeceğinin, implant uygulamasının zorunlu olduğunun, üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımlarıyla oluşacak sağlık kurulu ile karara bağlanması, kararı destekleyen radyografik tetkiklerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması ve kaç adet implant uygulanacağı belirtilmesi şartıyla; her bir çene için en fazla 4 adet SUT eki EK-7 Listesinde yer alan “kemik içi implant uygulaması” işlem bedeli ile her implant için 90 (doksan) TL faturalandırılabilir.

(3) Hareketli ve sabit protezlerin yenilenme süresi 4 (dört) yıldır. Bu süreden önce yenilenen protez bedelleri Kurumca ödenmez.

(4) Ortodontik tedavi ile tedavisi mümkün olmayan iskeletsel anomalili ve/veya doğumsal anomalili (dudak damak yarığı, crouzon sendromu, apert sendromu vb.) hastalarda fonksiyon kaybı, fonasyon bozukluğu durumlarında cerrahi tedavi ile birlikte yapılması gereken ve cerrahi tedavinin tamamlayıcısı olan ortodontik tedaviler hariç olmak üzere 18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderler Kurumca ödenmez. Ancak 18 yaşını doldurmuş kişinin ortodontik diş tedavisi 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde başlamış ve devam ediyor ise söz konusu tedavi bedelleri karşılanır.

4.5.1.A- Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri

(1) Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan diş tedavi bedellerinin ödenmesinde SUT eki “Diş Tedavileri Puan Listesi” (EK-7) uygulanacaktır.

(2) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumu tarafından 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 dökümü döküm işçilik hizmeti, 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 SUT eki EK-7 listesinde yer alan işlem puanı esas alınarak fatura bedelini aşmamak kaydı ile hastalara ödenir.

(3) 01/6/2010 tarihinden itibaren Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumu veya kuruluşu tarafından 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 sözleşmeli resmi sağlık kurumu ve kuruluşu tarafından yapılması/ hizmet alımı ile sağlanması zorunludur. Bu tarihten itibaren söz konusu işlemlerin protez tedavisini yapan sağlık kurumu veya kuruluşu tarafından sağlanmaması ve hasta tarafından karşılanması halinde fatura bedeli hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumu veya kuruluşundan mahsup edilir.

4.5.2. Organ, Doku ve Kök Hücre Nakli Tedavileri

4.5.2.A- Organ nakli

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

(2) Kurumca sağlık yardımları karşılanmayan kişilere, organ veya doku vericisi durumunda olan kapsam bölümünde yer alan kişilerin işlemlerine ait bedeller karşılanmaz.

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

(4) Yurtiçinde organın bulunması halinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş için nakliye/ transfer masrafları SUT’un 5 numaralı maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(5) Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezince bildirilen her bir kadavra donör için donörü temin eden sağlık kurumuna SUT eki EK-9 Listesi “P911146” kodu ile yer alan “Kadavra donör temini” bedeli ödenir. Söz konusu bedele kadavra organ alım işlemleri dahildir. Kadavradan sadece kornea alınması halinde bu kod faturalandırılmaz.

(6) Herhangi bir diyaliz yöntemiyle tedavisinin mümkün olmadığı (damar yolu girişi olmayan, periton diyalizi uygulanamayan vb.) Kurumla sözleşmeli üçüncü basamak sağlık kurumları 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.

4.5.2.B- Doku ve kök hücre nakli tedavileri

4.5.2.B-1- Kemik İliği Nakli

(1) Kemik iliği nakli tedavilerinde; hastaların anne, baba, kardeş ve çocuklarından, HLA doku grubu uyumlu verici bulmak amacı ile yapılan doku uyumluluk testlerinin giderleri (moleküler veya serolojik testler) ile bu adaylar arasından uygun vericisi bulunamayan hastaların, toplam 15 adayı geçmemek üzere akrabaları veya akraba evliliklerinde aralarında kan bağı olan dördüncü dereceye kadar akrabalarından 30 adayı geçmemek üzere (dördüncü derece dahil) HLA doku grubu belirleme testlerinin giderleri, Kurum tarafından ödenir.

(2) Aile içi ve/veya genişletilmiş aile taraması sonucu uygun verici bulunamadığı takdirde; Kurum internet sitesinde yayımlanan “**Kemik İliği Doku Bilgi Bankaları Listesi**” nde yer alan yurt içindeki kemik iliği doku bilgi bankalarınca, öncelikle yurt içi verici kaynakları taranacak olup tarama sonucu uygunluk gösteren kemik iliği verici adayı bulunamaması veya tarama süresi bir ayı geçtiğinde, yurt dışı verici kaynaklarının taranmasına da başlanabilecektir.

(3) 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 SUT eki EK-8 Listesinde yer alan “705.090” ve “705.110” işlem kodları üzerinden, adres, serolojik yöntem doku tipi doğrulama ve onay alma işlemlerinin “705.100” ve “705.120” işlem kodları üzerinden faturalandırılması gerekmektedir.

(4) Yurt içi ön taramalarda belirlenen verici adaylarının, Kurum internet sitesinde yayımlanan “**Doku Tipleme Laboratuvarları Listesi**” nde yer alan laboratuvarlarda yapılan yüksek çözünürlük DNA testi ile HLA doku grubu doğrulama testleri giderleri, toplam 25 adayı geçmemek üzere Kurum tarafından karşılanır.

(5) Akraba dışı kemik iliği vericisinin ülkemizde bulunması halinde “yurt içi kemik iliği temini” bedeli SUT eki EK-9 Listesi üzerinden kemik iliği doku bilgi bankasına fatura karşılığı fatura bedelini aşmamak üzere ödenir.

(6) 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 ile 10/10 a kadar doku tipi uyumu gösteren (HLA A, B, C, DR, DQ düşük çözünürlük ve HLA DR, HLA C, HLA DQ yüksek çözünürlükte) kan örnekleri (bir defada en fazla 10, toplamda 25 kişiyi geçmemek üzere) beklemeden ilgili yurt içi doku bankası tarafından gerekçesi veya aciliyeti belgelendirilmek kaydıyla yurt dışı laboratuvarlarında veya yurda

getirilerek Kurum internet sitesinde yayımlanan “**Doku Tipleme Laboratuvarları Listesi**” nde yer alan yurt içi laboratuvarlarda, yüksek çözünürlükte DNA yöntemi ile HLA doku grubu analizine (doğrulama testine) tabi tutulur. Bu testlerin bedelleri Kurum tarafından karşılanır.

(7) Uluslararası kemik iliği bankalarından yapılan taramalarda uyumlu verici adayı bulunamayan veya acil nakil gereken hastalar için hastaya nakil yapacak merkez ve hastanın hekimi onaylıyorsa, yüksek çözünürlüklü HLA C veya yüksek çözünürlüklü HLA DQB testlerinden biri yapılmak kaydıyla, daha az doku uyumu gösteren kordon kanı araştırılır ve uygun bulunursa getirilir.

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

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

(10) Yurtdışından kemik iliği/ kordon kanı getirilme sürecinde, yurtdışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kan örneği getirilme ve transferlerin bedeli, kök hücre toplanması, yurtdışı doku bankası tarafından hastaya bağlı nedenlerle kök hücre toplanmasının durdurulmasında ortaya çıkan “işlem iptal bedeli”, kordon kanı saklama bedeli (2 yıla kadar) gibi işlemlerin her biri için Dünya Kemik İliği Vericileri Birliğine (WMDA) üye bankalar tarafından her doku bankasınca farklı olarak belirlenebilen ücretler ile aktivasyon ücreti, Kurumca (İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi tarafından) yurtdışı veya yurt içi kemik iliği doku bilgi bankasına avans şeklinde ya da yurtdışı ilgili banka hesaplarına havale edilerek ödenir. Avans üç ay içerisinde belge karşılığında kapatılır. Şahsa fatura düzenlenmiş ise bakmakla yükümlü sigortalıya ödenir. Yurt içi kemik iliği doku bilgi bankası bu konu ile ilgili gerekli belgeleri (fatura, kimlik, sigorta bilgileri, epikriz, konsey kararı, sağlık kurulu raporu, arama formları vb.) istenildiğinde sunmak üzere temin eder.

(11) Kemik iliği nakli (hematopoietik kök hücre nakli) tedavisi, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerince uygulanır.

4.5.2.B-2- Mezenkimal kök hücre (MKH)

(1) Sağlık hizmeti sunucularınca;

a) Allojenik kemik iliği nakli planlanan hastalarda yüksek GVHD gelişme riski,

b) Allojenik kemik iliği nakli yapılan hastalarda steroid dirençli GVHD gelişmesi,

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

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

(3) “Mezenkimal kök hücre nakli (mezenkimal kök hücre üretimi dahil)” işlemi SUT eki EK-8 Listesinde 704.981 kodu ile yer almakta olup söz konusu işlem bedelinin faturalandırılabilmesi için mezenkimal kök hücre üretiminin Sağlık Bakanlığı tarafından Kök Hücre Üretim Merkezi olarak tanımlanan merkezlerde yapılmış olması şarttır.

(4) Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi kemik iliği nakil bedellerine dahil olmayıp ayrıca faturalandırılabilir. Ancak mezenkimal kök hücre nakli, allojenik kemik iliği nakli sonrası 60 gün içerisinde uygulandığı takdirde kemik iliği nakli bedeline ilave olarak sadece SUT eki EK-8 Listesinde yer alan 704981 numaralı işlem bedeli faturalandırılabilir.

4.5.3. Finansmanı Sağlanan Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

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

4.5.3-B- 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.

4.5.3-C- 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.

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

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

4.5.3-F- Sünnet.

4.5.4. Diğer Bazı Tetkik ve Tedavi Yöntemleri

4.5.4.A- ESWL metodu ile yapılacak taş kırma tedavileri

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

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

(3) ESWL tedavisi, SUT eki “**Tanıya Dayalı İşlem Listesi**” ndeki (**EK-9**) puanlar 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.

(4) Bu puanlara, tedavi sırasında yapılan tetkik, tahlil ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dâhil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.

4.5.4.B- Hiperbarik oksijen tedavisi

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

(2) Acil durumlar hariç olmak üzere HBO tedavisi için, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecek olup sağlık kurulu raporunda;

- | | |
|----|--|
| a) | Tanı, |
| b) | Öncesinde uygulanan tıbbi ve/veya cerrahi tedaviler, |
| c) | Uygulanması istenilen seans sayısı, |

yer alacaktır.

(3) Raporda belirtilen seans sayısı, aşağıdaki tabloda belirtilen “İlk sevkte seans sayısı” sütununda yer alan seans sayısını geçemez. Ancak, bu seans sayılarını aşan seanslarda tedavinin devamının gerekmesi halinde, tabloda belirtilen “Maksimum toplam seans sayısı” sütunundaki seans sayıları aşılmamak kaydıyla, ilk raporu düzenleyen sağlık hizmeti sunucusunca ikinci bir sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(4) Acil durumlarda (dekompresyon hastalığı, hava ve gaz embolisi, karbon monoksit zehirlenmesi, siyanit zehirlenmesi, akut duman inhalasyonu gibi), bu durumların tedaviyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi şartıyla sağlık kurulu raporu aranmaz. Ancak acil durumlar için “İlk sevkte seans sayısı” sütununda yer alan seans sayılarının aşılması halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(5) Tedavi basıncı hastanın durumuna göre merkez doktoru tarafından belirlenecektir.

(6) Sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp uzmanının görev yaptığı resmi sağlık kurumu bünyesinde yapılan hiperbarik oksijen tedavi bedellerinin ödenebilmesi için, bu hekimce düzenlenen sağlık raporu geçerli kabul edilir.

(7) HBO tedavisine raporun düzenlenme tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde başlanmalıdır. Tedaviye başladıktan sonra merkezin hekimi tarafından da uygun görülme kaydıyla tedaviye bir defada kesintisiz en fazla yedi gün ara verilebilir. Tedaviye yedi günden daha uzun süre kesintisiz ara verilmesi halinde tedavi bedelleri daha sonraki seanslar için ödenmez.

(8) Bir hasta için günde en fazla bir seans HBO faturalandırılabilir. Ancak acil hastalarda, tedavinin başladığı gün dahil en fazla yedi gün boyunca günde birden fazla seans HBO tedavisi faturalandırılabilir.

(9) Ani işitme kaybında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben bir ay içinde HBO

tedavisine başlanmış olması gerekmektedir. Bu hastalarda haftada bir radyolojik test yapılır. Tedaviye başlandıktan iki hafta sonunda 10 dB'lik bir düzelme yoksa tedavi bedelleri daha sonraki seanslar için ödenmez. Her "ani işitme kaybı atağı" ayrı olarak değerlendirilir.

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

(11) Hipoksik / anoksik ensefalopati tanısında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben ilk 48 saat içinde HBO tedavisine başlanmış olması gerekmektedir.

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

(13) HBO tedavi bedelleri sadece aşağıda belirtilen endikasyonlarda SUT eki EK-9 Listesinde yer alan bedeller üzerinden faturalandırılır.

ENDİKASYON	İLK SEVKTE SEANS SAYISI	MAKSİMUM TOPLAM SEANS SAYISI
Dekompresyon hastalığı	20	40
Hava veya gaz embolisi	20	40
Karbonmonoksit, siyanid zehirlenmesi, akut duman inhalasyonu	5	30
Gazlı gangren	10	50
Yumuşak dokunun nekrotizan enfeksiyonları (derialtı, kas, fasya)	20	50
Crush yaralanmaları, kompartman sendromu, diğer akut travmatik iskemiler	20	50
Yara iyileşmesinin geciktiği durumlar (diyabetik veya non-diyabetik)	30	60
Kronik refrakter osteomyelit	40	80
Radyasyon nekrozları	30	60
Tutması şüpheli deri flepleri ve greftleri	20	30
Termal yanıklar	20	30
Beyin absesi	20	40
Anoksik ensefalopati	20	50
Ani işitme kaybı	10	40
Retinal arter oklüzyonu	20	40
Kafa kemikleri, sternum ve vertebraların akut osteomyelitleri	40	80

(14) SUT'un yürürlük tarihinden önce düzenlenen sağlık raporuna istinaden SUT'un yürürlük tarihinden önce başlayan hiperbarik oksijen tedavileri, yeniden sağlık raporu düzenlenmeksizin raporda belirtilen tedavi süresi bitinceye kadar raporun düzenlendiği tarihte geçerli olan Tebliğ hükümlerine göre sağlanmaya devam edilecek olup SUT'un yürürlük tarihinden itibaren uygulanan seanslar bu Tebliğ eki EK-9 Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılacaktır.

4.5.4.C- Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi

(1) Kurumca radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi bedellerinin karşılanabilmesi için; radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavinin; lokal tedavi endikasyonu bulunan cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan, aşağıda sıralanan olgularda uygulanması halinde bedelleri, SUT eki EK-9 Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılır.

(3) Radyocerrahi işlem bedeli ödenecek hastalıklar;

a) İntrakranial benign, malign lezyonlar,

b) Baş boyun tümörleri,

c) Primer akciğer veya primeri kontrol altında 1-3 akciğer metastazı,

ç) Primer karaciğer veya primeri kontrol altında 1-3 karaciğer metastazı,

d) Primer spinal veya primeri kontrol altında 1-3 spinal metastazı,

e) Pankreas tümörü,

f) Retroperitoneal tümörler,

g) Prostat kanseri (T1,T2; Gleason≤7; PSA<20 olmalı),

ğ) Primeri kontrol altında ve 1-3 beyin metastazı.

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

(5) Hastanın müracaat ettiği sağlık 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 bedeli fatura edilemez.

4.5.4.Ç- Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi

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

(2) Ekstrakorporeal fotoferez tedavisinin;

a)Kutanöz T hücreli lenfomalarda,

b)Graft Versus Host Hastalığı,

c)Sezary Sendromu,

ç)Pemfigus Vulgaris,

d)Psöriasis,

e)Solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde), nedeniyle uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Sağlık kurulu raporunda uygulanacak tedavi programı ve süresi ayrıntılı olarak belirtilecek ve Sağlık Bakanlığınca oluşturulan "Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonu"nun uygun görüşü alınacaktır.

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

(5) Ayakta veya yatarak tedavi gören hastalara uygulanan her bir seans ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, SUT eki EK-8 Listesinde yer alan 704.941 kod numaralı ve 704.940 kod numaralı işlemler üzerinden sağlık kurumlarınca faturalandırılır ve bedelleri Kurumca ödenir. SUT eki EK-8 Listesi 704.941 kod no'lu "Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi" işlem puanına, tedavide kullanılan işlem kiti, fistül iğnesi, uvadex, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, erişim kateteri dâhildir.

(6) 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.

4.5.4.D- Diyaliz tedavileri

4.5.4.D-1- Hemodiyaliz tedavileri

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

(2) Hemodiyaliz tedavileri, yukarıda belirtilen "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

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

(4) Hemodiyaliz tedavisine yönelik raporlar, öngörülen seans sayısı veya diyaliz tipinin değişmesi durumunda yenilenecek, bunun dışında yeniden rapor düzenlenmeyecektir.

(5) Hastanın raporda belirlenmiş haftalık seans sayısının altında tedavi görmesi gerektiğinin hemodiyaliz sorumlu uzman hekimi tarafından uygun görülmesi durumunda 1 (bir) ay süreyi geçmemek kaydıyla hemodiyaliz tedavileri, gerekçesi ayrıca belirtilmek suretiyle sağlanabilecek olup, bu sürenin devamı halinde rapor yenilenecektir.

(6) 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.

(7) Böbrek yetmezliği için yapılan hemodiyaliz tedavi giderleri SUT eki EK-9 Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. Belirtilen puanlara; hemodiyaliz tedavisi sırasında kullanılması gerekli olan malzeme ve ilaçlardan; A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu (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. Ancak akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiğine dair rapor düzenlenmeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri SUT eki EK-8 Listesi "704.210" işlem kodundan faturalandırılır.

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

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

4.5.4.D-1-1- Ev hemodiyalizi

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

(2) Ev Hemodiyaliz tedavileri, “Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik” ve Sağlık Bakanlığının 2007/30 Genelge hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

(3) Tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar hariç, hastaya kullanılması gerekli görülen ilaçlar, SUT ve eki listelerde belirtilen esaslara uygun olarak bu hastanın takip ve tedavisini yapan merkezlerde görevli hekimlerce reçete edilebilecektir.

(4) Hemodiyaliz tedavisine yönelik raporlar, öngörülen seans sayısının değişmesi durumunda yenilenecek, bunun dışında yeniden rapor düzenlenmeyecektir.

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

(6) Böbrek yetmezliği için yapılan bikarbonatlı ev hemodiyaliz tedavi giderleri SUT eki EK-9 Listesinde yer alan “ev hemodiyalizi” puanı esas alınarak faturalandırılır. Belirtilen puanlara; bikarbonatlı hemodiyaliz tedavisi sırasında kullanılan gerekli olan malzeme ve ilaçlardan; A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu (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. SUT eki EK-9 Listesinde yer alan bedele dahil olduğu belirtilen tüm sağlık hizmetlerinin, hastanın takip ve tedavisini yapan merkez tarafından sağlanması zorunludur.

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

(8) Diyaliz merkezlerince sağlanan ev hemodiyalizi tedavilerinde, sağlık kurulu raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek diyaliz tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

4.5.4.D-2-Periton diyalizi

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

(1) 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” bedeli erişkin hastalarda ayda en fazla iki defa, çocuk hastalarda ayda en fazla üç defa, periton diyalizi değişim sıvısı bedeli 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.)

(2) Yatan hastalarda bu şart aranmaz.

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

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

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

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

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

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

4.5.4.E- İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişimler

(1) 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.

(2) 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 SUT eki EK-9 Listesi üzerinden faturalandırılır.

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

(4) Anjiyografi ve perkütan koroner girişim için, işlemi yapan sağlık kurumunda görevli ilgili hekim sayısı alınarak her bir hekim için günlük en fazla 15 işlem bedeli ödenir.

4.5.4.F- Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri

4.5.4.F-1- Sağlık raporlarının düzenlenmesi

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının Kuruma fatura edilebilmesi için;

a) 30 seansa kadar (30. seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince,

b) SUT eki "Bölge/Seans Kontrolüne Tabi Olmayan Tanı Listesi" nde (EK-9/B) yer alan tanılarda 30 seans sonrası devam edilecek tedaviler için;

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

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

sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Düzenlenen raporda ayrıntılı hastalık hikâyesi dışında; eklem hareket açıklığı, adale testi, ağrı değerlendirilmesi, nörofizyolojik değerlendirme, denge ve koordinasyonun değerlendirilmesi, konuşma ve yutmanın değerlendirilmesi, duyu-algı-motor değerlendirme, günlük yaşam aktiviteleri ve genel fonksiyonel durum değerlendirilmesi, postur değerlendirilmesi, üst ekstremit ve yürüme fonksiyonları değerlendirilmesi, diğer vücut sistemlerinin durumu (nörolojik mesane ve barsak, derin ven trombozu vs.) gibi mevcut hastalığa ve komplikasyonlarına uygun ayrıntılı muayene ve değerlendirme sonuçları belirtilecektir. 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda tedavinin devamının gerekliliğine dair gerekçeler ayrıca belirtilecektir.

(3) Raporun sonuç bölümünde elde edilen değerlendirme ve muayene bulgularına uygun olarak, tanı ve tanıya ilişkin ICD-10 kodları ile hastanın kaç seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına ihtiyacı olduğu ve uygulanacak bölge yazılacaktır.

(4) SUT'un yürürlük tarihinden önce düzenlenen sağlık raporuna istinaden SUT'un yürürlük tarihinden önce başlayan tedaviler, yeniden sağlık raporu düzenlenmeksizin raporun düzenlendiği tarihte geçerli olan Tebliğ hükümlerine göre sağlanmaya devam edilecek olup SUT'un yürürlük tarihinden itibaren uygulanan tedaviler bu Tebliğ eki EK-9 Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılacaktır.

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

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin Kurumca faturalandırılabilmesi için SUT'un [4.5.4.F-1](#) numaralı maddesinde tanımlanan sağlık raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) SUT eki "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tanı Listesi" (EK-9/A) nde (A) ve (B) grubunda belirtilen hastalıklarda uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılabilmesi için, uygulamaların fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından veya gözetiminde fizyoterapist tarafından yapılması gerekmektedir.

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

(4) SUT eki EK-9/B Listesinde "G81.0, G81.1, G81.9, G82.0, G82.1, G82.2, G82.3, G82.4, G82.5, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1" ICD-10 kodları ile yer alan hastalıklarda, ilk tanı konulan tarihten itibaren üç yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlem bedelleri faturalandırılabilir. Bu sürelerin bitiminden sonra meydana gelen hastalığa ilişkin geç komplikasyonlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının faturalandırılabilmesi için, üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurullarınca en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda birden fazla fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve tedavilerin üçüncü basamak sağlık kurumlarınca yapılmış olması gerekmektedir.

(5) Bir hasta için günde en fazla bir seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi faturalandırılabilir.

4.5.4.F-2-1- Ayaktan tedaviler

(1) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden bir kez, farklı vücut bölgelerinden olmak şartıyla iki kez fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller faturalandırılabilir. Ancak SUT eki EK-9/B Listesinde yer alan tanılarda söz konusu kontroller yapılmayacak olup bu tanılarla yapılan işlemler kontrollerde dikkate alınmaz.

(2) SUT eki EK-9/B Listesinde yer alan tanıları hariç olmak üzere bir bölge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve

rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller faturalandırılabilir. SUT eki EK-9/B Listesinde yer alan tanılarda ise 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller de faturalandırılacak olup farklı zamanlarda aynı tanı ile aynı bölgeye uygulanan tedaviler devam eden tedavi olarak değerlendirilerek ilk 30 seanstan sonra uygulanacak tedaviler için SUT'un 4.5.4.F-1(1)b bendinde belirtilen sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(3) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlanmış olması kaydıyla SUT eki EK-9/A da yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-9 Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılacaktır. (SUT eki EK-10/A Listesinde E4 kodu ile yer alan hastanelerde, SUT eki EK-9 Listesinde belirtilen puana %35 ilave edilerek faturalandırılır.) Sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlanmaması halinde hastaya yeni sağlık raporu düzenlenecektir.

(4) Sağlık raporunda belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına, tedaviye başlandıktan sonra 5 (beş) işgününden fazla ara verilmesi halinde ara verildikten sonra uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri Kuruma faturalandırılmaz ve uygulanan tedavi bölge ve seans kontrolünde dikkate alınır.

4.5.4.F-2-2- Yatarak tedaviler

(1) SUT eki EK-9/B Listesinde yer alan tanılarda yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için sağlık raporu düzenlenmesinde farklı zamanlarda aynı tanı ile aynı bölgeye uygulanan tedaviler devam eden tedavi olarak değerlendirilerek, son bir yıl içinde ilk 30 seanstan sonra uygulanacak tedaviler için SUT'un 4.5.4.F-1(1)b bendinde belirtilen sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(2) Yatarak tedavi gören hastalara uygulanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri, SUT eki EK-9/A da yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-9 Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılacaktır. (SUT eki EK-10/A Listesinde E4 kodu ile yer alan hastanelerde, SUT eki EK-9 Listesinde belirtilen puana %35 ilave edilerek faturalandırılır.) Ayrıca, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi), SUT hükümlerine uyulmak koşuluyla "hizmet başına ödeme yöntemi" ile faturalandırılabilir.

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

(1) Özel sağlık kurumlarınca yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinde SUT'un 4.5.4.F-1 ve 4.5.4.F-2 numaralı madde hükümleri ile birlikte aşağıda belirtilen düzenlemelere de uyulacaktır.

a) Özel sağlık kurumlarınca yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-9/B Listesinde belirtilen hastalıklarda 60 seansı geçmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri faturalandırılabilir.

b) Uygulamalar fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerin gözetiminde yapılır.

c) Fizik tedavi ve rehabilitasyon seansları 60 dakika olarak kabul edilir.

ç) Hastaların tedavi oldukları alanlarda hasta başına en az 5 m² alan bulunmalıdır. Örneğin 27 m² alanı olan bir salonda aynı anda en fazla 5 hasta tedaviye alınabilir.

4.5.4.F-4- Ekstrakorporal şok dalgası (ESWT) tedavisi

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

(2) ESWT tedavisi, sadece epin calcanei, plantar fasiit, epikondilit ve kalsifik tendinit tanılarında uygulanması halinde bedelleri faturalandırılabilir.

(3) ESWT tedavisi SUT eki EK-9 Listesinde yer alan puan 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 Kurumca karşılanır.

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

4.5.4.F-5- Spor hekimliği uygulamaları

(1) Resmi sağlık kurumlarında görevli spor hekimlerince sunulan spor hekimliği uygulamalarının faturalandırılabilmesi için spor hekimi tarafından sağlık raporu düzenlenmesi gereklidir. Düzenlenecek raporda uygulanacak tedavi ve tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden bir kez, farklı vücut bölgelerinden olmak şartıyla iki kez spor hekimliğine ait bedeller faturalandırılabilir.

(3) Spor hekimliği uygulamaları SUT eki EK-8 Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(4) Bir bölge için en fazla 30 seans uygulamaya ait bedeller faturalandırılabilir.

4.5.4.G- Genetik tetkikler (SUT eki EK-8 Listesi "9.6 Tıbbi Genetik" başlığı altında yer alan işlemler)

(1) Genetik tetkikler, sadece sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları veya bünyesinde genetik tanı merkezi ruhsatı/ geçici çalışma izin belgesi olan laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından faturalandırılır. (Prenatal genetik tetkikler için bu şartlar aranmaz.) Genetik tetkik bedellerinin ödenebilmesi için yapılacak analizlerin sonuçları raporda belirtilecektir. Analiz görüntülü sonuçlarının orijinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi (gerektiğinde orijinal çıktı istenebilir) sonuç raporuna eklenecek ayrıca hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmediği

belirtilecek ve bir örneği faturaya eklenecektir.

4.5.4.Ç- Kardiak risk skorlaması

(1) SUT 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 KARDİAK RİSK PUANLAMASI kriterlerine göre düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak hasta epikrizinde risk kategorisi belirtilmek suretiyle;

- Düşük risk grubuna, SUT eki EK-9 Listesinde ilgili kodlar için belirtilen bedellerin %10 eksigi,
- Orta risk grubuna listede ilgili kodlar için belirtilen bedellerin tamamı,
- Yüksek risk grubuna ise listede ilgili kodlar için belirtilen bedellerin %15 fazlası, üzerinden ödenir.

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

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER			PUAN
1-	Yaş	60- 65 Yaş:1, 66-70 Yaş:2, 71 Yaş ve yaş üstü:3	
2-	Cinsiyet	Kadın	1
3-	Kronik Akciğer Hastalığı	1. Solunum Fonksiyon Testinde hava yolu darlığı bulunması (F1/FVC %70 in altında) ve/veya 2. Azalmış Akciğer hacmi: FVC: %80 in altında + F1/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	Kardiy Pulmoner Canlandırma ile ameliyata alınan hasta ve/veya İABP takılmış olarak ameliyata alınması	3
10-	Diabetes Mellitus	İnsüline bağımlı Diabetes Mellitus varlığı	2
KARDİYAK FAKTÖRLER			
11-	LV Disfonksiyonu	Ekokardiyografi veya Sol Ventirikülografide EF %30-%50 arasında olması	1
12-		Ekokardiyografi veya Sol Ventirikülografide EF<%30	3
13-	Pulmoner Hipertansiyon	Ekokardiyografi veya Kateterizasyon sırasında; Sistolik Pulmoner Arter Basıncı >40 mmHg	2
OPERASYONLA İLGİLİ FAKTÖRLER			

14	Torasik Aorta Cerrahisi	Asendan, arkus yada desendan aort patolojilerine girişim	4
15	Post MI VSD	Ekokardiografi ve/veya Kateterizasyon sırasında tanılması	5

Beklenen Mortalite (Lojistik skor):

Düşük Risk: 0-3 puan,

Orta Risk: 4-6 puan,

TOPLAM Risk Puanı:

Yüksek risk: 7 ve üzeri puan

4.5.4.H- Yoğun bakım tedavisi

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

(2) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-9 Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. Yoğun bakım tedavisi uygulanmayan günlerde verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılabilir. A, B, C grubu cerrahi işlemin yapıldığı gün yoğun bakım faturalandırılması halinde SUT eki EK-8 Listesi üzerinden cerrahi işlem bedeli ile bu işlemle ilgili olarak kullanılan faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılabilir. D ve E grubu işlemler yoğun bakım bedellerine dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

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

(4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan hemofiltrasyon, hemodiyaliz, plazmaferez tedavileri, SUT eki EK-8 Listesi üzerinden ayrıca faturalandırılabilir.

(5) "Trombosit süspansiyonu" ve "aferez trombosit" bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

(6) ATC kodu "B01AC, B01AD, R07AA" olan ilaçların parenteral formları ile immüsuprese veya immün yetmezliği olan hastalarda ATC kodu "J02AA, J02AC, J02AX" olan ilaçların parenteral formları, ayrıca faturalandırılabilir.

(7) Aynı sağlık kurumunda aynı gün birden fazla basamakta yoğun bakım tedavisi gören hasta için bir yoğun bakım bedeli 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 bedeli ödenir. Haftanın birinci günleri dışındaki günlerde basamak değişikliği olması halinde basamak değişikliğinin olduğu gün için birinci gün bedeli değil, geçilen basamağın diğer gün bedeli ödenir.

(8) 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 yedinci fıkrası hükmü göz önünde bulundurularak ilgili basamağın ilk gün bedeli üzerinden faturalandırılacaktır.

(9) Yoğun bakımda üç günden (üçüncü gün dahil) daha kısa süre yatan hastalar için haftanın ilk günü dâhil tüm günler "diğer günler" üzerinden faturalandırılır. Ancak üç günden kısa yatışlar hastanın ölümü nedeniyle oluşmuşsa ilk gün bedeli ödenir. Yoğun bakımda yatan hastanın, vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır.

4.5.4.I- Küçültme mammoplastisi

(1) Meme küçültme ameliyatı, klinik bulgusu olan makromasti hastalarında yaş kısıtlaması olmaksızın, meme büyüklüğüne eşlik eden bulgulardan; "(N64.4), (L30.4), (M54), (M75.9), (M40.1) (M70.8), (E66.8) (E66.9)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az üçünün veya "(Q83.9), (N60)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az birinin varlığının sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması halinde Kurumca karşılanır.

4.5.4.İ- Fakoemülsifikasyon (FAKO) işlemleri

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

(2) FAKO işlemi, SUT eki EK-9 Listesinde "P617340" kod üzerinden faturalandırılır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca söz konusu işlem bedeli, SUT eki EK-9 Listesinde yer alan puana %35 ilave edilecek faturalandırılır.

4.5.4.J- Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetleri

(1) ICD-10 F20-29 arasındaki tanılarda, hastanın toplum ruh sağlığı merkezlerinden yararlanması gerektiğini gösterir ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin katılımıyla oluşturulan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Raporda, hastanın hangi hizmetleri, ne sıklıkta ve ne süreyle alması gerektiği belirtilecektir.

(2) Sağlık kurul raporuna istinaden hastanın her başvuru günü, SUT eki EK-9 Listesinde yer alan "P702679" kodu üzerinden faturalandırılır. Hastanın merkezde 4 saatin altındaki geçirdiği süreler günlük başvuru olarak faturalanamaz.

4.5.4.K- Yardımcı üreme yöntemi tedavileri

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

4.5.4.K.1- İnvitro Fertilizasyon (IVF)

(1) Evli olmakla birlikte eşlerden her ikisinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması (birden fazla yapılan evliliklerde de çiftlerden her ikisinin sağ çocuk sahibi olmaması) koşuluyla; genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına, en fazla iki deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, aşağıda belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanır.

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

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

c) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması,

ç) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

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

(2) IVF tedavisine başlanan kadının deneme öncesi 40 yaşından gün almış olması durumunda, IVF tedavisine ait bedeller, tedaviye daha önce başlanmış olsa dahi Kurumca karşılanmaz.

Örnek; 08 Mart 1985 doğumlu kadının, IVF tedavisi giderlerinin karşılanabilmesi için; 08 Mart 2008 tarihinden sonra, 08 Mart 2024 tarihinden önce tedavinin yapılmış olması gerekir.

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

(4) IVF bedellerinin ödenebilmesi için IVF uygulanacak kadında gebeliğin sürdürülmesine engel olabilecek sistemik hastalık bulunmadığının sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi gerekmektedir.

4.5.4.K.1.1- Sağlık Kurulu Raporu

(1) IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim verilen kadın-doğum hastaneleri 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.

(2) Sağlık kurulu raporlarında, hasta yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kaçınıcı deneme olduğu, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

(3) Sağlık kurulu raporunda erkek ve/ veya kadın faktörü belirtilecektir.

a) **Erkek faktörü:** Üro-androlojik tedaviye rağmen, en az 15 gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogramın hepsinde total progresif motil sperm sayısının 5 milyondan az olduğu oligoastenospermi olguları ile azospermi olguları.

b) **Kadın faktörü:**

1- **Tubal faktör:** Primer silier diskinezi - Kartegener Sendromu varlığı, laparoskopi ile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan) olgular, ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile) sonrasında gebe kalamayan olgular.

2- **Endometriozis:** Hafif ve orta derece endometriozis, ileri evre (evre 3-4) endometriozis.

3- **Hormonal - ovuluar bozukluklar:** DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgular.

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

d) **Diğer endikasyonlar:** Azalmış over rezervli olgulardır.

(4) SUT'un 4.5.4.K.1(1)d bendi gereği üç yıllık sürenin dolmuş olması şartıyla, IVF tedavisi öncesinde sağlık kurulu raporunda;

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

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

c) **Hafif ve orta derece endometriozis olgularında;** En az iki deneme gonadotropinlerle "OI + IUI" tedavisi

sonrası gebelik elde edilemediğinin,

ç) Açıklanamayan infertilite olgularında; En az iki deneme gonadotropinlerle "OI + IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

belirtilmiş olması halinde IVF giderleri Kurumca karşılanır.

(5) Ancak;

a) Primer silier diskinezi-Kartegener Sendromu varlığında,

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

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

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

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

(6) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 (altı) ay içinde tedaviye başlanmaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(7) İkinci IVF tedavisi için de yeniden sağlık raporu düzenlenmesi gereklidir.

4.5.4.K.1.2. IVF Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri

(1) SUT eki ilaç listelerinde yer almak kaydıyla IVF tedavisi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilen ilaçlar, tedavinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilecektir.

(2) En fazla 2 (iki) deneme için toplamda 6000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) IVF tedavisinde kullanılan ilaçlar katılım payından muaf değildir.

4.5.4.K.1.3. IVF Tedavi Bedellerinin Ödenmesi

(1) IVF tedavisi, SUT eki EK-9 Listesinde belirtilen bedel esas alınarak faturalandırılır. Bu bedele; IVF tedavisi kapsamında yapılan ovulasyon indüksiyonu, oosit aspirasyonu, sperm-oosit hazırlanması ve inkübasyonu, ICSI (mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, işlem öncesi kadın ve erkeğe yapılan tetkik ve tahlil bedelleri, kullanılan her türlü sarf malzemesi ile embriyo transferi dahildir.

(2) Embriyo freezing bedeli, sadece birinci denemeden sonra SUT eki EK-8 Listesinde yer alan bedel üzerinden faturalandırılabilir.

(3) IVF tedavisine başlanan hastaya embriyo transfer işleminin yapılmaması durumunda; yapılan işlemler SUT eki EK-8 Listesi üzerinden %10 indirim yapılarak faturalandırılır. Bu durumda söz konusu işlemler deneme sayısına dahil edilmeyecektir.

(4) IVF tedavisinin, freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi ile yapılması durumunda işlemler, SUT eki EK-9 Listesinde yer alan "Freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi" işlemi üzerinden faturalandırılacaktır. Bu durumda söz konusu işlem, deneme sayısına dahil kabul edilecektir.

(5) Yaş faktörü, embriyo kalitesi ve benzeri tıbbî zorunluluk hallerinin uygulamayı yapan hekim tarafından gerekçesinin belgelendirildiği durumlar hariç olmak üzere ikiden fazla embriyo transfer edilmesi nedeniyle ikiden fazla gerçekleşen doğumlarda, bebeklere ait taburcu edilinceye kadar ortaya çıkacak sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez. Doğumun embriyo transfer işlemini gerçekleştiren sağlık hizmeti sunucusu dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde söz konusu giderler faturalandırılabilir ancak ödenen bedeller embriyo transfer işlemini yapan merkezden mahsup edilir.

4.5.4.K.1.4. Kayıtların Tutulması

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

(2) Evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile eşler için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacak bir örneği de faturaya eklenecektir.

4.5.4.K.2. Ovulasyon İndüksiyonu (OI) + Intra Uterin İnseminasyon (IUI)

(1) Evli olmakla birlikte eşlerden her ikisinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması (birden fazla yapılan evliliklerde de çiftlerden herhangi birinin sağ çocuk sahibi olmaması) koşuluyla; genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına, en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere uygulanan "OI+IUI" tedavilerine ilişkin giderlerin Kurumca ödenebilmesi için;

a) Kadın hastalıkları ve doğum uzman hekiminin yer aldığı resmi sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

b) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması, şartlarının birlikte sağlanmış olması gerekmektedir.

(2) Evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile eşler için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacak bir örneği de faturaya eklenecektir.

(3) Sağlık kurulu raporlarında, hasta yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kaçınıcı deneme olduğu, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

(4) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 (altı) ay içinde tedaviye başlanmaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(5) İkinci "OI+IUI" tedavisi için de yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(6) "OI + IUI" tedavisinde kullanılan ilaçların iki deneme için toplam maksimum dozu, gonadotropin için 3000 ünitidir. Ovülasyon tetikleme için kullanılan üriner hCG (human korionik gonadotropin) maksimum dozun dışında olup 10000 üniteyi geçemez. Üriner hCG rapor aranmaksızın reçete edilebilir.

(7) İlaçlar, tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusu kadın hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilecektir.

(8) "OI+IUI" tedavisinde kullanılan ilaçlar katılım payından muaf değildir.

(9) IUI bedeli SUT eki EK-8 Listesinde yer alan bedel üzerinden faturalandırılır.

4.5.4.K.3. Kök Hücre Vericisi Kardeş Doğmasına Yönelik IVF Tedavisi

(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbî 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, bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği tıbbi genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ilişkin giderler, SUT'un 4.5.4.K.1 numaralı maddesinde yer alan hükümler uygulanmaksızın Kurumca karşılanır. Bu durum dışında preimplantasyon genetik tarama ve bu işlem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca karşılanmaz.

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

(3) IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden IVF tedavisinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları uzman hekimlerince yazılacaktır. Her bir IVF denemesine ilişkin olarak toplamda 3000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedelleri Kurumca karşılanır.

4.5.4.L- Kaplıca tedavileri

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

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

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

(4) Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilen kaplıca tesisleri ile sözleşme yapılmıyaya kadar kaplıca tedavilerine ait giderler, hasta tarafından karşılanacak olup tedaviye ilişkin fatura ve sağlık raporuna dayanılarak her bir gün için bir adet olmak üzere, SUT eki EK-8 Listesinde 702.020 kodu ile yer alan "banyo-kaplıca" bedeli hastaya ödenir. SUT'ta yer alan diğer işlemler faturalandırılrsa dahi bedelleri ödenmez.

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

5. YOL, GÜNDELİK, REFAKATÇİ, AMBULANS GİDERLERİ

5.1. Refakatçi Yemek ve Yatak Gideri

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgeye istinaden, yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri, bir kişi ile sınırlı olmak üzere SUT eki EK-8 Listesinde yer alan "Refakat" puanı esas alınarak Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz. Günübirlik tedavilerde SUT eki EK-8 Listesinde yer alan "refakat" kodu faturalandırılmaz.

5.2. Yol Gideri ve Gündelik

(1) Yol ve gündelik gideri ödenebilmesi için;

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

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

c) Sevkin, SUT eki "Hasta sevk formu" (EK-4/A) tanzim edilerek yapılmış olması,

ç) Sevkin yapıldığı gün dahil 3 (üç) işgünü içinde sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edilmiş olunması,

d) Bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçiye ilişkin yol ve gündelik giderinin ödenebilmesi için sevki düzenleyen

sağlık hizmeti sunucusunca refakatin tıbben gerekli olduğunun (18 yaşını doldurmamış çocuklar için aranmaz), sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca refakatçi eşliğinde gelindiğinin ve/veya kalındığının EK-4/A formunda belirtilmiş olması,

gerekmektedir.

(2) Ancak;

a) Organ nakli tedavilerinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş nakliye/transfer masrafları, Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı esas alınmak kaydıyla karşılanır. Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı için, SUT'un 5.2.1 numaralı maddesi doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/ bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.

b) Uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmeti için müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca hava ambulansı ile başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevkini gerekli görülmesi ve bu durumun belgelendirilmesi koşulu ile hava ambulansı için SUT'un 5.2.1 numaralı maddesi doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/ bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.

c) Kemik iliği/ kordon kanı nakline ilişkin yol giderleri, SUT'un 4.5.2.B-1 numaralı maddesi doğrultusunda karşılanır.

ç) Kaplıca tedavilerine ilişkin yol giderleri ve gündelikler, tedavi için düzenlenmesi gereken sağlık kurulu raporuna dayanılarak karşılanır. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği gün dahil 3 (üç) işgünü içinde kaplıca tesisine müracaat edilmemesi halinde yol gideri ve gündeliklerin ödenebilmesi için yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesine gerek bulunmayıp SUT eki EK-4/A formu düzenlenmesi yeterli kabul edilecektir. Ödeme işlemleri, tedavinin sağlanabildiği en yakın kaplıca tesisinin bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak yürütülecektir. Raporla/sevk formunda refakatin tıbben gerekli olduğunun belirtilmesi (18 yaşını doldurmamış çocuklar için aranmaz) ve tedavinin yapıldığı tesis tarafından refakatçi kalındığının belgelenmesi halinde refakatçinin yol giderleri ve gündelikleri Kurumca karşılanır. Yol giderleri mutata taşıt bedeli üzerinden ödenir.

d) Sürekli iş göremezlik veya malûllük durumlarının tespiti, kontrolü amacı ile Kurumca yerleşim yeri dışına yapılacak sevklerde yol, gündelik ve refakatçi giderleri sevk edilen yer esas alınarak karşılanır.

5.2.1. Yol gideri

(1) Sevkinin teşhis ve tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esastır.

(2) Müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca; en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, sevk edilen yerleşim yeri esas alınarak ödenir.

(3) Kişinin, en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu mesafeden daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmesi halinde yol gideri, en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi üzerinden ödenir. Ancak aşağıda sayılan hallerde sevk edilen yer üzerinden yol gideri karşılanır.

a) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevkler,

b) Organ, doku ve kök hücre nakli tedavisi ve/veya kontrolü için yapılan sevkler,

c) Kanseri tedavisi ve/veya kontrolü için yapılan sevkler,

ç) Uzuv replantasyonu amacı ile yapılan sevkler,

d) SUT'un 3.1.3 numaralı maddesinde tanımlanan acil hal nedeniyle yapılan sevkler.

(4) Sevk formunda, sevk vasıtası belirtilmediği sürece, mutata taşıt ücreti ödenir. Mutata taşıt giderleri fatura/bilet tutarını aşmamak kaydıyla Ulaştırma Bakanlığı tarafından onaylanan en düşük fiyat tarifesi esas alınarak karşılanır. Fatura/ bilet ibraz edilememesi halinde de aynı şekilde ödeme yapılabilecektir.

(5) Yukarıda açıklanan usul ve esaslara göre yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusunca belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen; organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan hastaların veya kanser tedavisi gören hastaların kontrol amaçlı sevkleri, kontrole çağrıldığını gösteren belgeye istinaden birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları dâhil tüm sağlık hizmeti sunucularınca yapılabilecektir. Ancak mutata taşıt dışı vasıta ile yapılacak sevkler SUT'un 5.2.1.A numaralı maddesi doğrultusunda ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılacaktır.

(6) Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve dönüşlerinde mutata taşıt ücreti ödenir.

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

(8) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler, sevkini düzenlediği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak üzere nakledilen yerleşim yeri esas alınarak ilgili belediye tarafından onaylanan ücret üzerinden fatura tutarını aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır. Sevk edilmeksizin müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunda vefat eden kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

(9) SUT'un 1.2(1)c bendinde tanımlanan sigortalıların cenaze nakline ilişkin giderler ilgili kamu idaresince karşılanacağından Kurumca ayrıca ödeme yapılmayacaktır.

(10) Kurum taşra birimleri tarafından üçer aylık dönemler halinde, yerleşim yeri dışına yapılan sevkler ve gerekçeleri konusunda sevk eden sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu ilin valilik il sağlık müdürlüğüne yazılı bilgilendirme yapılacaktır.

5.2.1.A- Mutat taşıt dışı araç ile nakile ilişkin yol giderlerinin ödenmesi

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutat taşıt dışı araç ile nakile ilişkin gidiş-dönüş yol giderinin ödenebilmesi için hastalığın ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve Kurumca kabul edilmesi gerekmektedir. Dönüş için yol gideri ödemesinde, sağlık kurulu raporu tedavinin yapıldığı sağlık kurumunca düzenlenecektir.

(2) Ancak belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb.) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutat taşıt dışı araç ile nakillerine ilişkin gidiş- dönüş yol giderinin ödenmesinde, her seferinde sağlık kurulu raporu aranmaz. Ödeme işlemleri ilk sağlık kurulu raporuna istinaden yürütülür. Ancak mutat taşıt dışı araç ile nakile ilişkin sağlık kurulu raporları 3 (üç) ay süre ile geçerlidir.

(3) Acil hal nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenlenmeksizin sevk edilen kişinin kara ambulansı ve hasta nakil aracı da dahil olmak üzere mutat taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte ilgili hekim tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi ve Kurumca kabul edilmesi halinde karşılanır.

(4) Mutat taşıt dışı araçlar (tarifeli uçak, taksi vb.) ile nakile ilişkin yol gideri ödemelerinde bilet/ fatura ibrazı şarttır. Bilet/ fatura ibraz edilmemesi halinde söz konusu yol gideri mutat taşıt bedeli üzerinden ödenir. Kurumca ticari taksi için ödenecek ücret, ilgili yerleşim yerleri arası için geçerli mutat taşıt ücreti bedelinin 5 (beş) katını geçemez.

(5) Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 07/12/2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği"nin 28 inci maddesi gereği belirlenen fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren Ambulans Ücret Tarifesi'nden daha düşük bedelle hasta nakil beyanlarının olması durumunda, kamu ve Kurum yararı doğrultusunda belirlenen ücret tarifesi'nden daha düşük fatura edilmesi halinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır.

(6) Hava ambulans ücretleri sadece uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmeti ile SUT'un [4.5.2](#) numaralı maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/ dokunun naklin yapılacağı sağlık kurumuna, hava ambulansı dışında ki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulansı ve hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde taşıtın 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 aşağıda belirtilen 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 + KDV,

(2) Jet motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 3.500,00 (üçbinbeşyüz) TL + KDV, 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 + KDV,

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

c) Deniz ambulans ücretleri;

Deniz ambulansı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle seyir saati başına 1.500,00 (binbeşyüz) TL + KDV.

5.2.2- Gündelik ücreti

(1) Kişilerin, belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevklerinde hasta ve refakatçisine;

a) Sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi itibarıyla ayakta tedavi gördüğü günler için gündelik ödenir. Ancak ayaktan tedavi sonrasında istirahat raporu verilmiş ise müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatli olunan süreler için gündelik ödenmez.

b) Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelenmesi şartıyla beş günü geçmemek üzere gündelik ödenir.

(2) Yatarak tedavilerde, hasta ile refakatçininin yemek ve yatak giderleri Kurumca karşılandığından ayrıca

gündelik ödenmez.

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

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

5.3. Ortak Hükümler

(1) Belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ilk sevk belgesine istinaden tedavilerinin devamı niteliğindeki diğer müracaatları nedeniyle oluşan yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde, her gidişleri için sevk belgesi aranmaz. Ödeme işlemleri ilk sevk belgesine istinaden, diğer müracaatlara ilişkin tedavi gördüğü tarihleri belirtir müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür ve yol gideri ödemesi için fatura/bilet ibrazı zorunludur.

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

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile refakatçilere mücavir alan içindeki nakiller için yol ve gündelik gideri ödenmez.

(4) Sevk yapılmaksızın belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez.

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

(6) Sürekli iş göremezlik, malûllük, çalışma gücü kaybı hâllerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller ile sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik ve yol giderleri, refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılandığından Kurum ödeme birimlerince bu durumun dikkate alınması gerekmektedir.

6. İLAÇ TEMİNİ VE ÖDEME ESASLARI

6.1. Reçete ile Sağlık Raporu ve İlaç Yazım İlkeleri

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

6.1.1. Reçete ve Sağlık Raporlarının Düzenlenmesi

6.1.1.A- Ayaktan tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

(1) Ayaktan tedavi sırasında kullanılması gerekli görülen ilaçlar için, sağlık karnelerinde bulunan reçete koçanları veya sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarının reçeteleri (matbu veya elektronik ortamda kayıt altına alınan reçeteler) kullanılır. (Bu konuda Kurumca yayımlanan genelge hükümleri saklıdır.)

(2) Düzenlenen reçetelerde mutlaka teşhis, ilgili hekimin ıslak imzası ve bilgileri yer alacaktır. SUT eki EK-2/F Listesinde yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla yazılan ilaçlar için ayrıca teşhis aranmayacaktır.

(3) Reçetelerde, hekimin adı soyadı, kuruluş/kurumun adı, hekimin ana uzmanlık dalı veya 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, T.C.kimlik numarası veya Kurum sicil/ tahsis numarası, reçete tanzim tarihi, MEDULA takip numarası veya protokol numarası yer alacaktır. İmza dışındaki bilgiler, el yazısı ile yazılabileceği gibi kaşe veya bilgisayar ortamında veya hastane otomasyon sistemleri tarafından basılan etiketin/barkodun yapıştirilmesi şeklinde olabilir. Bu reçetelerde, kurum başhekiminin onayı ve mühür aranmayacaktır.

(4) Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenecek reçetelere, sağlık yardım hakkını veren ülkenin adı ayrıca yazılacaktır.

(5) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, ihtisas yapmakta oldukları branşın uzman hekiminin yazması gereken ilaçlar ile SUT ve eki listelerde uzman hekimlerce yazılabileceği belirtilen ilaçları yazabilir.

(6) SUT'ta belli bir uzman hekim tarafından reçete edileceği/rapor düzenleneceği belirtilmiş ilaçlar, aynı uzmanlık eğitimi üzerine yan dal uzmanlığı yapmış olan hekimlerce de reçete edilebilir/rapor düzenlenebilir.

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

(8) SUT'ta geçen uzmanlık dalları; aksine bir hüküm bulunmadıkça hem erişkin hem de çocuk yan dallarını ifade eder.

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

(10) Diş hekimleri yalnızca doğrudan ağız ve diş sağlığı ile ilgili ilaçları reçete edebilir.

6.1.1.B- Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

(1) Yatarak tedavilerde hastanede kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur.

(2) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca temin edilemeyerek "ECZANEMİZDE YOKTUR, YATAN HASTA" kaşesi basılıp başhekimlik onayı ile reçete düzenlenerek hastaya aldırılması durumunda; reçetede yer alan ilaç bedelleri SUT hükümleri doğrultusunda beş günlük dozu (ancak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 (bir) aylık miktarda tüberküloz ilaçları yazılabilir.) aşmamak kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sağlık kurumunca ihale ve doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Tedavinin devam ettiği durumlarda "doz" bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.

(3) Yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlar için, SUT'un 6.1.1.Ç numaralı maddesinde belirtilen 4 kalem ilaç sınırlaması dikkate alınmaz.

(4) Ancak, günübürlük tedavilerde kullanılan ilaçların hastanelerce temini zorunlu olmayıp; hekim tarafından reçetede günübürlük tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilebilecektir.

(5) Taburcu olan hastalara reçetelendirilecek ilaçlar, ayaktan tedavi kapsamında değerlendirilir.

6.1.1.C- Sağlık raporlarının düzenlenmesi

(1) Sağlık rapor formatları konusunda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.

(2) Sağlık raporlarının düzenlenmesinde, SUT'un 8 numaralı maddesi dikkate alınacaktır. Bu raporlar, SUT'ta yer alan istisnalar saklı kalmak kaydıyla SUT'un 8.1 numaralı maddesi doğrultusunda uzman hekim tarafından düzenlenecek olup SUT'un 8.2 numaralı maddesine göre düzenlenen sağlık kurulu raporları da geçerli kabul edilecektir.

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

(4) Hasta katılım payı muafiyeti için düzenlenen sağlık raporlarında, teşhis ve ICD-10 kodu yer alacaktır. SUT eki EK-2/F Listesinde yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde ve etken madde isminde kısaltma yapılmayacaktır.

(5) Sağlık raporları, SUT'ta özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir.

(6) Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile SUT hükümlerine göre eksikliği bulunan (ilacın kullanım dozu, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi şeması, ICD-10 kodu) sağlık raporları, bu düzeltmelerin aslına sadık kalmak kaydıyla; uzman hekim raporlarında, raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı branştan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından yapılması ve bu durumun başhekimlik mührü ve ıslak imza ile onaylanması koşuluyla, düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren süresinin sonuna kadar geçerlidir.

(7) Sağlık raporlarına dayanılarak reçete edilen ilaçlar için, hastalardan ve raporu düzenleyen sağlık kurum ve kuruluşlarından, SUT ve eki listelerde belirtilen özel durumlar haricinde ek bilgi ve belge talep edilmeyecektir.

(8) Kullanımı sağlık raporuna bağlı veya katılım payından muaf ilaç(lar) için düzenlenecek reçetelere ait aslı gibidir onayı yapılmış rapor fotokopisi, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Aslı gibidir onayı; raporu düzenleyen sağlık kurumu veya reçeteyi düzenleyen hekim veya reçeteyi karşılayan eczacı tarafından yapılacaktır.

(9) SUT'un yürürlüğe girmesinden önce düzenlenen sağlık raporları, bu SUT hükümlerine uygun olması kaydıyla düzenlendiği tarihte geçerli olduğu süre sonuna kadar geçerlidir. Bu SUT hükümlerine uygun olmayan raporlar, SUT'un 6.1.1.C (6) fıkrası kapsamında bu SUT hükümlerine uygun hale getirilebildiği takdirde geçerli olacaktır. (Kurumca süresi sonuna kadar geçerli olacağı duyurulan raporlar hariç)

(10) Elektronik rapor uygulamasında; SUT'ta geçen uzman hekim ve sağlık kurulu raporu ifadeleri "E-Rapor", ıslak imza ve başhekimlik mührü ifadeleri de "elektronik imza" olarak değerlendirilecektir.

6.1.1.Ç- Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

(1) Ayaktan yapılan tedavilerde, SUT'un 6.1.2 numaralı maddesinde belirtilen durumlar dışında, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç yazılır ve her kalem ilaçtan bir kutunun (ilaçların parenteral formları ile SUT'un 6.1.4 numaralı maddesinde 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.

(2) 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 edilebilir.

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

(4) 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 edilebilir.

(5) Sağlık raporu aranmaksızın;

a) Menopozda ve/veya disfonksiyonel uterin kanamalarda kullanılan ilaçlar, SUT 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, (SUT'ta yer alan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla) reçete edilebilir.

(6) Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığınca verilen onayla mümkündür.

a) Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzunda belirtilen esaslara da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranır.

b) SUT eki EK-2 Listesinde yanında (*) yıldız işareti bulunmayan ilaçların SUT eki EK-2 Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı onaylarda; bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

ç) Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı onaya dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme koşulları için Bakanlıkça verilmiş onay esastır.

d) Endikasyon dışı onay aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

6.1.2. Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar (EK-2)

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

(2) Bu listede yer alan etken maddeler için, ilgili başlıktaki tanılarına uygun olacak şekilde sağlık raporu düzenlenmesi halinde katılım payından muaf tutulur.

(3) Sağlık raporuna istinaden EK-2 Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılan ilaçlar için, SUT'un 6.1.1.Ç numaralı maddesinde belirtilen 4 (dört) kalem sınırlaması dikkate alınmaz.

(4) İlacın reçete edilmesi ile ilgili SUT ve eki listelerde belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla; EK-2 Listesinde yer alan ilaçlar, sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce de reçete edilebilir.

6.1.3. Sadece Yatan Hastalara Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar (EK-2/B)

(1) SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-2/B) yer alan ilaçlar (anestezikler dâhil), sadece sağlık kurumlarında yatan hastalarda ve/veya özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla günübirlik tedavilerde kullanılır.

(2) SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan ilaçların reçete edilmesinde, SUT'un 6.1.1.B numaralı maddesindeki esas ve usullere uyulur. Bu ilaçlar ayakta tedavilerde reçetelere yazılamaz.

6.1.4. Ayakta Tedavide Kullanımı Sağlık Raporuna Bağlı İlaçlar (EK-2/C)

(1) SUT eki “Ayaktan Tedavide Sağlık Kurulu Raporu İle Verilebilecek İlaçlar Listesi” nde (EK-2/C) yer alan ilaçların ayakta tedavilerde kullanımı gerektiği durumlarda, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

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

(3) SUT eki EK-2/C Listesinde yer almakla birlikte, “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” nde (EK-2) yer almayan ilaçlardan hasta katılım payı alınır, SUT eki EK-2 Liste kapsamında olanlardan ise katılım payı alınmaz.

(4) Periton diyalizi tedavisinde kullanılması zorunlu görülen diyaliz solüsyonu ve sarf malzemeleri, 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 ayaktan tedavide de reçete edilebilir.

6.1.5. Bedeli Ödenecek İlaçlar (EK-2/D)

(1) Kurumca bedeli ödenecek olan ilaçlar Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr)

yayımlanan“Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde belirtilmiştir. Bu listede ticari isimleri ve barkod/karekod numaraları yer almayan ilaçların bedelleri Kurumca ödenmez. Yurt dışından temin edilen ilaçlar için özel düzenlemeler saklıdır.

6.1.6. Güvenlik ve Endikasyon Formu İle Uyuşturucu ve Psikotrop İlaçlar

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

(2) Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları ve varsa rapor süreleri, koşulları ile reçeteleme koşulları (SUT’ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla) konusunda Sağlık Bakanlığınca belirlenen kurallara uyulacaktır.

6.2. Bazı Özel Hastalıklara ve İlaç Kullanımına İlişkin Düzenlemeler

(1) Aşağıda belirtilen düzenlemeler, ayaktan ve yatarak tedaviler için geçerlidir.(Özel düzenlemeler saklıdır.)

6.2.1. Subkutan/İntramuskular Metotreksat, Leflunomid, Altın Preparatları, Anti-TNF İlaçlar ve Rituksimab (Romatoid Artrit) Kullanım İlkeleri

6.2.1.A- Subkutan/intramuskular metotreksat

(1) Oral metotreksata yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen romatoid artritli hastalarda; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(2) Psöriyazis vulgarisli hastalarda; dermatoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen ve en fazla 6 ay süreyle geçerli, ilaç kullanım dozu ve süresini de belirten uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

6.2.1.B- Leflunomid

(1) Romatoid artritli hastalarda, hastalığın diğer hastalık modifiye edici ilaçlardan Sulfasalazin veya Methotrexat ile kontrol altına alınamadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu veya yan etki nedeniyle kullanılamadığı durumlarda, bu durumun belirtildiği iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

6.2.1.C- Altın preparatları

(1) Romatoid artritli hastalarda, hastalığın diğer hastalık modifiye edici ilaçlardan Sulfasalazin veya Methotrexat ile kontrol altına alınamadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu veya yan etki nedeniyle kullanılamadığı durumlarda, bu durumun belirtildiği fiziksel tıp ve rehabilitasyon klinik immunoloji ve romatoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

6.2.1.Ç- Biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçlar ve rituksimab kullanım ilkeleri

6.2.1.Ç-1- Anti TNF (Tümör Nekrozis Faktör) ilaçlar

(1) Romatoid artritli hastalarda; biri metotreksat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az 3'er ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) $28 > 5.1$) (oligoartiküler juvenil romatoid artritte DAS 28 kriteri aranmaz) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28’te 0.6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 0,6 puandan fazla düşme gösterilemezse tedavi kesilir

(2) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) > 4) durumlarda, bu durumun 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla kullanılır.

(3) Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; maksimum dozda NSAİİ ile birlikte sulfasalazin veya metotreksattan birinin kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) > 4) durumlarda, bu durumun 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla kullanılır.

(4) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli ve Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; ilacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (BASDAI’de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. İlaça cevap alınmış ve tedaviye devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(5) Psöriyatik artritli hastalarda; en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az 3'er ay olmak üzere kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) durumlarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla kullanılır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap

alınamamışsa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine-PSARC- göre yanıt alınamaması) ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. İlaça cevap alınmış ve tedaviye devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(6) Anti TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

(7) Bu ilaçların intravenöz formları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya iç hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurumunda uygulanır. Subkütan formlarının ilk dozları 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 sağlık kurulu raporunda "Mahallinde tedavisi sürdürülebilir" ibaresine yer verdiği takdirde hastane dışında uygulanmak üzere üç aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

(8) Anti TNF ilaçlar diğer antiromatizmal ilaçlar ile kombine olarak da kullanılabilir.

(9) Psoriasis vulgariste Anti TNF ilaçlar; üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli olduğunu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(10) Crohn hastalığında adalimumab ve infliximab; diğer tedavilere cevap vermeyen fistülize vakalarda bu durumun ve daha önce almış olduğu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı ve kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanır

(11) Ülseratif kolit hastalığında infliximab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimleri veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzmanlar ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

6.2.1.Ç-2- Rituksimab;

(1) Romatoid Artritli hastalarda, methotrexat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artriti bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavilerine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU>5.1 olan) erişkin hastalarda, en çok 2 kür (4 infüzyon şeklinde) olarak, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanının bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu hekim tarafından reçetelenir ve klinik koşullarda uygulanır.

6.2.2. Antidepresanlar ve Antipsikotiklerin Kullanım İlkeleri

(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri, nöroloji, geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, Sertindol, paliperidon) oral formlarının, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından, parenteral formlarının ise yalnızca psikiyatri uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Klozapin en fazla 1 aylık dozda reçete edilebilir.

(3) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin oral formları, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna, parenteral formları ise yalnızca psikiyatri uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

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

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

(6) Atipik antipsikotik ilaçlar, demansta; psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından reçete edilebilir.

(7) Sodyum Valproat (kombinasyonları dahil), "bipolar bozukluk" endikasyonunda psikiyatri ve nöroloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(8) Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek uzman hekim raporunda ilacın kullanılacağı süre belirtilir.

6.2.3. Enjektabl Allerji Aşılarının Kullanım İlkeleri

(1) İnhalen alerjen duyarlılığı olduğu cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmiş, en fazla 2 farklı

grup inhalelen allerjene karşı duyarlığı olan, en az 3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ile hastalığın kontrol altına alınmadığının raporda belirtilmesi kaydı ile; Allerjik bronş astımı, Allerjik rinit, Allerjik konjoktivit durumlarında, bu durumların allerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, tedavi protokolünü gösterir resmi sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilir. İlk reğetelendirme allerji veya klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından yapılır.

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

(3) Her sağlık kurulu raporunda; tedaviye ilk başlangıç tarihi belirtilir.

(4) Alerji aşıların oral formları ödenmez.

(5) Arı Venom alerjisi; Arı venom aşıları, alerji, klinik immunoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilir.

(6) Aşı tedavileri, arı venom alerjisi hariç 5 yılı geçemez.

(7) Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.

6.2.4. Rasburicase Kullanım İlkeleri

(1) Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli veya akut lösemi tanısı almış ve beyaz küre sayısı 100.000/mm³'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. Hematoloji, tıbbi onkoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, laboratuvar sonuçlarının yer aldığı, uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.5. Botulismus Toksini Tip A

(1) 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 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

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, fikst kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır.

(2) Yukarıda sıralanan tüm endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrarı düşünölen hastalarda 6 aylık periyotlarda her defasında yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1000 üniteyi aşmamak üzere yapılabilir. Bu endikasyonlar dışında bedeli ödenmez.

6.2.6. Büyüme Bozuklukları

6.2.6.A- Büyüme hormonu bozuklukları

(1) Hastanın yaş grubuna göre endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilir. Rapor, en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup hastanın yaşı ve fiziki boy uzunluğu bu rapora yazılacaktır.

(2) İlaçların günlük doz miktarı belirtilmek suretiyle en fazla 3'er aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

6.2.6.A-1- Çocuklarda;

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

a) Yıllık büyüme hızı;

1- 0-4 yaş 6 cm'nin altında,

2- 4 yaş üzeri 4,5 cm'nin altında,

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

b) Kemik yaşı;

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

2- Pubertal dönem için sadece epifizlerin açık olması, (Puberte Kıstasları: Erkeklerde gonadarj (testis hacimlerinin) 4 ml. ve üzerine çıkması, kızlarda T2 düzeyinde telarşın olması, kızlarda kemik yaşının 8'in, erkeklerde 10'un üzerine çıkması, pubertenin başlangıcı olarak kabul edilecektir.)

c) 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 gerektiyorsa büyüme hormonu testleri yapılmadan mutlaka priming yapılmalıdır.)

ç) Boy sapması patolojik olan (yani -2,5 SD den daha kötü), yıllık uzama hızı yetersiz olan, kemik yaşı takvim yaşına göre 2 yıldan daha fazla geri olan, ancak yapılan 2 farmakolojik uyarı testine yeterli yanıt alınan hastalara uyku esnasında büyüme hormonu profili çıkartılmalı ve hastada büyüme hormonu eksikliği olmamasına rağmen eğer büyüme hormonu salınımında bir bozukluk söz konusu ise, yani nörosekretuar disfonksiyon söz konusu ise yada; hastada biyoaktif büyüme hormonu saptanmış ise (IGF 1 testi ile);

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

(2) Bu hususların belirtildiği sağlık kurulu raporu ile hastaya büyüme hormonu tedavisi uygulanacaktır.

(3) Büyüme hormonu ile tedavisine başlanan hastalar için endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı bir yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenir. Bu hekimlerce en az 6 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olup olmadığı raporda belirtilir. Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin varlığında tedavi kesilir.

(4) Sonlandırma Kıstasları;

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

tedavi sonlandırılacaktır.

6.2.6.A-2- Erişkinlerde;

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

(2) Epifiz hatları kapalı olan hastalarda:

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

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

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

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

(5) Büyüme hormonu, büyüme hormonu tedavisine karar verilen hastalara erişkin endokrinoloji uzman 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 1 yıl süreyle geçerli olacaktır.

6.2.6.B- Laron sendromu tanı kriterleri ve rhIGF-I (mecasermin) kullanım ilkeleri

(1) 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.

6.2.6.B-1- Başlama kriterleri

(1) 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;

(2) 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.

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

(4) Büyüme hormonu tedavisinin yerine kullanılmaz.

6.2.6.B-2- Devam kriterleri

(1) Tedavi alan hastalar en az 3 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olduğunun reçetede belirtilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy 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 yenilenerek tedavi devam ettirilir.

(2) Yenilenen rapordaki tedavi öncesi ve tedaviyle sağlanan büyüme hızı, ulaştığı boy skalası ve epifiz

hatlarının durumu belirtilir.

6.2.6.B-3- 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.

6.2.7. Düşük Molekül Ağırlıklı Heparinlerin Kullanım İlkeleri

- (1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen, kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından reçete edilebilir.
- (2) Yatan hastalarda veya acil müdahale gerektiren durumlarda acil servislerde rapor aranmaksızın tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.
- (3) Diyaliz tedavilerinde, heparinler Tanıya Dayalı İşlem Puanına dahil olduğundan reçete edilse dahi bedeli ödenmez.

6.2.8. Enteral ve Parenteral Beslenme Ürünleri Verilme İlkeleri

6.2.8.A- Enteral beslenme ürünleri

- (1) Yatan hastalar dışında, normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere malnütrisyonu olanlar ve/veya 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.
- (2) Raporda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek reçeteye en fazla 30 günlük dozda yazılacaktır.
- (3) Raporda belirtilmek kaydıyla;
 - a) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya
 - b) "Subjektif global değerlendirme kategorisi" C veya D olanlar veya
 - c) Çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında ($< -2SD$) olanlar, malnütrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

6.2.8.B- Parenteral beslenme ürünleri

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

6.2.9. Eritropoietin Alfa-Beta, Darbepoetin, Sevelamer, Parikalsitol Kullanım İlkeleri

6.2.9.A- Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri

- (1) Eritropoietin ve darbepoetin preparatları sadece kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi ve myelodisplastik sendrom dışındaki endikasyonlarda Kurumca karşılanmaz.
- (2) 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.
- (4) Eritropoietin ve darbepoetinlerin ilgili uzman hekim raporlarında ilacın kullanım dozu ve süresi belirtilir. Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilir.

6.2.9.A-1- Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda

- (1) 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 $< 100 \mu\text{g/L}$ ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT $\geq \%20$ ve/veya ferritin $\geq 100 \mu\text{g/L}$ olduğunda hemoglobin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasındadır. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'ye ulaşıncaya kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilir. Hb seviyesi 12 gr/dl'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 $> 100 \mu\text{g/L}$ olmalıdır. Bu değerlere hemodiyaliz hastalarında 3 ayda bir, periton diyaliz hastalarında 4 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesi reçeteye eklenir. Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.
- (2) Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, nefroloji uzman hekimleri veya diyaliz sertifikalı uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, nefroloji uzman hekimleri veya diyaliz merkezinde görevli diyaliz sertifikalı tüm hekimlerce yazılabilir.
- (3) Tedaviye başlama ve idame dozu, sırasıyla: darbepoetin için 0.25-0.75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0.13-0.35 mcg/kg/hafta, eritropoietin alfa-beta için ise tedaviye başlangıç dozu 50-150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25- 75 IU/kg/haftadır.

6.2.9.A-2- Myelodisplastik sendrom endikasyonunda

- (1) 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.

6.2.9.B- Sevelamer kullanım ilkeleri

(1) Tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanılmış olması ve bu hususun raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu süre sonunda:

- a) Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya
- b) PTH düzeyinin 100 pg/ml değerinin altında olan dinamik kemik hastalığı olguları veya
- c) Hastanın Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya

ç) Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pg/ml ve üzerinde olan, hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki durumlardan sevelamer kullanımını gerektiren durumun belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

(2) Her reçeteye fosfor düzeyini gösterir son 1 ay içinde yapılmış tetkik sonucu eklenir. Bir defada en fazla (bire aylık dozda) bir kutu ilaç verilir. Fosfor düzeyi 3.5mg/dl'nin altında olduğu durumlarda sevelamer tedavisi kesilir.

(3) Fosfor düzeyinin 3.5mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.

6.2.9.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) 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.

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

6.2.10. Lizozomal Hastalıklar İçin Tedavi İlkeleri

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

(2) Bu rapora dayanılarak hastanın tedavisi için gerekli ilaçlar adı geçen uzman hekimler tarafından reçete edilir. Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir. Hasta takibi 3 ayda bir yapılır.

(3) 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.

6.2.10.A- Gaucher hastalığında tedavisi esasları

(1) Teşhis için; hastanın enzim düzeyi (Glucocerebrosidase) belirlenecek (enzimatik teşhis) veya mutasyon analizi yapılacaktır.

6.2.10.A-1- Enzim tedavisi uygulama kriterleri

(1) Tedavi endikasyonu olan hastalık tipleri; Tip I (Non Nöropatik Form) ve Tip III (Kronik Nöropatik Form)'tür. Tip II (Akut Nöropatik Form) için enzim tedavisi yapılmayacaktır.

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

(3) 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 düzelme gözlenmesi tedaviyi veren hekim tarafından tedavi sonrası devam kriteri olarak müteakip raporda ifade edilecek, tedavinin devamına veya kesilmesine hekim karar verecektir.

(4) Halen tedavi almakta olan hastaların tedaviye devam edip etmeyecekleri bu SUT'ta yer alan kriterlere göre değerlendirilecektir.

6.2.10.A-2- Enzim dışındaki tedavi seçenekleri (substrat inhibisyonu tedavisi gibi)

(1) Çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji uzman

hekimlerinden birisinin bulunduğu bir yıl süreli sağlık kurulu raporunda enzim tedavisinin mümkün olmama gerekçelerinin belirtilmesi halinde bu uzman hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Miglustat; enzim tedavisine ağır alerjik reaksiyonlar veya hipersensitivite geliştirenler veya enzim tedavisine kısmi veya tam yanıtı olmadığı olanlarda kullanılır.

(3) Aşağıdaki koşulların en az birinin varlığı enzim tedavisine yanıtı kabul edilir.

a) Hemogloblin düzeyi kadınlarda 11 erkeklerde 12' nin altında olanlar,

b) Enzim tedavisi altında, splenektomi yapılmamış hastalarda trombosit düzeyinde tedavinin başlangıcına göre 1,5 kattan az artış varsa,

c) Dalak volümünün %50 den az küçüldüğü durumlarda,

ç) Karaciğer volümünün %30 dan az küçüldüğü durumlarda,

d) Enzim tedavisine rağmen akut kemik krizlerinin devam ettiği hallerde,

e) Enzim tedavisi altında transaminaz düzeylerinin normalin üst sınırının 3 kat ve üzerinde seyretmesi halinde,

f) Akciğer tutulumunda düzelme olmadığında (pulmoner hipertansiyonun devamı, oksijenasyonun düzelmemesi, hepatopulmoner sendrom varlığı),

(4) Miglustat tedavisine yanıt, enzim tedavisinden miglustat tedavisine geçişe neden olan parametre açısından takip edilir. Yanıt ilk bir yıl sonunda bu parametre açısından değerlendirilir. Tedaviye yanıtı varsa tedavi sonlandırılır.

(5) Halen miglustat tedavisi almakta olan hastaların tedaviye devamı da bu madde kapsamında değerlendirilir.

6.2.10.B- Fabry hastalığı tedavi esasları

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

6.2.10.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 kullanılabilirliği için "Çocuklar İçin Weshler 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.

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

6.2.10.Ç- Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları

(1) 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 veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.11. Glokom ilaçları

(1) Glokom ilaçları ile tedaviye göz hastalıkları uzman hekimi tarafından başlanacaktır. Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

6.2.12. İmmünglobulinlerin Kullanım İlkeleri

6.2.12.A- Spesifik/hiperimmün iv immünglobulinlerin kullanım ilkeleri

(1) Spesifik/hiperimmün immünglobulinler ayaktan tedavide, sadece Sağlık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde uzman hekim raporu şartı aranmaz.

(2) Anti-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 edilebilir.

(3) 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.

6.2.12.B- Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulin (IVIg) ler

(1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için;

- a) Pediatrik HIV enfeksiyonunda pediatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından,
b) Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji uzman hekimi tarafından,
c) Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından,
ç) 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,
d) Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik şok) tedavisinde ilgili uzman hekimi tarafından,
reçete edilebilir. (Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranmaz.)

(2) Sağlık Bakanlığınca onaylı diğer endikasyonlar için; hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları, immünoloji veya romatoloji, üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise bu hekimlere ilave olarak iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir.

6.2.13. Hepatit Tedavisi

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

6.2.13.A- Kronik Hepatit B tedavisi

(1) İlk tedaviye başlamak için; HBV DNA seviyesi: 10.000 (10⁴) 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 > 7 veya fibrozis ≥ 2,

b) 2-18 yaş grubu hastalarda; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI ≥ 4 veya fibrozis ≥ 2,

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

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

(3) Erişkin hastalarda İnterferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen ve HBV DNA ≤ 10⁷ kopya/ml olan hastalarda kullanılabilir. İnterferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

(4) 2-18 yaş grubu hastalarda tedaviye lamivudin yada interferonlar ile başlanabilir. Çocuklarda İnterferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra bu maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde tarif edilen koşulları yeniden taşıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir İnterferon tedavisi daha verilebilir.

(5) Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye HBV DNA ≤ 10⁷ kopya/ml (2.000.000 IU/ml) ise günde 100 mg lamivudin ile başlanır. Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir. HBV DNA >10⁷ kopya/ml (2.000.000 IU/ml) olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir. Çocuk hastalardan, HBV DNA seviyesi: 10.000 (10⁴) kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalarda lamivudin tedavisine 3mg/kg/gün dozunda 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.

(6) 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.

(7) Erişkin hastalarda 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 yada tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir. Başka bir antivirden lamivudine geçişte bu koşullar aranmaz.

6.2.13.B- Karaciğer sirozunda tedavi

(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) veya HCV RNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanabilir. Karaciğer biyopsisi yapmak için kontrendikasyon bulunanlarda ve dekompanse sirozlarda biyopsi koşulu aranmaz. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatit B tedavisinde, HCV RNA (+) olanlar için kronik hepatit C

tedavisinde olduğu gibidir.

6.2.13.C- İmmünespresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi

(1) İmmünespresif 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. İmmünespresif, sitotoksik kemoterapi ve monoklonal antikor tedavisine ilişkin ilaç raporunun bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekir.

(2) İmmünespresif 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.

6.2.13.Ç- HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-HBc(+) kişiden karaciğer alan hastalarda tedavi

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

6.2.13.D- Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi

(1) Delta ajanlı Kronik Hepatit B tanısı konmuş anti HDV(+) hastalarda İnterferon 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)

6.2.13.E- Hepatit C Tedavisi

6.2.13.E-1- Akut Hepatit C tedavisi

(1) 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. haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.

6.2.13.E-2- Kronik Hepatit C tedavisi

(1) Anti HCV ve HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik hepatit C tedavisinde İnterferon + Ribavirin veya pegile interferon + Ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Tedavi süresi: Genotip 1 ve 4 için 48 haftadır. Tedavi başladıktan sonra 12. hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24. haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28. hafta sonunda kesilir. 16. haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28. 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.

6.2.13.E-3- Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12. 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 tedavisine cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izleminde HCV RNA yeniden pozitifleşen) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere yeniden interferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16. haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12. 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.

6.2.13.F- Viral hepatit tedavisinde genel prensipler

(1) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre (Pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı < 80.000 /mm³ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya dekompanse karaciğer sirozunda) karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

6.2.14. Kanser Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri

(1) Ayaktan kemoterapi yapılacak kanserli hastalara tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu/uzman hekim raporuna dayanılarak kür tanımına uyacak tedavi uygulanıyor ise bir kürlük, kür tanımına uymayan tedavi uygulanıyor ise en fazla 3 aylık dozda ilaç verilebilir.

(2) Kanser tedavisinde kullanılacak hormonlar ve hormon antagonistleri ile maligniteye bağlı metastatik olgularda kullanılan yardımcı ilaçlar, tedavi protokolünü gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak 3 aylık dozlarda verilebilir. (Tebliğde bu ilaçlar için ayrıca bulunan düzenlemeler saklıdır.)

(3) Kanser tedavisinde endikasyon dışı ilaç kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil diğer tedavileri de gösteren tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu aranır (SUT'un 6.2.14.A numaralı maddesinde belirtilen etken maddeler hariç)

6.2.14.A- Tedavi protokolünü gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılacak ilaçlar;

(1) Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksiüre, karboplatin, karmustin, klorambusil, lomustin, metotreksat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, tamoksifen, vinblastin, vinkristin.

6.2.14.B- Üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlar;

(1) Amifostin, anastrazol, bikalutamid, buserelin, dosetaksel, eksemestan, filgrastim, flutamid, gempitabin, goserelin, ibandronik Asit, interferon alfa 2a-2b, irinotekan, kapesitabin, klodronat, lenograstim, letrozol, löprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, oksaliplatin, paklitaksel, pamidronat, pemetreksed, siproteron asetat, tegafur-urasil, topotekan, triptorelin asetat, vinorelbin, (Vinorelbin tartaratın oral formları, kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla kullanılır) zolendronik asit

6.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(1) Bevacizumab, erlotinib, fotemustin, FUDR, gefinitib, İnterleukin-2, octreotid, lanreotid, raltidreksed, setuksimab, streptozosin; Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak 2 nci ve 3 üncü basamak sağlık tesislerinde tüm uzman hekimlerce reçete edilir

(2) Tioguanin, tiotepa, Bortezomib, talidomid, kladribin, anagrelid, idarubisin, pentostatin, lipozomal doksorubisin, fludarabin, tretinoin; Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak 2. ve 3. basamak sağlık tesislerinde tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

(3) Bu fıkırdaki belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, (patoloji veya sitolojik inceleme yapılmamış ise teşhise esas teşkil eden bilgiler içeren bir epikriz) evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

a) Trastuzumab; HER- 2 immünhistokimya ile +3 veya FISH/CISH (+) olan hastalarda;

1- Metastatik meme kanseri tedavisinde, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır.

2- Erken evre meme kanseri endikasyonunda ise tedavi süresi 9 haftadır.

3- Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak 2. ve 3. basamak sağlık tesislerindeki uzman hekimlerce reçete edilir.

b) Alemtuzumab;

1- Kemik iliği tutulumu gösterir biyopsi sonucuyla, yeterli doz ve sürede alkilleyici ajanlar alan ve fludarabin fosfat kürlerini tamamlayan yada fludarabin temelli kombinasyon rejimlerine kesin olarak dirençli hale gelmiş (Evre III veya Evre IV Kronik Lenfoid Lösemi-KLL) hastalarda; bu durumların belirtildiği hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

2- Sekiz haftalık tedaviyle cevap alınması durumunda; bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedavi on iki haftaya kadar uzatılabilir. Cevap alınmaması durumunda ise tedavi sekiz haftayla sınırlandırılır.

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

ç) Fulvestrant;

1- Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak 2. ve 3. basamak sağlık tesislerinde genel cerrahi veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince reçete edilir.

2- Doğal veya yapay postmenapozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden [öncelikle tamoksifen, sonra aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozole, exemestane,

letrozole) kullanıldıktan] sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, hazırlanan raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.

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

e) İmiquimod; Yüzeysel bazal hücreli karsinom tedavisinde, tıbbi onkoloji veya cilt hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. (Yalnızca bu madde kapsamında ödenir.)

f) Rituksimab;

1- 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; yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

2- Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisi konmuş hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemiş evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanımı endikedir.

3- Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanılabilir.

4- Foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada; rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen (daha önce aynı tedaviye yanıt vermiş olduğu için kombinasyon kemoterapisi olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. İndüksiyon tedavisine yanıt vermiş (en fazla 8 kür kullanılmış) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.

5- CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar geri ödenir.

g) Temozolomid; Radyoterapi ile birlikte ve/veya tek başına kullanımında tıbbi onkoloji veya radyasyon onkolojisi, uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak 2. ve 3. basamak sağlık tesislerindeki tüm uzman hekimlerce, reçete edilebilir.

ğ) 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.

h) Azasitidin;

1- Kemik iliği blast oranının %5 in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer (1er) aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.

2- Azasitidini 4 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50 den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5 in üstünde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 3 ay daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.

ı) Dasatinib ve Nilotinib; Sağlık Bakanlığınca 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 ve Nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.)

i) Sunitinib;

1- 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.

2- Temsirolimus ve Sunitinib ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz

j) 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. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu uzman hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak 2. ve 3. basamak sağlık tesislerindeki tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

k) Temsirolimus; Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, aşağıdaki 6 kriterden en az üç tanesinin bulunduğu kötü 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 sınırından düşük olması,
- 3- Düzeltilmiş kalsiyum düzeyinin 10mg/dl nin üzerinde olması,
- 4- Tanıdan itibaren sistemik tedavinin başlangıcına kadar geçen sürenin 1 yıldan az olması,
- 5- Performans durumu ECOG' a göre 2 ve üzerinde olması,
- 6- İki ya da daha fazla organ metastazının bulunması,

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.

7- Temsirolimus ve Sunitinib ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

(4) 6.2.14.C maddesinde yer alan ilaçlardan jinekolojik malignite tedavisinde endikasyonu bulunanlar, 3. basamak sağlık tesislerindeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak da bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.14.Ç- Yukarıda isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen ilaçların kanser tedavisinde kullanım esasları

(1) Yukarıda isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen ilaçların kanser tedavisinde kullanımında; Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

6.2.15. Klopidogrel, Silostazol ve İvabradin Kullanım İlkeleri

6.2.15.A- Klopidogrel;

(1) 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 doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmez 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 edilebilir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra bir defaya mahsus olmak ve 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz da reçete edilebilir.

(3) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan ve gastrointestinal intoleransı olduğu raporda belirtilen hastalarda, kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.

(4) Girişimsel periferik veya serebral işlemler sonucu, intrakraniyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kaplı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) yerleştirilen hastalarda kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji işlemi 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 edilebilir.

6.2.15.B- Silostazol;

(1) 1. İleri evre periferik arter hastalığı olup (Doppler veya Anjiyografik olarak hastalığı tespit edilmiş ve klas 3 veya klas 4 semptomları olan) operasyon yapılamayan hastalarda; 2. doppler veya anjiyografi ile periferik arter hastalığı tespit edilmiş olan ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle operasyonu yüksek riskli olan hastalarda; kalp damar cerrahi uzman hekiminin bulunması koşuluyla, kardiyoloji uzmanı yada genel cerrahi uzman hekimlerinden de en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu hekimlerce veya iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimlerince reçete edilebilir.

6.2.15.C- İvabradin;

(1) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen asemptomatik solventriküler disfonksiyonu (LVEF<45 in) bulunan hastalar için en az bir kardiyoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kardiyoloji uzmanı veya dahiliye uzmanı tarafından reçete edilebilir.

6.2.16. Doğuştan Metabolik Hastalıklar ile Çölyak Hastalığı

6.2.16.A- Doğuştan metabolik hastalıklar ile Çölyak hastalığında;

(1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek

İlaçlar Listesi” ne ve “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis, İnek Sütü Alerjisi ve Çölyak Hastalığı) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi” ne 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 gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar için, yukarıdaki hekimlere ek olarak çocuk alerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerince de rapor düzenlenerek tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları- üre siklus bozuklukları- organik asidemiler), (1) numaralı fıkrada 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;

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

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

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

ç) 15 yaş üstü için: 4 kg.1 un, 3 kg.1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi) olmak üzere toplam 7 kg, olacak şekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir.

(3) Bu ürünler; çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(4) Çölyak hastalığında; özel formüllü un ve özel formüllü un içeren ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); Gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

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

b) 5-15 yaş için: 3.5 kg 1 un, 2.5 kg 1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi), 250 gramı çikolata, gofret vb olmak üzere toplam 6250 gr.;

c) 15 yaş üstü için: 4.5 kg 1 un, 2.5 kg 1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi) olmak üzere toplam 7 kg olacak şekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

(5) Unun 1 kg'ı için ödenecek tutar 5 TL'nı geçemez.

(6) Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığı için düzenlenecek uzman hekim raporunda, bir ayda kullanılacak un ve ürün için ayrı ayrı olmak üzere en fazla miktar ve kullanım süresi belirtilir. Bu ürünler en fazla üçer aylık dozlar halinde raporda belirtilen kullanım süresi ve miktarlara uygun olarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(7)Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis, İnek Sütü Alerjisi ve Çölyak Hastalığı) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi” nde belirtilmiş olup, bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumca karşılanmaz.

6.2.17. Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve Paget Hastalığında İlaç Kullanım İlkeleri

6.2.17.A- Osteoporoz

(1) 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.

(2) 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.

(3) 75 yaş ve üzerindeki hastalar ile raporunda osteoporotik patolojik kalça kırığı belirtilen hastalarda KMY ölçümü şartı aranmaz.

(4) Bu ilaçlar;

a) Patolojik kırığı olan hastalarda lomber bölgeden posteroanterior yapılan 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,

b) 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,

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

ç) Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn Hastalığı veya Ülseratif Kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nevroza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı olan, kanser tedavisi alan, 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.

(5) Bifosfanat grubu ilaçlar; İç hastalıkları, FTR, Ortopedi ve travmatoloji, Romatoloji, Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(6) Stronsiyum ranelat ve raloksifen; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda bu durumun, İç 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.

(7) Kalsitonin, ağrılı vertebral kırığı bulunan osteoporozlu hastalarda bu durumun, İç hastalıkları, FTR, Romatoloji, Ortopedi ve travmatoloji, Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde her ağrılı vertebral kırık durumunda en fazla 3 aylık tedavi dozu verilmesi koşulu ile bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(8) Kalsitonin, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde; ağrılı vertebral kırığı bulunmayan osteoporozlu ve bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda, bu durumun iç hastalıkları, FTR, Ortopedi ve travmatoloji, Romatoloji, Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu uzmanlarca reçete edilerek kullanılabilir.

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

6.2.17.B- Sudek atrofi (Algonörodistrofi)

(1) Kalsitonin bu endikasyonda tanı konulduktan sonraki ilk altı ay süresince FTR veya Ortopedi ve travmatoloji veya Romatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Bu sürenin üstündeki kullanımı ödenmez.

6.2.17.C- Juvenil osteoporoz

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

6.2.17.D- Paget hastalığı

(1) Endokrinoloji uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.

6.2.17.E- Osteoporozda Teriparatid kullanımı: Teriparatid: (65 yaş üstü kadınlarda; T skoru -4 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6ay süreli Endokrinoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji uzmanının bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir.)

6.2.18. Orlistat ve Sibutramin Etken Maddesi İçeren İlaçların Kullanım İlkeleri

(1) Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenen en fazla üç ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır.

(2) Daha önce dört ardışık hafta boyunca yalnızca diyetle en az 2,5 kg.lık bir kilo kaybı ve obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) ≥ 40 kg/m² olmalıdır.

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

(4) Tedavinin 12 haftası sonunda hastalarda başlangıçtaki vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmesi halinde tedavinin devamına karar verilirse, yeni bir rapor daha düzenlenerek tedavi üçer aylık sürelerle uzatılabilecektir. 12 hafta sonunda vücut ağırlığının en az %5'inin kaybolmaması halinde tedavi kesilecektir. Bu etkin maddelerin kullanımları hastanın hayatı boyunca her şartta 2 yılı geçmeyecektir.

(5) Bu grup ilaçlardan aynı anda sadece biri kullanılacaktır.

6.2.19. Migrende İlaç Kullanım İlkeleri

(1) Triptanlar, nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. 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.

(2) Topiramate tedavisine, diğer profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda nöroloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporunda bu husus belirtilerek nöroloji uzman hekimince başlanır.

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

6.2.20. Palivizumab Kullanım İlkeleri

(1) Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatın; çocuk kardiyo­loji, neonatoloji (yenidoğan), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak yatarak tedavilerde bu uzman hekimler tarafından, bu uzman hekimlerden hiç birinin bulunmadığı illerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda belirtilen koşullarda kullanılabilir.

(2) 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) 12 aylıktan küçük;

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

2- Siyanotik doğuştan kalp hastalıkları olan bebeklerde,

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

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

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

6- Hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomyopati­li bebeklerde.

ç) 12-24 ay arası;

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

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

3- Hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomyopati­li bebeklerde,

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

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

6.2.21. Anagrelid Kullanım İlkeleri

(1) 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, hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçete edilebilir.

6.2.22. Aktive Protein C Kullanım İlkeleri

(1) Yoğun bakım ünitelerinde, anestezi ve reanimasyon, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, genel cerrahi hekimlerinden en az üçünün onayının bulunduğu, en az iki organ yetmezliği gelişmiş ağır sepsis hastalarının tedavisinde, ilk 48 saat içerisinde, hastalığın 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 kullanıldığının belirtilmesi gereklidir.

6.2.23. Amfoterisin-B, Kaspofungin, Vorikonazol, Itrakonazol (İnfüzyon Ve Solüsyon) Kullanım İlkeleri

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

(2) Klasik amfoterisin-B'ye alerjik reaksiyon gösterdiğinin uzman hekim raporu ile belgelenmesi yada hastanın karaciğer veya böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk olduğunun belgelenmesi halinde raporda belirtilen lipozomal veya lipid kompleks veya kolloidal dispersiyon amfoterisin-B veya kaspofungin veya vorikanazol veya Itrakonazol (infüzyon) kullanılabilir.

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

(4) Itrakonazol Solüsyon;

a) HIV pozitif veya bağışıklığı bozulan hastalardaki flukonazole dirençli özofajiyal kandidozun tedavisinde

kullanılır.

b) Hematolojik malignitesi olan veya Allojenik Kemik İliği 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) kullanılır.

c) Hematoloji, onkoloji, enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca reçete edilmek kaydı ile kullanılabilir.

ç) Itrakanzol'un oral formları (Solüsyon formları hariç), Ek-2/A Listesinin 10.5 inci maddesinde belirtildiği şekilde reçetelenebilir.

6.2.24. Solunum Sistemi Hastalıkları İlaçları Kullanım İlkeleri

(1) Bu grup ilaçların ayaktan tedavide kullanımı aşağıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

6.2.24.A- Astım tedavisinde

(1) Formeterol, salmeterol ve kombinasyonları, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

(2) Montelukast, zafirlukast, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve alerji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

6.2.24.B- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde

(1) 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 de reçete edilebilir.

(2) 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 de reçete edilebilir.

6.2.24.C- Mevsimsel alerjik rinit tedavisinde

(1) 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 de reçete edilebilir.

6.2.24.Ç- Mevsimsel veya yıl boyu devam eden alerjik rinit tedavisinde

(1) Nasal kortikosteroid preparatları; 2-5 yaş grubu hastalarda (2 ve 5 yaş grubu dahil), yalnızca Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Alerji, Klinik İmmünoloji veya KBB Hastalıkları Uzmanları tarafından reçete edilir.

6.2.25. Antiepileptik İlaçların Kullanım İlkeleri

(1) Yeni nesil antiepileptikler (Lamotrigin, topiramet, vigabatrin, levitirasetam gabapentin, gibi) nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk sağlığı ve hastalıkları, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım dozu ve süresini belirten uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

(2) Pregabalin ve zonisamit, nöroloji uzmanı tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Pregabalin, yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda ödenmez

6.2.26. Levosimendan kullanım ilkeleri

(1) İnvaziv hemodinamik monitörizasyon yapılabildiği yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar için veya akut kalp yetmezliği, dekompanse kalp yetmezliğinin akut dönemindeki yatan hastalar için; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon, iç hastalıkları ile acil uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve bu durumlarını belirtir uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/ reçeteye yazılabilir.

6.2.27. Faktör ve Diğer Kan Ürünlerinin Reçete Edilme İlkeleri

6.2.27.A- Faktörler

(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından;

a) Akut kanaması olduğu durumlarda ya da cerrahi girişimler öncesi,

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

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

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

belirtilmesi koşuluyla hastanın tedavisi sağlanacaktır. Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç yazılarak hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir.

(4) FaktörVIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini (glanzmann trombastenisi hariç), inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; klinik şartlarda prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar uzman hekim tarafından reçete edilebilir.

6.2.27.B- Anti Rh kullanım ilkeleri

(1) Doğum sonu, düşük veya küretaj sonrası ve antenatal kullanımda; anne ve babanın kan gruplarının hasta dosyasında yer alması gerekmektedir.

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

(3) Idiopatik (İmmün) trombositopenide (ITP); İntravenöz formu Rh pozitif ve splenektomisiz hastalarda hematoloji uzman hekimince düzenlenen doz ve kullanım süresi belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.27.C- Antitrombin III kullanım ilkeleri

(1) İlacın günlük kullanım dozu ve süresini belirten hematoloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda reçete edilebilir.

(2) Yeniden kullanımı gerektiğinde bir önce verilen ilacın kullanıldığının yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ve bu raporda günlük kullanım dozu ve süresinin kayıtlı olması gereklidir.

6.2.27.Ç- Human albumin kullanım ilkeleri

(1) 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 belirtilir.

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli 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.

(3) Plazmaferezde ve karaciğer nakli yapılmış hastalarda kan albümin düzeyi şartı aranmaz.

6.2.27.D- Hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu

(1) Bu maddede yer alan faktörler ile diğer kan ürünlerinin reçete edilmesinde SUT'un faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu maddesinde belirtilen koşullara da uyulacaktır.

6.2.28. Lipid Düşürücü İlaçların Kullanım İlkeleri

(1) Aşağıda belirtilen hastalıklardan birini gösteren sağlık raporuna istinaden,

6.2.28.A- Statinler ve statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar

(1) Daha önce ilaç kullanmayan hastalarda;

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 ve 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; uzman hekim raporuna dayanılarak kullanılmaya başlanır.

b) Uzman hekim 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. Tedaviye başlamaya esas olan ilk uzman hekim raporuna bu rapor öncesi son 6 ay içinde yapılmış, kan lipid düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren tetkik eklenir.

(2) Bu grup ilaçlar, 1x1 dozda reçete edilebilir.

(3) Bu grup ilaçlar, bu maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde belirtilen durumlarda, son 6 ayda yapılan tetkik sonucunun, yazılacak her reçeteye eklenmesi kaydı ile tüm hekimler tarafından 1x1 dozda raporsuz olarak reçete edilebilir. Bu hastalarda, LDL düzeyi 100 mg/dl'nin altına veya trigliserid düzeyi 200 mg/dl'nin altına düşükten sonra reçete edildiğinde bedeli ödenmez.

(4) Rosuvastatin etken maddesini 40 mg dozda içeren preparatlar, yalnızca kardiyoloji ve endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.28.B- Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dâhil)

(1) 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 edilebilir.

(2) Karaciğer enzimlerinden en az birinin (AST/SGOT yada ALT/SGPT) normal değer aralığının üst sınırının en az 3 kat üstüne çıkması yada Kreatin fosfokinaz düzeylerinin normal aralığının üst katının en az 2 kat üzerine çıkması durumlarında, bu nedenlerden dolayı statin kullanılmadığının belgelenmesi koşuluyla; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji yada kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.28.C- Niasin

(1) 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 endokrinoloji, dahiliye veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından yada bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.28.Ç- Raporlu hastalarda raporun yenilenmesi

(1) 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 uygunsu önceki rapora ait bilgilere gerek olmadan ilgili ilaçların 1X1 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

6.2.28.D- Tetkik sonuçları

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

6.2.29. Kadın Cinsiyet Hormonları Kullanım İlkeleri

(1) Bu grup ilaçların bütün formlarından; östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar (östradiol yada konjüge östrojen ve progesteron kombinasyonları, yalnız östrojen içerenler ve tibolon içerenler) ile progesteronlar; endokrinoloji, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.30. Pulmoner Hipertansiyonda Iloprost Trometamol (İnhaler Formu), Bosentan ve Sildenafil Kullanım İlkeleri

(1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NHYA sınıf III veya IV olması,

b) Vazoreaktivite testinin başarısız (etkisiz) olması,

c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması, gerekmektedir.

(2) Üçüncü ay kontrolünde PAB (Pulmoner arteriyel basınç)'ta azalma olmaması (PAB'in değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde tedavi sonlandırılmalıdır.

(3) Uygulanacak tedavi 3'er aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar doğrultusunda sağlık kurulu raporunda belgelenecektir.

(4) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilir.

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

6.2.31. Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde Ribavirin Kullanım İlkeleri

(1) Kırım Kongo kanamalı ateşinde ribavirin, enfeksiyon hastalıkları, çocuk sağlığı hastalıkları veya dahiliye uzman hekimince veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

6.2.32. Non-İyonik Radyo Opak Maddeler

(1) 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 hekim tarafından reçete düzenlenir ve reçeteye radyo-opak madde ve yapılacak tetkikin ne olduğu açıkça yazılır. 50 ml.yi aşan dozda non-iyonik radyo-opak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılma gerekçesinin reçeteye yazılması gerekir. Söz konusu maddelerin, resmi sağlık kurumlarınca temin edilerek fatura edilmesi halinde reçete aranmaz.

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

6.2.33. Makula Dejenerasyonunda Kullanılan İlaçların Kullanım İlkeleri

(1) Pegaptanib Sodyum, Ranibizumab ve Vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; 3. 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 reçetelenecek uygulanır. Ömür boyu; pegaptanib sodyum her bir göz için en fazla 7 enjeksiyon, ranibizumab her bir göz için en fazla 3 enjeksiyon uygulanabilir. (Bu grup ilaçlar ardışık yada kombine olarak kullanılamayacaktır. Bu grup ilaçlar yalnızca ayaktan tedavi kapsamında ödenir.)

6.2.34. Multipl Skleroz Hastalığında Beta İnterferon ve Copolymer-L Kullanım İlkeleri

(1) Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-l ilaç bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için; disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0 - 5,5 arasında ve 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.

6.2.35. Nöropatik Ağrı İlaç Kullanım İlkeleri

(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Pregabalin; üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(3) Duloksetin; diyabetik periferik nöropatik ağrı tedavisinde; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) Alfa Lipoik Asit; periferik diyabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

6.2.36. Parkinson İlaçları Kullanım İlkeleri

(1) Apomorfin, kabergolin, entakapon ve kombinasyonları, rasajilin, pergolid mezilat, pramipexol hidroklorür, bormaprin hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; Nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(2) Tolkapon; entakaponun etkisiz kaldığı veya direnç geliştiği vakalarda; üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, bu durumun belirtildiği nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla 1 aylık ilaç miktarında reçete edilir.

(3) Amantadin sülfat; parkinson hastalığının tedavisi ile ilaçlara bağlı oluşmuş extrapiramidal reaksiyonların tedavisinde (tremor, rijidite, hipo veya akinezi), nöroloji uzman hekimi veya bu uzman hekimin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile tüm hekimlerce reçete edilir.

6.2.37. Akromegalide İlaç Kullanım İlkeleri

6.2.37.A- Pegvisomant:

(1) 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.

(2) 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.

(3) Düzenlenen raporlarda; yaşa uygun IGF-1 referans aralığı ve hastanın sonuç değeri, varsa bir önceki raporun tarih-sayısı ile kaçınıcı rapor olduğu belirtilecektir.

(4) İdame tedavisinde yine IGF-1 kontrolü yapılarak yaşa uygun IGF-1 referans aralığı ve hastanın sonuç değerinin belirtildiği en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporu 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 da belirtilecektir.

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

6.2.37.B- Oktreotid ve lanreotid

(1) Akromegali tedavisinde endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma veya nöroşirürji uzman hekimlerince reçete edilir.

6.2.38. Diyabet Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri

(1) Metformin, sulfonilüreler, akarboz ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Repaglinid ve Nateglinid; endokrinoloji, iç hastalıkları, kardiyoloji ve aile hekimliği uzman hekimlerince

veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(3) Analog insülinler, Rosiglitazon ve Pioglitazon; endokrinoloji, iç hastalıkları, ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Rosiglitazon ve Pioglitazon insülin ile kombine olarak yalnızca endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(4) DPP-4 Antagonistleri (Sitagliptin) ve oral antidiyabetiklerin kombine preparatları; endokrinoloji uzman hekimlerince ya da bu uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce; üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde ise iç hastalıkları uzman hekimlerince ya da bu uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

6.3. Yurtdışından İlaç Getirilmesi

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için gerekli görülen ve yurt içinden sağlanması mümkün olmayan ilaçların (yurt içinde bulunmadığı ve kullanılmasının zorunlu olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanarak ilaç teminine izin verildiği takdirde) yurt dışından temini mümkündür.

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

(3) Yurt dışından ilaç getirilmesi için, Türk Eczacıları Birliği (TEB) ile Kurum arasında protokol yapılabilir. Bu protokol haricinde, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin kendi imkânları ile Sağlık Bakanlığının ilaç temin iznine dayanarak yurt dışından temin ettikleri ilaçların bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilacın bedeli, aynı ilacın Kuruma mal oluş bedelinden fazla olamaz.

(4) Bu ilaçlardan SUT eki EK-2 Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

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

(6) Onkoloji ilaçları en fazla 90 gündeki kür sayısı kadar dozda ve SUT'un 6.2.14 numaralı maddesi doğrultusunda reçetelenir.

(7) Sağlık Bakanlığının izni ile yurt dışından temin edilerek tedavide kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması durumunda; "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" ne giriş talebinden itibaren, "Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" gereği talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi ve bu reçetelerin Sağlık 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 ilaçların temin edilmesinde SUT'un 6.5.2. maddesinin (1) fıkrasında belirtilen dört iş günlük süre aranmaz. Bu ilaçlardan SUT eki EK-2 Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz

(8) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca, fiyat artışı olması nedeni ile fiyatları güncellenen ve ithal ilaç provizyon sisteminde kaydı bulunmayan ilaçların onaylanan fiyatları "Yurtdışı İlaç Fiyat Listesi" (EK-2/G) Listesinde belirtilmiştir.

6.4. İlaçlarda Uygulanacak İndirim Oranları ve Eşdeğer İlaç Uygulaması

6.4.1. Uygulanacak İndirim Oranları

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

(2) 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.

(3) 20 yıllık olarak belirlenmiş ilaçlardan depocuya satış fiyatı 6,79 TL'nin üzerinde olan ilaçlara referans fiyatına kadar %23 (baz iskonto %11+%12 birlikte) iskonto uygulanacaktır.

(4) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlar için iskonto %23 (baz iskonto %11+%12 birlikte) olarak uygulanacaktır.

(5) 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.

(6) 20 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 bu maddenin (3), (4) ve (5) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(7) Piyasaya verilecek mevcut "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünün "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" ne kabulü halinde, giriş iskontosu, 1 yıl süre ile bütçe disiplini açısından uygulanacak orta vadeli mali programın kapsamındaki ilave iskontolardan muaf tutulur.

(8) 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 Bakanlığının tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" şeklinde tanımlanan ürünlere,

depocu satış fiyatı üzerinden “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” nde gösterilen imalatçı/ ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

6.4.2. Eşdeğer İlaç Uygulaması

(1) 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.

(2) Eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilir aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin % 15 fazlasına kadar dikkate alınacaktır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabılır 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 giderilmesinde “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” yetkilidir.

(3) Bu esaslara göre belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde;

a) SUT’un 6.4.1 numaralı 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.

ç) Bulunan en ucuz fiyata %15 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.

d) 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.

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

6.5. Eczanelerden İlaç Temini

6.5.1. Kişilerin Acil Durumlarda Sözleşmesiz Eczanelerden Temin Ettikleri İlaç Bedelinin Ödenmesi

(1) Reçete edilen ilaçlar, Kurumla sözleşme yapan eczanelerden temin edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) Acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan eczanelerden temin edilen ilaçların bedelleri Kurumca karşılanmaz. Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz eczanelerden acil haller nedeniyle temin ettikleri ilaç bedelleri acil halin Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır. Bu şekilde temin edilen ilacın/ ilaçların, SUT’un 6.4 numaralı maddesinde belirtildiği şekilde kamu iskontosu ile %4,5 eczacı indirimi ve hasta katılım payı 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.

(3) Kurum ilaç ödemesinde, ilacın veriliş tarihindeki perakende satış fiyatları esas alınır.

6.5.2. Reçetelerin Geçerli Olduğu Süre

(1) İlaçlar reçetenin tanzim tarihinden itibaren dört iş günü içinde sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir. Bu sürenin dışındaki müracaatlarda reçete muhteviyatı ilaçlar eczanece verilmeyecektir.

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

6.5.3. İlaç Bedellerinin Ödenmesi

(1) Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedelleri SUT hükümlerine uyulmak kaydıyla Kurum tarafından karşılanır.

(2) Ayakta yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, ilaç kurum indirimi, eczane tarafından yapılan indirim ile birlikte hasta katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarlar kurum tarafından ödenecektir.

6.5.4. İlaç Takip Sistemi

(1) Sağlık Bakanlığı İlaç Takip Sistemine kayıt edilmiş karekodlu ilaçların Kuruma fatura edilmesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre işlem yapılacaktır.

6.6. Kan ve Kan Bileşenlerinin Temini ve Bedelinin Ödenmesi

(1) 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.

(2) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hastalar için hekimler tarafından gerekli görülen kan ve kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.), Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış kan hizmet birimleri ile Kızılay’a ait kan birimi bulunan yerlerde, bu birimlerden temin edilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hastalara kan temin ettirilmeyecektir. Sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilmesi zorunlu olduğu halde temin edilmeyerek hastaya aldırılan kan ve kan bileşenlerine ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sağlık

kurum ve kuruluşlarından mahsup edilir.

(3) SUT eki EK-8 Listesi üzerinden faturalandırılan tedaviler için kullanılması gerekli görülen ve sağlık kurumlarınca temin edilen kan ve kan bileşenlerinin bedelleri, epikrizde kan bileşeninin adı, sayısı, ünite numaralarının belirtilmesi kaydıyla, SUT eki EK-8 Listesi puanları esas alınarak Kurumca sağlık kurum ve kuruluşuna ödenir.

(4) SUT eki EK-9 Listesi kapsamında yer alan işlemler için sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan kan ve kan bileşenleri, Tanıya Dayalı İşlem puanlarına dâhil olduğundan Kuruma fatura edilemez.

6.7. Faktör ve Diğer Kan Ürünlerinin Reçete Edilmesi ve Hemofili Hastalarının Bildirim Zorunluluğu

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

(2) Hemofili hastaları bildirim formu, eksiksiz olarak doldurulacaktır.

(3) Hemofili hastaları için en az bir hematoloji uzman hekiminin imzasının da bulunduğu sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Hemofili hastaları için düzenlenen sağlık kurulu raporlarında, faktör düzeyleri ve hematoloji uzman hekimi ibaresi mutlaka belirtilecektir. Hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde sağlık kurul raporu üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir.

(4) 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.

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

(6) Kan ürünü reçeteleri, ilgili birimlerden alınacak sağlık kurulu raporlarına bağlı olarak uzman hekimler tarafından yazılabilecektir. Ancak, acil hallerde kullanılması zorunlu olan ürünlerden yalnız tetanos ve anti D immünglobulinleri için sağlık kurulu raporu ve mor reçete şartı aranmayacaktır. Hastanelerde yatan hastalarda; faktör dışındaki kan ürünleri için sağlık kurulu raporu gerekli değildir. Yeterli uzman hekimi olmayan yerlerde, çıkan vakalara vaktinde müdahale edilebilmesi için yalnız kuduz ve tetanos immünglobulinleri pratisyen hekim tarafından da kan ürünleri reçetesine yazılabilir.

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

(8) Hemofili takip karnesini alamadan herhangi bir nedenle hastalanmış olanların ilaçları, ilgili uzman hekimler 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.

(9) Kan ürünü veren eczaneler, reçetelerin ilk nüshası ile birlikte reçete bilgilerini de içeren "Hemofili Reçete Formunu" ve "Kan Ürünleri Reçete Formunu" doldurarak her ay İl Sağlık Müdürlüklerine gönderecektir.

(10) İl sağlık müdürlükleri, eczanelerin gönderdiği form ve beraberindeki reçeteleri kontrol ettikten sonra, tüm formları birleştirerek tek bir form halinde Sağlık Bakanlığına gönderecektir.

(11) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

7. TIBBİ MALZEME TEMİNİ VE ÖDEME ESASLARI

(1) Ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, basit sıhhi sarf ve iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri tıbbi malzeme kapsamında değerlendirilir.

7.1. Tıbbi Malzeme Temin Esasları

(1) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (EK 5/C listesinde yer alan protez ve ortezler ve Kurumca iade alınan cihazlar hariç), sağlık kurumu tarafından temin edilmek zorundadır.

(2) SUT eki "Sağlık Kurumları Puan Listesi" nde (EK-8) yer alan birim puanlar "basit sıhhi sarf malzemeleri" dâhil olarak tespit edildiğinden, SUT eki "Bedeli Ödenmeyecek Basit Sıhhi Sarf Malzemesi Listesi" nde (EK-5/B) yer alan tıbbi malzemeler, hiç bir şekilde hastalara alınamaz ve sağlık kurumu faturalarında ayrıca gösterilemez.

(3) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzemeler; SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. Kuruma fatura edilen tıbbi malzemelerden TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzeme bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesinde; Kurum TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz. TİTUBB kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör firmalarca bayilerinin de TİTUBB'da tanımlanmış olmalıdır. Bir malzemenin TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olması o malzemenin Kurumca ödenmesi için tek başına yeterli değildir.

(4) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarınınca, temin edilen tıbbi malzemelerin TİTUBB kayıt numarası MEDULA sistemine kaydedilecektir.

(5) Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurumları, temin ettikleri tıbbi malzemeler için 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 19 uncu, 20 inci, 21 inci ve 22 inci maddesinde belirtilen ihale usulleri ve doğrudan temin alımları da dâhil olmak üzere yaptıkları alımların; ihale kayıt numarası (İKN) (doğrudan temin alımları hariç), TİTUBB kayıt numarası KDV hariç alış fiyatı, adet, tarih, hastane kodu ve firma bilgisi vb. bilgileri Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranına eksiksiz ve düzenli olarak girmek zorundadırlar. Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranına girmeyen sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınınca tıbbi malzeme bedelleri, İhale Sonuç Formu Ekranına eksiksiz ve düzenli olarak girilinceye kadar Kurumca ödenmez.

(6) Kurumca bedeli karşılanan Tıbbi Malzemelerin kaybolması veya çalınması halinde Kurumca yenisinin bedeli karşılanmaz.

(7) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarınınca temin edilerek hastalara kullanılan malzemeler için; TİTUBB kayıt/ bildiriminde tanımlı barkod numara bilgisi, hasta güvenliği açısından, hasta işlem dosyalarında muhafaza edilir. Kurumca gerekli görüldüğü hallerde ibrazı zorunludur.

(8) Kurum ile sözleşmeli sağlık kurumlarınınca temini zorunlu olmayan tıbbi malzemelerin reçete edilmek suretiyle sağlık kurumu dışından temini için, sağlık kurulu raporu düzenlenmesi zorunlu olup, rapora istinaden reçete edilir. Ancak SUT veya eki listelerde uzman hekim raporu ile verilebileceği belirtilen tıbbi malzemeler için sağlık kurulu raporu şartı aranmaz.

(9) Tıbbi malzeme teminine ilişkin sağlık raporları (SUT'ta geçerlilik süreleri ayrıca belirtilen sağlık raporları hariç) en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.

(10) Hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin bakım ve onarım masraflarından, garanti kapsamı süresi içinde hastanın kusuru olmaksızın oluşan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında hastanın kusuru olmaksızın oluşan masraflar, hasta kusurunun olmadığı ve bakım ve onarımın gerektiğinin Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından karşılanır. Kurum ihtiyaç duyduğunda bu tespiti teknik servis raporu veya hekim raporu ile de yapabilir. Hastanın kusuru hallerinde ise söz konusu masraflar hasta tarafından karşılanacaktır. Bu madde kapsamındaki tıbbi malzemelerin, garanti süresi bitiminden kullanım miatlarının sonuna kadar servis hizmeti verebileceğinin yüklenici firmalarca taahhüt edilmelidir.

(11) Miatlı tıbbi malzemelerin yenileme süreleri SUT'un (7.3) numaralı maddesinin ilgili alt maddelerinde belirtilmiş olup EK-5/C'de yer alan protez ve ortezler için yenilenme süresi her bir malzeme için ayrı ayrı olacak şekilde belirtilmiştir. Bu sürelerden önce söz konusu tıbbi malzemeler yenilenmez. Ancak, büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen miatlı tıbbi malzemeler, malzemenin çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenir. Ayrıca erişkinlerde ise malzemenin bakım ve onarımı mümkün olmaması halinde, kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla, süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenir.

(12) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/ protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler fark alınmaksızın ve kısıtlama (süre vb.) getirilmeksizin Kurumca karşılanır.

(13) Tıbbi malzemelerin yenilenmesi için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında önceden verilen protez ve ortezin yenilenmesi gerektiğinin gerekçeleriyle birlikte belirtilmelidir. Kurumca temin edilen ortez ve protezlerin gerek kullanım sürelerinin dolması, gerekse sağlık kurulu raporu ile yenilenmesinin gerektiği durumlarda düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında daha önce kullanılan protez ve ortezin belirtilmesi gerekmektedir.

(14) SUT'ta günlük/ haftalık/ aylık vb. olarak reçetelendirilebilecek adet miktarları belirtilen tıbbi malzemelerin, belirtilen miktarlardan fazla reçete edilmesi ve hastalar tarafından fatura karşılığı temin edilmesi durumunda, SUT'da belirtilen adet miktarları doğrultusunda Kurumca bedelleri karşılanacaktır.

(15) Mücbir sebeplere bağlı olarak protez-ortezlerin kullanılmayacağı belgelendirilmesi halinde, Kurumun da uygun görmesi durumunda süreye bakılmaksızın yenilenir.

(16) Hastanelerce demirbaş olarak kullanılan malzemelerin ve bunlara ait sarf malzemelerinin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(17) Tıbbi malzemelerin şahıs ödenmesine ilişkin fatura ve ekli belgeler;

a) Reçete

b) Sağlık raporu aslı (sürekli kullanım arz eden malzemelerde raporun onaylı sureti)

c) Fatura ve faturada TİTUBB kodu, varsa SUT kodu,

ç) Fatura arkasında reçeteyi yazan hekim tarafından reçetede yazan malzemenin (eksternal protez ve ortezler için) hasta üzerinde uygulandığının görüldüğü ve uygunluğunun belirtilerek onaylanması. (tıbbi uygunluk gerektirmeyen tıbbi malzemeler hariç)

(18) Viskosüplemantasyon ürünleri, Chondrotissue Bioabsorbable İmplant, İnflow kateter, Korneal Ring, İmplantable Loop Recorder, Pelvik Taban Kas Çalıştırıcı cihazlar ve İlaçlı Stent bedelleri Kurumca ödenmez.

(19) Tıbbi Malzeme reçete tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 5 (beş) iş günü olmalıdır. Ancak kişiye özel ısmarlama olan tıbbi malzemelerde bu süre aranmaz.

(20) Kullanımı sağlık raporuna bağlı tıbbi malzeme için düzenlenecek reçetelere ait aslı gibidir onayı yapılmış rapor fotokopisi, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. "Aslı gibidir" onayı, raporu düzenleyen sağlık kurumu veya reçeteyi düzenleyen hekim tarafından veya SGK İl Müdürlükleri yetkililerince yapılacaktır. Fatura arkasında hastanın kendisinin veya yakınının kendi el yazısı ile teslim aldığına dair "teslim aldım" ibaresi, TC kimlik numarası, adı, soyadı, imzası bulunmalıdır.

(21) Kurumca bedeli karşılanacak Omurga Cerrahisi ile Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplasti alan grubunda kullanılan tıbbi malzemeler; SUT eki "Kurumca Bedeli Karşılanan Omurga Cerrahisinde Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi" (EK-5/E) ile "Kurumca Bedeli Karşılanan Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alan Grubunda Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi" nde (EK-5/F) belirtilmiş olup, söz konusu listelerde bulunmayan bu iki alan ile ilgili tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak anılan listelere dahil olmak için yapılan müracaatlar değerlendirme süreçlerinden geçtikten sonra ve Kurumca uygun görülmesi halinde listeye ilave edilebilir.

(22) SUT Eki EK-5/E Omurga cerrahisi ile EK-5/F Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplasti alan grubunda kullanılan tıbbi malzeme listelerine ilişkin olarak;

a) Her grup ürünün 01/05/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı olduğunun (CE, FDA, TGA, SFDA gibi) belgelendirilmesi,

b) Her grup ürünün 01/05/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldığına dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya bağımsız Sağlık Teknolojileri Değerlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanıldığına ve geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge ya da ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığı'ndan alınacak aynı özelliklere haiz belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi.

c) Deney-analiz-kalibrasyon laboratuvarlarının ve muayene kuruluşlarının Uluslararası laboratuvar Akreditasyon İşbirliği Karşılıklı Tanınma Anlaşmasında yer alan akreditasyon kurumları tarafından akredite edilmiş olan laboratuvarlardan alınmış her grup ürünün CE belgesi yanında materyal, biyomekanik, biyoyoumluluk, testlerinin 01/05/2010 tarihine kadar belgelendirilmesi.

d) Artroplasti alan grubunda yer alan tıbbi malzemeler için (c) fıkrasında sayılanlara ilave olarak CE Sınıf 3 sertifikasının belgelendirilmesi, CE Sınıf 3 kapsamında yer almayan Artroplasti malzemelerinde bu sertifika istenmez.

e) GMP (Good Manufacturing Practices) Sertifikası veya 13485 Tıbbi Cihazlar için Kalite Yönetimi Sistemi belgesi olan üretici firmaların tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanacaktır. Ayrıca ithalatçı firmalar 31/12/2010 tarihine kadar 13485 Tıbbi Cihazlar için Kalite Yönetimi Sistemi belgesini Kuruma ibraz etmek zorundadırlar.

f) SUT Eki Ek-5/E Omurga cerrahisi ile Ek-5/F Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplasti alan grubunda kullanılan tıbbi malzeme listeleri birim fiyatları tavan fiyattır.

g) 01/05/2010 tarihinden itibaren bu maddenin (a), (b), (c), (d), (e) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz eden firmaların ürünlerine tavan fiyat uygulanacaktır.

ğ) Bu maddenin (a), (b), (c), (d), (e) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz edemeyen firmaların ürünlerine 31/12/2010 tarihine kadar tavan fiyatların %60'ı oranında ödeme yapılacaktır.

h) Bu maddenin (a), (b), (c), (d), (e) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz edemeyen firmaların ürünlerine 31/12/2010 tarihinden sonra ise ödeme yapılmayacaktır.

(23) SUT Eki Ek-5/E Omurga cerrahisi ile Ek-5/F Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplasti alan grubunda kullanılan tıbbi malzeme listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri satan ithalatçı ya da üretici firmalarla 01/05/2010 tarihine kadar sözleşme yapılarak sözleşmeli ürünlerin Kurum Medula Sistemine entegre edilecek olup, fiyatlar 01/05/2010 tarihinden itibaren geçerli olacaktır. Ancak Sözleşmeli sağlık kurumlarınca anılan tarihe kadar da ekli listelerde (Ek-5/E ile Ek-5/F) belirtilen birim fiyatlar tavan fiyat olup bu fiyatların üstünde faturalandırma yapılamayacaktır.

(24) EK-5/C'de yer alan fiyatlar tavan fiyat olarak Ülkemizde faaliyet gösteren protez ve ortez uygulayıcı merkezlerin Sağlık Bakanlığınca 3 Aralık 2008 tarih ve 27073 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan ortez ve protezleri ısmarlama olarak üreten ve/veya uygulayan merkezler ile işitme cihazı satış ve uygulaması yapan merkezler hakkında yönetmelik kapsamında Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılıncaya kadar, TSE 13181:2006'ya (protez-ortez yapım ve uygulama merkezlerinin fiziksel yapı, işletmecilik, teknik donanım, çalışanların özellikleri, protez-ortezin uygulanması ve belgelendirme ile ilgili kurallar) sahip protez ve ortez uygulayıcısı merkezler ile Kurumumuz arasında 01/05/2010 tarihine kadar sözleşme yapılacaktır. EK-5/C listesindeki fiyatlar, ancak bu merkezler ve Resmi Sağlık Kurum niteliğinde faaliyet gösteren merkezler için geçerli olacaktır. Protez ve ortez uygulayıcısı merkezler ile sözleşme yapılamayacağına kadar EK-5/C'de yer alan eski fiyat ve uygulamalar devam edecektir.

7.2. Tıbbi Malzeme Ödeme Esasları

7.2.1. Sözleşmeli Sağlık Kurum ve Kuruluşlarınca Temin Edilen Tıbbi Malzeme Bedellerinin Ödenmesi

7.2.1.A- Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında;

7.2.1.A-1- 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olan Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında;

(1) 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilen tıbbi

malzeme bedelleri, tıbbi malzemenin KDV dâhil alış fiyatı üzerine; % 15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca ödenir. Ayrıca Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca SUT Eki Ek-5/E Omurga cerrahisi ile Ek-5/F Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplastisi alan grubunda kullanılan tıbbi malzemeler temin edilmesi halinde listedeki birim fiyatlar dikkate alınacaktır.

(2) Yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin, hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, mahsup edilen malzemenin sağlık kurumunca ihale veya doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde; SUT'un 7.2.2 maddesine göre tespit edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Ancak tıbbi malzemenin tanıya dayalı işlem kapsamında olması halinde sağlık kurumuna iade edilmez.

7.2.1.A-2- 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki Listelerde yer alan malzemeler, SUT ve eki listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden fatura tutarını aşmamak üzere ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde farklı en az 5 (beş) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden itibaren son bir yıl içerisinde en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır, KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

(3) SUT ve eki listeleri ile Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında tespit edilemeyen tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olmayan Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

7.2.1.B- Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki listelerde yer alan malzemeler, SUT eki listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden fatura tutarını aşmamak üzere ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde farklı en az 5 (beş) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden itibaren son bir yıl içerisinde en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır, KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

(3) SUT ve eki listeleri ile Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranı) tespit edilemeyen tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin reçete karşılığı hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

7.2.2. Ayaktan Tedavilerde Reçete Karşılığı Hasta Tarafından Temin Edilen Tıbbi Malzeme Bedellerinin Ödenmesi

(1) Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemeler, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere Kurum (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. Kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzemelerin bedelleri kayıt/bildirim işlemi tamamlanıncaya kadar ödenmez.

(2) Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemeler;

a) SUT ve eki Listelerde yer alan malzemeler, SUT eki Listelerde yer alan fiyatlardan fatura tutarını aşmamak üzere ödenir.

b) SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerden; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde farklı en az 5 (beş) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden itibaren son bir yıl içerisinde en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır, KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

c) SUT ve eki listeleri ile Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranı) fiyatı tespit edilemeyen tıbbi malzemeler, piyasa araştırması (her türlü fiyat araştırması) yapılarak taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen en ucuz malzeme bedeli esas alınarak fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir.

(3) Kurum ile sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarınca acil haller nedeniyle yapılan ve SUT'un 4.3 numaralı maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanması gereken tıbbi malzeme bedelleri, bu madde hükümleri esas alınarak ödenir.

7.3. Bazı Tıbbi Malzemelerin Temin Edilme Esasları:

7.3.1. Myoelektrik kontrollü kol protezleri:

(1) Bilateral üst ekstremitte ampute hastalar veya tek taraflı üst ekstremitte amputasyonu ile birlikte karşı ekstremitteyi kullanamayacak hastalar için önerilen myoelektrik 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.

(2) Sağlık Kurulu raporunda; hastanın myoelektrik 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.

(3) Myoelektrik kontrollü kol protezlerinin yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce temin edilen myoelektrik kontrollü kol protezlerinin bedeli Kurumca ödenmez.

(4) Tek taraflı dominant üst ekstremitte amputasyonu olanlara 2 kanallı myoelektrik kontrollü kol protezi ödenir.

(5) EMG ile tespiti yapılmış yeterli aksiyon potansiyeline sahip olmalıdır,

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

7.3.2. Hasta alt bezi

(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda tanı belirtilmek kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az iki yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4(dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda hasta alt bezi rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Hasta alt bezi bedellerinin ödenmesinde, Kurum TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz.

(3) Hasta alt bezinin sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

7.3.3. Kolostomi, ürostomi torbası

(1) 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.

(2) Sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce en fazla 2(iki) aylık dozlar halinde kolostomi ve ürostomide en fazla 60 torba, 20 adaptör ve 2 pasta, ileostomili hastada ise 90 torba, 30 adaptör ve 3 pastayı geçmemek üzere reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

(4) Kolostomi, ileostomi ve Ürostomi torbası kullanan hastalara Ek-5/A listesi dışında kalan yardımcı ürünlerin bedeli Kurumca karşılanmaz.

7.3.4. Yara bakım ürünleri

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere, tedavileri sırasında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden aşağıda belirtilen usul ve esaslara göre Kurumca karşılanır.

(2) 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, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

b) Ayaktan tedavide; Resmi sağlık kurum/kuruluşlarında Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

(3) Yara bakım ürünleri kullanımına dair düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında; hasta kimlik bilgilerinin dışında;

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

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

ç) Klinik bulgular (eksüstasyon, kavitasyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir),

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

e) Tercih edilen yara bakım ürününün, tercih gerekçesi, tipi (kategori), ebatları, değiştirilme süresi, bilgilerinin yer alması zorunludur.

(4) Sağlık Kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü dışında bir başka yara bakım ürünü kullanılması gerektiğinde, yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenecek ve gerekçesi belirtilecektir.

(5) Sağlık Kurulu raporları ayaktan tedavide 2 (iki) ay süreyle, yatarak tedavilerde ise yatış süresince geçerlidir.

(6) Ayaktan tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanı hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

(7) Tek reçetede en fazla 15 (onbeş) günlük miktar yazılabilir. Reçete düzenlenirken SUT eki EK-5/D Listesinde belirtilen kriterler kapsamındaki miktarların bedeli Kurumca karşılanır.

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

(9) Ayaktan tedavide, sadece tedavi edici etkisini hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünleri, SUT eki Ek-5/A Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(10) Bal ve bal içerikli yara bakım ürünlerinin bedelleri, yatan hastalar dâhil Kurumca karşılanmaz.

(11) Yara bakım örtülerinden;

- 100 cm² ye kadar olanlar, küçük,
- 100–225 cm² ye kadar olanlar, orta,
- 225 cm² nin üstünde olanlar, büyük; yara örtüsü olarak kabul edilecektir.

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

7.3.5. Şeker ölçüm çubukları

(1) Tip I Diyabetli ve Tip II Diyabetliler, Hipoglisemili hastalar, Gestasyonel Diyabetliler ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan Diabetes Mellituslu hastaların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller, aşağıda belirtilen esas ve şartlarda ödenecektir;

a) Tip I Diyabetli, Tip II Diyabetli, Hipoglisemili, Gestasyonel Diyabetli hastalar ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan Diabetes Mellituslu hastalar için, Aile Hekimi Uzmanı, Endokrinoloji ve Metabolizma, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından uzman hekim raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

b) Şeker ölçüm cihazlarına ait bedeller, Kurumca karşılanmayacaktır.

c) Şeker ölçüm çubukları;

1-Tip I Diabetes Mellituslu hastalar için ayda 100 adet,

2- Tip II Diabetes 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 Diabetes Mellituslu hastalara üç ayda 50 adet, hesabıyla, en fazla üç aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Ancak 18 yaşından küçüklere, yukarıda belirtilen ilgili adetler, yüzde elli oranında artırılarak uygulanır.

ç) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi ile reçetenin asılları eklenecektir.

d) Kan şekeri ölçüm çubukları, sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir.

7.3.6. Kendinden jelli sonda

(1) 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 Üroloji, Nefroloji, Çocuk Nefroloji, Çocuk Cerrahisi, Nöroloji, Çocuk Nöroloji veya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde SUT eki Ek-5/A Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(2) Raporda; teşhis, kullanım süresi ve günlük kullanım miktarı belirtilecektir.

(3) Kurumca günlük en fazla 6 (altı) adet sonda bedeli ödenir. Rekürrent üretra darlığı, nörojenik mesane olgularında ve böbrek nakilli hastalara raporda belirtilmiş olmak şartıyla en fazla 5(beş) adet kendinden jelli sonda ile birlikte en fazla 1(bir) adet hidrokit sonda reçete edilebilir.

(4) Kendinden jelli sondaların, en fazla 2(iki) aylık miktarda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(5) Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

7.3.7. İşitme cihazları

(1) Kurumca sadece analog ve dijital işitme cihazı bedelleri ödenir.

(2) İşitme cihazlarının 01/05/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı olduğunun (CE,FDA,TGA,SFDA gibi) belgelendirilmesi,

(3) İşitme cihazlarının 01/05/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldığına dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya bağımsız Sağlık Teknolojileri Değerlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanıldığına ve geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge ya da ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığı'ndan alınacak aynı özelliklere haiz belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi.

(4) İşitme cihazı bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için; Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca, işitmenin cihaz ile düzeltilmesinin mümkün olduğunun, Kulak Burun Boğaz uzman hekim veya 3 Kulak Burun Boğaz hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

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

(6) Odyoloji test sonuçlarını gösterir belgenin aslı rapora eklenecektir. Odyoloji testlerinin, Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında/kuruluşlarında veya raporu düzenleyen sağlık kurumunun hizmet alım sözleşmesi yaptığı sağlık

kurumlarınca/kuruluşlarınca yapılması ve odyometrist veya odyolog, veya uzman odyolog, veya işitme testi yapmaya yetkili sertifikalı personel tarafından onaylanmış olması halinde kabul edilecektir.

(7) Her iki kulak için işitme cihazı bedeli 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.

(8) İşitme cihazı bedelleri SUT eki EK-5/C Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir. 18 yaş altı çocuklar için EK-5/C Listesinde yer alan tutarlar %50 oranında artırılarak uygulanır.

(9) İşitme cihazı kalıp ve pil bedelleri ödenmez.

(10) İşitme cihazının yenilenme süresi 5 (beş) yıldır. Bu süreden önce yenilenen işitme cihazı bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak, işitme durumunda değişiklik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi durumunda bu durumun Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen 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 Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen Kulak Burun Boğaz uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve Kurumca onarımının sağlanamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

7.3.8. Gözlük cam ve çerçevesi

(1) Göz hastalıkları uzman hekimleri ile bu dalda ihtisas yapmakta olan hekimler tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak alınacak gözlük camları ile çerçevenin temininde aşağıdaki açıklamalar doğrultusunda işlem yapılacaktır.

(2) Gözlük cam ve çerçeveleri, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren ve Kurumla optik sözleşmesi imzalayan sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilecektir.

(3) Gözlük camlarının temininde, SUT eki "Gözlük Camları Fiyat Listesi" (EK-6) esas alınacak ve ödemeler buna göre yapılacaktır. Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilecektir.

(4) Göz hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen sağlık raporuyla zorunlu görülmesi şartıyla puva, prizmatik ve teleskopik gözlük camlarına ait bedeller, Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü) tıbbi malzeme listesinde yer alan fiyatları aşmamak üzere ödenir.

(5) Hasta tarafından SUT eki EK-6 Listesindeki camlar dışında çap, cins, marka ve fiyatta cam istenmesi halinde alınan reçeteye göre bu listedeki normal camların tutarı kadarı karşılanır.

(6) Gözlük camı ve çerçeve 3 (üç) yılı geçmeden yenilenmez. Ancak görmede 0.5 diyoptrilik değişiklik olması halinde süresinden önce gözlük camı yenilenebilir.

(7) Büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen gözlük cam ve çerçevelerinin çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce yenilenir.

(8) Kontakt lens bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda heyet raporuna istinaden ve raporda belirtilmek şartıyla saf silikon kontakt lensler bilateral ve/veya unilateral kontakt lens bedelleri Kurumca karşılanır. Kontakt lensler çocuk gözlerinin hızlı büyümesi, refraksiyon düzeylerinin hızlı değişmesi ve saf silikon kontakt lenslerin gözde yan etkilere yol açacak şekilde kirlenme riskinin olması nedeniyle 6 yaşına kadar 6 ayda bir değiştirilebilir. 6 yaşından sonra afakî devam ettiği takdirde heyet raporu ile aylık sık replismanlı kontakt lenslerin bedeli kurumca karşılanır. İlk verilen afakî raporu 2 yıl geçerlidir. Kontakt lens kullanan bu hastalara ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedeli ödenmez. Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

7.3.9. Sentetik greftler, kemik allogreftleri

(1) Kemik allogreftleri, bedellerinin ödenmesinde TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz.

(2) Sentetik greftler; Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olup, TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranır.

7.3.9.A- Kemik yapımını uyarıcı materyaller (DBM, DBM içeren "putty" "crunch", jel, BMP, kollagen analogları)

(1) Kemik yapımını uyarıcı materyallerin kendi aralarında kombine edilerek veya tek başına kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. Ancak tek başına DBM için; Servikal füzyon ameliyatlarında, disk mesafesinde kafes içine en fazla 1cc. minimal invaziv yöntemle interbody füzyon ameliyatlarında kafes başına en fazla 5cc. kullanılması halinde Kurumca bedeli ödenir.

(2) Osteojenik aktivitenin istendiği atrofik nonunion, pseudoartroz olgularında kemik yerine geçen materyallerle kombine kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır; hipertrofik nonunion olgularında kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(3) Otogen greft kullanılması halinde, Kemik yapımını uyarıcı materyallerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Tümoral hastalıklarda oluşan defektlerin giderilmesinde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

Ancak agresif olmayan benign kemik tümörlerinde (Basit kemik kisti, nonosifiye fibrom, fibröz kortikal defekt, enkondrom, v.b.) kemik yapımını uyarıcı materyallerin kullanımı halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.

(5) Revizyon cerrahisinde (vertebra revizyonu ve artroplasti revizyonu) kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

7.3.9.B- Kemik yerine geçen materyaller (liyofilize edilmiş “strut greft, kortikal ve spongiöz kemik içeren yongalar, küpler”)

(1) Fazla miktarda greftin gerektiği defektli ve çok parçalı kırıklarda veya daha önce otogreft uygulanmış ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,

(2) Otogreft donör alımında morbidite bulunma riski olan hastalar,

(3) Tibia plato kırıkları, calcaneus kırıkları gibi yüksek enerji ile oluşan kırıkların cerrahi tedavisinde,

(4) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde veya daha önce otogreft uygulanmış ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,

(5) Üç veya daha fazla seviye füzyon uygulanması gereken omurga cerrahisinde, kullanılması halinde bedelleri ödenir.

7.3.9.C-Genel hükümler

(1) Posterior spinal stabilizasyon operasyonlarında servikal ve torakal 1- torakal 10 vertebra arası her seviye için en fazla 5 cc. ; altındaki her seviye için en fazla 10cc. kemik yerine geçen materyal bedeli ödenir.

(2) Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle vertebrektomi boşluğuna titanyum ya da çelik kafes yerleştirilmesi sırasında kafesin içinin kemik yerine geçen materyaller ile doldurulması halinde bedelleri ödenir, beraberinde kemik yapımını uyarıcı materyaller kullanıldığında da bedeli Kurum tarafından karşılanır.

(3) Epifiz hattı açık olan hastaların, patolojik olmayan primer kırıklarında hiçbir greft türü bedeli karşılanmaz.

(4) Yetişkin primer kırıklarında kemik yapımını uyarıcı malzemelerin kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.

7.3.9.Ç- Kemik yerine geçen sentetik greftler

(1) Otogreft donör alımında morbidite bulunma riski olan hastalarda, (kemik dansitometrisi ile gösterilmiş şiddetli osteoporoz, iliak kanatta tümoral lezyon veya enfeksiyon, Kemik iliğini tutan hastalıklar)

(2) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,

(3) Üç veya daha fazla seviye füzyon uygulanması gereken omurga revizyon cerrahisinde, kullanılması halinde bedelleri ödenir.

(4) Sentetik greftler kendi aralarında ve allogreftlerle kombine edilerek kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.

(5) Sentetik greftlerin 01/05/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı olduğunun (CE, FDA, TGA, SFDA gibi) belgelendirilmesi,

(6) Sentetik greftlerin 01/05/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldığına dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya bağımsız Sağlık Teknolojileri Değerlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanıldığına ve geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge ya da ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığı'ndan alınacak aynı özelliklere haiz belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi.

7.3.10. Enjektör bedelleri

(1) Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli hekimler tarafından reçeteye yazılan “ampul” adedi kadar ml'sine uygun plastik (disposable) enjektör bedeli Kurumca belirlenen bedel üzerinden ödenecektir. Hekimce reçeteye enjektör ve adedi yazılmamış olması halinde, eczacı tarafından reçete arkasına verilen enjektörlerin (en fazla reçetede ki ampul sayısı kadar) alındığına dair bir kayıt düşülerek ilgiliye imzalatılır. İlacın ampul veya şişe (flakon) olarak verilmesinde, enjektör sayısının ilaç miktarına ve dozuna uygun olup olmadığı dikkate alınacaktır.

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

7.3.11. Konuşma cihazı

(1) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla konuşma cihazı bedelleri, SUT eki Ek-5/C Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(2) Konuşma cihazının yenilenme süresi 5(beş) yıldır. Bu süreden önce yenilenen konuşma cihazı bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak, ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve Kurumca onarımının sağlanamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

7.3.12. Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler

(1) Kurum tarafından iade alınan cihazların, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan hastalara verilebilmesi için hastaların, sağlık kurulu raporu ile sosyal güvenlik il müdürlüklerine müracaatta bulunmaları gerekmektedir. Sağlık kurulu raporlarında, “iade cihazın temini için Kuruma müracaat edilmesi gerektiği” belirtilecektir. Müracaatı takiben, söz konusu tıbbi cihazların Kurum stoklarından temin edilmesi yoluna gidilecek olup, stoklarda yok ise Kurum stoklarında cihazın olmadığına dair onay alınmak suretiyle hasta tarafından temin

edilen cihaz bedelleri SUT'un 7.2.2 maddesi doğrultusunda Kurumca ödenir. Onay alınmadan hasta tarafından temin edilen cihazların bedelleri ödenmeyecektir.

(2) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere iade alınmak kaydıyla taahhütname karşılığı temin edilen tıbbi malzemeler;

a) Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazları (CPAP, Auto CPAP, BPAP, BPAP-S, BPAP S/T, BPAP S/T AVAPS, ASV)

b) Uzun süreli oksijen tedavisinde kullanılan cihazlar (oksijen Konsantratörü, oksijen tüpü ve başlığı)

c) Nebulizatör

ç) Aspiratör

d) Ev tipi ventilatör

e) Mikro infüzyon pompası (insülin pompası)

f) Desferal pompası

g) Tekerlekli sandalye

ğ) Akülü tekerlekli sandalye

h) Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları

ı) Enürezis alarm cihazı

i) Lenf ödem kompresyon cihazı

7.3.12.A- Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazlarının (NİMV) Temini

7.3.12.A- 1- 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,

ç) 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, nöromuskuler 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 uzmanı; hastanın çocuk olması halinde ise Çocuk Göğüs Hastalıkları veya Çocuk 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,

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

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

e) 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 çıkarılmıyorsa, NİMV tedavisine ek olarak kronik oksijen tedavisine yönelik cihaz önerilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) NİMV cihazlarının etkin kullanılıp kullanılmadığına yönelik yıllık olarak Kurumca 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) Özel sağlık kurumlarının faaliyet izin belgesinde nöroloji branşı (tam zamanlı nöroloji uzmanı olan) ve polisomnografi cihazı olmalıdır.

(10) NİMV cihazlarının her birinin kullanım süresi 10 yıldır. Bu süreden önce yenilenen NİMV cihazının bedeli Kurumca ödenmez. Ancak NİMV cihazının kullanma süresi dolmadan kullanıcının kasıt ve kusuru olmaksızın arızalandığı veya kullanılamaz hale geldiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi ve Kurumca 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 Kurumca karşılanır.

7.3.12.A- 2-Bedeli Kurumca karşılanan NİMV cihazları

7.3.12.A- 2-1- Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) cihazı

(1) Polisomnografik olarak; Apne İndeksi (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 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 Kurumca karşılanır.

7.3.12.A- 2-2- Oto-CPAP cihazı

(1) 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 Kurumca karşılanır.

7.3.12.A- 2-3- Bilevel Positive Airway Pressure Therapy (BPAP) cihazı

(1) CPAP cihazı verilme endikasyonu olup; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen, CPAP maskesinde önemli düzeyde hava kaçağı olan veya pozitif basınca karşı nefes verme güçlüğü yaşayan OUAS hastalarında veya Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obesite-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 Kurumca karşılanır.

7.3.12.A- 2-4- BPAP S/T cihazı

(1) Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obesite-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 Kurumca karşılanır.

7.3.12.A- 2-5- BPAP S/T AVAPS cihazı

(1) 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 Kurumca karşılanır.

7.3.12.A- 2-6- Adaptif basınç destekli servo ventilasyon (ASV) cihazı

(1) 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 ilk 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 Kurumca karşılanır.

7.3.12.A-3- Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verilme ilkeleri

(1) Kronik stabil yada yavaş ilerleyen solunum yetmezliği (gündüz yada 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.

(2) Kronik solunum yetmezliğinde BPAP-S ve BPAP-S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılanacak olup, verilmesine yönelik sağlık kurulu raporu, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Anestezi ve Reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

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

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

7.3.12.A-3-1- BPAP- S cihazı

(1) Restriktif akciğer hastalıklarında;

a) PaCO₂ ≥ 45 mmHg veya

b) En az 2 lt /dk akım hızında nazal O₂ desteği altında O₂ saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

c) İlerleyici nöromusküler hastalıklar için maksimal inspiratuar basınç (MIP) ≤ 60 cm H₂O 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 Kurumca karşılanır.

(2) Obstrüktif akciğer hastalıkları: Uygun bronkodilatör ve O₂ tedavisine rağmen;

a) PaCO₂ ≥ 55 mmHg veya

b) PaCO₂ 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt /dk akım hızında nazal O₂ desteği altında noktürnal O₂ saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

c) PaCO₂ 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 Kurumca karşılanır. (hasta solunum fonksiyon testi yapamıyorsa bu durum sağlık kurulu raporunda açıkça belirtilecektir.)

7.3.12.A-3-2- BPAP S/T cihazı

(1) BPAP- S cihazı için tanımlanmış kriterlere ek olarak inspirasyon basınç yüksekliği (İPAP ≥ 20 cm H₂O) 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 Kurumca ödenir.

7.3.12.B- Evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazları

(1) Kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Anestezi ve Reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden; hastanın çocuk olması halinde ise Çocuk Göğüs Hastalıkları veya Çocuk Nöroloji uzmanlarından birinin yer aldığı sağlık kurulularınca düzenlenecektir.

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

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

(4) Evde uzun süreli oksijen tedavi cihazı verilme koşulları;

a) Kronik solunum yetmezliği olanlarda; (istirahat veya egzersiz halinde) PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) ≤ 55 mmHg veya SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) ≤ 88 olması halinde,

b) Korpulmonale varlığında; PaO₂ 'de 55-59 mmHg veya SaO₂ ≤ 89 ile birlikte EKG 'de " P Pulmonale" bulgusu olması veya Hematokrit > % 55 veya Konjestif yetmezlik olması halinde,

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

ç) Efor kapasitesini sınırlayan terminal dönem (kanser ve diğer sistemik hastalıklara bağlı) hastalarda sağlık kurulu raporunda belirtilmek koşuluyla; evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

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

(6) Kurumca finansmanı sağlanacak evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazları;

1-Oksijen tüpü (gaz hali)

2- Oksijen tüpü (sıvılaştırılmış)

3- Oksijen konsantratörü

(7)Taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları, istirahat halinde PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) > 55 mmHg veya SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) > 88 olmasına karşın egzersiz durumunda veya iş sırasında desatüre (PaO₂ ≤ 55 mmHg veya SaO₂ ≤ 88) olması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) Oksijen Konsantratörü verilen kişilere, raporda belirtilmek koşuluyla oksijen tüpü önerilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

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

7.3.12.C- Nebulizatör cihazı

(1) Nebulizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,

a) Erişkin hastalar için; Göğüs Hastalıkları veya Alerji Hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.

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.

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

(3) Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanacak olup ultrasonik nebulizerler bedelleri

karşılanmaz.

(4) **Erişkin hastalarda** cihazın verilmesine ilişkin olarak; İnhaler preparatları ve inhaler preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanmadığı sağlık kurulu raporu ile belgelenen,

a) Stabil kronik akciğer hastalığı olanlarda; FEV1 ≤ 40 ise AKG değerlerine bakılmaksızın,

b) Persistan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFr ≤ %60 veya FEV1 veya PEFr % 60–80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 değişkenliği %30'un üzerinde,

c) Bronşektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; Stabil dönemde FEV1 ≤ 40; olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanağı belgelerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebülizatör cihazı bedelleri Kurumca ödenir.

(5) **Çocuk hastalarda** cihazın verilmesine ilişkin olarak;

a) Persistan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFr ≤ %60 olan veya FEV1 veya PEFr % 60–80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 değişkenliği %30'un üzerinde olması veya

b) 14 yaşın üstündeki hastalarda; FEV1 veya PEFr ≤ 40 olması veya

c) 6 yaşın altındaki hastalar ve 6 yaşın üstünde olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorunu) nedeniyle solunum fonksiyon testi yapılamayanlar hastalarda bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmesi; koşuluyla nebülizatör cihazı bedelleri Kurumca ödenir.

(6) Solunum fonksiyon testi yapamayan ve Kronik Akciğer Hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adaleleri çalışmayan veya mental retarde (IQ ≤ 40) olan nörolojik sorunlu hastalarda PaO2 ≤ 55 mmHg veya SaO2 ≤ 88 olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.

7.3.12.Ç- Mikro infüzyon pompası

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

a) Hastanın Tip I Diyabetli veya insüline bağımlı Tip II Diyabetli olması ile birlikte kan şekerinin oynak (brittle) seyrettiğinin ya da gebelikte Gestasyonel Diyabet (hamilelik diyabeti) olduğunun belirtilmesi,

b) Hastanın kendi kendine veya yakınlarının cihazı kullanma yeteneğini kazanmış olduklarının belirtilmesi,

c) Raporda Endokrinoloji ve Metabolizma, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı Hastalıkları, var ise diyabet bilim dalları uzman hekimlerinden birinin yer alması, şartları aranacaktır.

(2) Sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilen infüzyon seti ve rezervuar bedelleri, en fazla 3 günde 1 adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla üç aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca SUT eki Ek-5/A Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.

7.3.12.D- Desferal pompası

(1) 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 Kurumca SUT eki Ek-5/A Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(2) "Deferoksamine flakon için kullanılan uygulama seti" nin, desferal pompası için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak, kullanımını gerektiren ilaç ile birlikte reçete edilmesi ve ilaç reçetesinin suretinin ekte sunulması halinde bedeli ödenir. Hekim tarafından ilaç bitimine kadar, en fazla 3(üç) aylık miktarlarda 60 adeti geçmemek üzere reçete edilecektir.

(3) Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

7.3.12.E- Tekerlekli sandalye temini

(1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya sakatlığı olduğu Ortopedi ve Travmatoloji, Beyin Cerrahisi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, erişkin veya çocuk Nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelenenlere bu hekimlerce reçete edilmesi halinde SUT eki Ek-5/C Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(2) Hastanın özürüllük durumu nedeniyle özellikli tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğu ve özürüllüğünün 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 Kurumca SUT eki Ek-5/C Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(3) Özellikli motorsuz tekerlekli sandalye, kollukları çıkarılabilir, ayaklıkları ve arkılığı ayarlanabilir, katlanabilir ve gerektiğinde baş-boyun desteği eklenebilir niteliktedir.

(4) Tekerlekli sandalyenin yenilenme süresi 5(beş) yıldır. Bu süreden önce yenilenen tekerlekli sandalye bedeli Kurumca ödenmez.

7.3.12.F- Akülü tekerlekli sandalye temini

(1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya sakatlığının yanında;

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

(2) Yukarıda sayılan hastalıklar gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi yada 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 Kurumca ödenir. 12 yaş altı hastalarda yukarıdaki şartlar sağlansa bile akülü tekerlekli sandalye bedelleri Kurumca ödenmez.

(3) Trafik tescili zorunlu olan ve kullanımı için H sınıfı sürücü belgesi gerektiren motorlu malul arabalarının bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak, SUT'un yürürlük tarihinden önce Kurumca temin edilmiş motorlu malul arabalarının bakım ve onarım işlemleri SUT hükümleri doğrultusunda yürütülür.

(4) 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, 120kg 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 taahhütnamesi verilmiş olmalıdır.

(5) Akülü tekerlekli sandalyenin yenilenme süresi 5 (beş) yıldır. Bu süreden önce yenilenen akülü tekerlekli sandalye bedeli Kurumca ödenmez.

7.3.12.G- Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları

7.3.12.G- 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;

1-Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,

2- Baş kontrolü ve oturma dengesi olan,

3- Üst ekstremiteler motor fonksiyonları yerinde olan,

4- Progresif hastalığı olmayan,

5- 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 Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Parapodium, Standing Table, cihazları birlikte temin edilmez.

(3) Ayrıca bu hastalara tekerlekli sandalye bedeli ödenmez.

7.3.12.G- 2- Erişkinler için (Stand Up Wheelchair (manuel kalkış manuel sürüş))

(1) 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;

1- Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,

2- Üst ekstremiteler motor fonksiyonları yerinde olan,

3- Progresif hastalığı olmayan,

4- Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,

5- Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken; hastalara (bu durumun Kurum sosyal güvenlik kontrol memurlarınca tespiti halinde) reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

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

(3) Bu Tebliğin yürürlük tarihinden önce temin edilen tekerlekli sandalye (özellikli, özelliksiz, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazlarının kullanım süreleri tamamlanmadan erişkinler için Stand Up Wheelchair bedeli karşılanmaz.

(4) Akülü, motorlu, elektrikli, kalkış/ sürüş, merdiven inip çıkabilen ve benzeri cihaz bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) Stand Up Wheelchair yenilenme süresi 5 (beş) yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde Kurumca bedeli ödenmez.

7.3.12.Ğ- Enürezis alarm cihazı

(1) Primer monoseptomatik (gündüz idrar kaçırma şikâyeti olmayan) enürezis nokturnası olan 5(beş) yaş üzeri hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere enürezis alarm cihaz bedeli Kurumca karşılanır.

7.3.12.H- Lenf ödem kompresyon cihazları

(1) Üniversite ve Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri Genel Cerrahi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon,

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ile Kalp Damar Cerrahisi branş hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Evre II-III lenf ödemi olan;

a) Evre II: Gode, elevasyon ile ödem azalmaz ve klinik olarak fibrozis belirgin.

b) Evre III: Ödem irreversible, tekrarlayan infeksiyöz ataklar, fibrozis, deri ve deri altında skleroz, flebolenf ödemi ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık bulunan hastalarda Kurumca bedelleri karşılanır.

(3) Heyet raporu ekinde lenfödemi hastaların Lenfosintigrafi raporu, flebolenfödem ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık venöz yetmezliğe bağlı durumlarda Venöz Sistem Doppler Ultrasonografi raporu ekte olmalıdır. Hastaların karşılaştırmalı her iki ekstremitte fotoğrafları da rapora eklenmelidir.

(4) Kompresyon cihazları diz altı lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla iki kanallı, diz üstü lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla altı kanallı, üst ekstremitte lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla bir kanallı olması halinde kurumca bedeli karşılanır. Sadece Evre II lenf ödemlerinde en fazla iki kanallı cihaz bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Cihazın diz altı, diz üstü, üst ekstremitte ve de kaç kanallı olacağı ilgili hekim raporunda belirtilmelidir.

7.3.13. İşitmeye yardımcı implantlar/kulakla ilgili implantlar

7.3.13.A- Koklear implantlar (Kİ)

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

a) Pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda (işitme cihazı hiç kullanmamış olanlar da dahil) 4 (dört) yaşını tamamlayıncaya kadar Kİ uygulanır.

b) 4 (dört) yaş üzeri pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda kronolojik yaşla konuşma yaşı arasındaki fark 4(dört) yıldan az ise Kİ uygulaması yapılır.

c) Post-lingual işitme kaybı olanlarda Kİ uygulanır, ancak hiç işitme cihazı kullanmamış post-lingual işitme kaybı olanlarda 10(on) yıl geçmesi halinde Kİ uygulanmaz.

ç) Kİ kurul raporu aynı resmi sağlık kurumunda çalışan üç Kulak Burun Boğaz uzman hekimi tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı resmi sağlık kurumunda çalışan iki uzman odyoloğun (iki uzman odyolog bulunmayan sağlık kurumlarında ise bir odyolog veya uzman odyolog) ve eğitimsel, psikolojik değerlendirmeler ve uygunluğunun yapıldığına dair eğitim odyoloğu (bulunmayan kurumlarda işitme engelliler alanında deneyimli özel eğitimci veya psikolog) ve psikolog kararı bulunmalıdır.

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

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

f) İşitsel nöropati'de ayrıntılı değerlendirmeler sonunda Kİ uygulamasının yararlı olacağı Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.

g) 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(beş) yıllık süreyi içeren bir taahhütname ile belgelenmelidir.

(2) Odyolojik Değerlendirme:

a) 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 ayırt etme skorunun %30'un altında olmalıdır.

7.3.13.A-1- Koklear implant yapılacak merkezlerde asgari bulunması gereken ekipmanlar

1-Çocuk odyometrisi-serbest alan odyometrisi yapılmasına olanak sağlayacak odyometri donanımı ve uygun özelliklerde test odası,

2-En az iki frekansta (226 Hz ve 800/1000 Hz olmak kaydıyla) test yapabilen timpanometri cihazı,

3- Klinik otoakustik emisyon test cihazı,

4- Klinik ABR test cihazı,

7.3.13.A-2- Koklear implant kablo ve pilleri;

(1) Koklear implant için günde en fazla bir pil bedeli olmak üzere; bir KBB uzmanı tarafından düzenlenecek rapora istinaden, birer yıllık miktarı karşılanır.

(2) Şarj edilebilen pil bedeli, tek kullanımlık pilin yıllık bedelini aşmaması şartı ile Kurumca karşılanır.

(3) Ara Kablolar (Aktarıcından bağımsız):

a) 0-5 yaş için yılda üç adet,

b) 5-10 yaş için yılda iki adet,

c) 10 yaş ve üzeri için yılda bir adet olmak üzere, 3(üç) KBB uzmanı imzalı sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli karşılanır.

7.3.13.B- Beyin sapı implantı

(1) 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 beyin sapı implantı Kİ kurul raporu ile uygulanır.

7.3.13.C- Kemiğe implante edilen işitme cihazı

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

(2)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 ayırt etme skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda aşağıda belirtilen kriterlere uyması durumunda;

- a) Bilateral aural atrezi, cerrahi ile düzeltilemeyen konjenital orta kulak anomalilerinde,
- b) Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan hastalarda, uygulanır.

7.3.13.Ç- Orta kulağa implante edilebilen işitme cihazları

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

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

b) 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 mikro cerrahi ile işitmenin düzeltilmesi şansının olmadığı belirtilmelidir.

7.3.14.Omurca Cerrahisi

(1) Servikal anterior dinamik plak sistemleri Kurumca karşılanmaz.

(2)Omurga cerrahisinde kullanılan absorbe olabilen kafes, plak ve vida materyallerinin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(3)Yapay nukleus pulposus ve diskoplasti materyal bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) İnterspinoz implantların bedelleri Kurumca karşılanmaz.

7.3.14.A- Servikal disk protezleri

(1)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 Kurum mevzuatı doğrultusunda ödenecektir.

7.3.14.B- Pedikül vida yerleştirici

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

7.3.14.C- Perkutan interbody füzyon ve vida fiksasyonu (Sakrum korpusundan geçerek lomber korpus içine giren fiksasyon yöntemi)

(1)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 Kurum mevzuatı doğrultusunda ödenecektir.

7.3.14.Ç- Lomber disk protezi endikasyonları

1-Disk instabilitesi,

2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde,

3-45 yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri sadece üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde kurumca bedeli karşılanır.

7.3.14.D- Lomber hareketli ve yarı hareketli sistemler

(1)45 yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, lomber hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayan, hareketli sistemlerin tek segmenti geçmeyecek şekilde kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda ödenecektir. (rigid ve dinamik sistemlerin bir arada kullanıldığı durumlarda dinamik sistem bir segmenti geçemez, hareketli ya da yarı hareketli sistemin uygulandığı segmentte füzyon materyalleri kullanılması halinde, sistem ve füzyon materyallerinin bedeli kurumca karşılanmaz.)

(2)Lomber hareketli ve yarı hareketli sistemlerin sadece üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde kurumca bedeli karşılanır.

7.3.14.E- Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları

1-Spinal travma

2- Spinal enfeksiyon

3- Spinal tümör

4- Deformite

5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde.

- 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik.
7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde.
8- Üç veya daha fazla rekürren disk hernisi; olması halinde kurumca bedeli karşılır.

7.3.14.F- Kifoplasti endikasyonları

(1)Sadece Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır.

(2)Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.

(3)Hasta başına her bir operasyonda en fazla1 (bir) kit bedeli karşılır

7.3.15.Ortopedi ve Travmatoloji branşı ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödemeye esas teşkil edecek usul ve esasları

1-Taze donmuş(fresh frozen) allogreft,

2- Tümör rezeksiyon protezi,

3- Menteşeli diz protezi,

4- İnorganik sınırlı artroplastı yüzey(metal, polietilen vs) implantlar, (unikondiler, patella-femoral ve bikondüler protezler hariç)

5- Kişiyeye özel tasarımı protezler,

6-Uzaysal eksternal fiksatörler,

Yukarda sayılan Tıbbi malzemelerin bedelleri sadece Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde karşılacaktır.

7.3.16. Artroplastı

(1) 65 yaşın üzerinde metal-metal veya seramik-seramik kalça protezlerinin kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılmaz.

(2) Travmatik femur proximal bölge kırıklarında (tümöral nedenler hariç)tümör rezeksiyon protezlerinin ve revizyon femoral stemlerin kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılmaz.

(3) Travmatik femur proximal bölge kırıklarının (tümöral nedenler hariç) tedavisinde protez kullanıldığı takdirde kemik grefti, kemik yerini tutan materyaller ve kemik yapımını uyaran materyallerin kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılmaz.

(4) Kemik Büyütme Stimülatörü; Kırıklardan sonra, kırığa yönelik 3 (üç) veya üzeri implant kullanılmasını gerektiren ameliyatlar sonrası, kırık oluşumundan itibaren 18 ay geçmesine rağmen hala kaynama sağlanamayan durumlarda Sağlık Kurulu Raporuna istinaden fatura ekinde barkod aslı bulunması şartıyla şahsa özel Kurumca bedeli karşılır.

7.3.17. Yanık bası giysileri

(1)Erişkin hastalarda Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ile Genel Cerrahi uzmanlarının birlikte bulunduğu; 18 yaşının altındaki yanık hastalarında ise Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi veya Genel Cerrahi ile Çocuk Cerrahisi uzmanlarının birlikte bulunduğu heyet raporuna istinaden ve bu uzman hekimlerden herhangi biri tarafından reçete edilmesi halinde kurumca bedelleri karşılır.

(2) İkinci ve üçüncü derece yanık sonrası oluşmuş hipertrofik skar ve kelloidlerin tedavisi ve azaltılması, oluşabilecek hipertrofik skarı önlemek amacıyla, 0-3 yaş çocuklarda 3 ayda bir, daha büyük çocuklarda 6 ayda bir, erişkinlerde ise yılda bir kez reçete edilebilir.

(3) Rapor geçerlilik süresi bir yıldır.

(4)Hastaya allerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(5)Ortalama 15-40 mmHg basınç uygulamalı ve kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncın en az yarısını sağlayabilmelidir.

(6)İç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda dikişsiz ve pürüzsüz olmalıdır.

(7) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmayacak yapıda olmalıdır.

(8)Giysi sık yıkanabilir kumaştan imal edilmeli yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

(9)Değişik renk ve desenlerde olabilir (özellikle çocuklarda kullanımı özendirilemek için)

(10) Hasta ile temas eden iç kısmında hekimin uygun görmesi halinde uygun gördüğü alanlar silikon tabaka ile kaplanabilmelidir.

7.3.18. Lenf ödem bası giysileri

(1) Üniversite, Sağlık Bakanlığı eğitim araştırma hastaneleri genel cerrahi, plastik - rekonstrüktif cerrahi, kalp damar cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon branş hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde; Evre 1, 2, 3 hastaları içeren tüm evrelerde kurumca bedelleri karşılır.

(2) Profilaksi amacıyla lenfödem bası giysi bedelleri kurumca karşılanmaz.

(3) Heyet raporu ekinde; primer lenfödemli hastaların lenfosintigrafi, lenf diseksiyonuna bağlı lenf ödemlerde ise ameliyat olduğunu belgeleyen epikriz olmalıdır.

(4) Standart bedenler üzerinden kurumca bedeli karşılanır. Sadece ileri evre (evre 3) lenf ödemlerde, standart bedenlerin uymadığı bası giysisi gereken olgularda, fotoğrafla belgelendirilmesi kaydıyla, kişiye özel ölçülendirilmiş bası giysileri kurumca karşılanır.

(5) Rapor geçerlilik süresi sekonder lenfödemlerde bir yıl, primer lenfödemlerde iki yıldır. İlk tanı koydurucu lenfosintigrafi raporu, daha sonra çıkarılacak sağlık kurulu raporlarında kullanılabilir.

(6) İlgili hekimce uygun görülmesi halinde altı ay ara ile olmak şartıyla yılda en fazla iki kez reçete edilebilir.

(7) Hastaya allerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(8) Ortalama 40 mmHg ve üzeri basınç uygulamalı. Kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncın en az yarısını sağlayabilmelidir.

(9) İç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda, dikişsiz, pürüzsüz olmalıdır. Hava geçirgen özelliği olan kumaştan imal edilmelidir.

(10) Alt ekstremitte bası giysilerinde üst kısmının iç yüzeyinde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır.

(11) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa, hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmayacak yapıda olmalıdır.

(12) Sık yıkanabilir kumaştan imal edilmelidir. Giysi yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

(13) Alt ekstremitte lenfödem bası giysisi lenfödem düzeyine göre çorap tarzında, dize kadar veya kasiğe kadar veya külotlu olabilir.

(14) Üst ekstremitte lenfödem bası giysisi, lenfödem düzeyine göre eldiven tarzı dirseğe kadar veya omuza kadar olabilir.

7.3.19. Kronik venöz hastalıklar için bası giysileri

(1) Genel Cerrahi, Dermatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Kalp Damar Cerrahi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanı hekimlerden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde; tüm evrelerde Kurumca bedelleri karşılanır.

(2) Heyet raporu ekinde; venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır.

(3) Standart bedenler üzerinden kurumca bedeli karşılanır.

(4) Rapor geçerlilik süresi iki yıldır.

(5) İlgili hekimce uygun görülmesi halinde altı ay ara ile olmak şartıyla yılda en fazla iki kez reçete edilebilir.

(6) Hastaya allerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(7) Hastalığın evresine göre ortalama 15 mmHg ve üzeri basınç uygulamalı. Kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncı en az yarısını sağlayabilmelidir.

(8) İç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda dikişsiz, pürüzsüz olmalıdır. Hava geçirgen özelliği olan kumaştan imal edilmelidir.

(9) Alt ekstremitte bası giysilerinde üst kısmının iç yüzeyinde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır.

(10) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa, hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmayacak yapıda olmalıdır.

(11) Sık yıkanabilir kumaştan imal edilmelidir. Giysi yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

(12) Alt ekstremitte bası giysisi ödeme göre çorap tarzı dize kadar, kasiğe kadar veya külotlu olabilir.

7.3.20. Beyin ve Vagal Sinir Stimülatörleri

(1) Sadece Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde uygulanması halinde; Psikiyatri, Nöroloji (çocuk/erişkin), Beyin Cerrahisi branşlarının birlikte bulunduğu heyet raporuna istinaden, Kurumca bedeli karşılanır.

7.3.20.A- Vagal sinir stimülatörleri

(1) Vagal sinir stimülatörleri aşağıdaki tüm şartları taşıması halinde uygulanır.

a) Hastanın yaşam kalitesini bozacak sıklık ve şekilde nöbetlerinin olması.

b) Nöbet tipine uygun bütün anti-epileptikleri kullanmış olması ve hâlihazırda en az 2'li (ikili) major anti-epileptik ajanı 2 (iki) yıldır kullanıyor ve bunlara cevap alamıyor olması.

c) Daha önce epileptik cerrahi uygulanıp yanıt alınamamış ya da epileptik cerrahi uygulanamaz durumda olması.

ç) Epilepsi nedeninin malign beyin tümörü, nörometabolik ya da nörodejeneratif hastalık olmaması.

d) Hastaların zekâ düzeyi ağır derecede geri olmaması.

e) Hamile olmaması.

f) Sistemik Kronik Hastalık olmaması (astım, aktif peptik ulcus, kr. akciğer hastalığı, koroner kalp hastalığı, kr. böbrek hastalığı, kr. karaciğer hastalığı, diabetes mellitus ve benzeri hastalıklar)

g) Nöroloji ve/veya Çocuk Nörolojisi, Beyin Cerrahisi, Psikiyatri uzmanından oluşan bir komisyon kurulması

ve hastaların komisyonca aşağıdaki belgelerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Komisyon değerlendirilmesinde istenecek belgeler:

1- Uzun çekimli video-EEG kayıtlar.

2- Hastanın daha önce kullandığı antiepileptik tedavi; doz, ilaç-kan seviyesi, nöbet sayısı ve şekli ile ilgili bilgilerin dökümanite edildiği ayrıntılı epikriz (epikriz hasta takibini yapan nörolog yada çocuk nörolog tarafından hazırlanmış ve imzalanmış olmalıdır)

3- Nöroradyolojik görüntüleme tetkiklerinin aslı.

4- Psikolog tarafından düzenlenmiş zeka düzeyini gösteren belge.

7.3.20.B- Derin beyin stimülatörleri

(1) Esansiyel tremor, parkinson hastalığı, distoni endikasyonlarında kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Bir Nöroloji kliniğinde yatırılarak her türlü tıbbi tedavi uygulanmasına rağmen dirençli olduğunu belirtir ayrıntılı epikriz ile durumunun belgelenmiş olması gerekir.

7.3.21. İntratekal Baklofen Pompası

(1) Sadece Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde uygulanması halinde; Nöroloji uzmanı (çocuk/erişkin), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanı ve Beyin Cerrahisi uzmanının birlikte bulunduğu heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.

(2) İntratekal baklofen pompası kullanım şartları:

a) Kişinin yaşam kalitesini bozacak ciddi derecede spastisite olan (Spastisite modifiye Ashworth 4-5, Spazm Skalası 3-4) hastalarda kullanılır.

b) Cerrahi dışındaki tedavi yöntemlerinin yararlı olmadığı (tıbbi, rehabilitatif) olgularda programlanabilir ilaç pompasının (Baklofen Pompası) kullanılması için intratekal Baklofen testinin uygulanması ve bunun sonucunda hastanın bu maddeyi tolere edebildiği ve testin pozitif sonuçlandırıldığına heyet raporunda belirtilmesi gereklidir.

7.3.22. Spinal Kord Stimülatörleri

(1) Sadece Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Üniversite hastanelerinde uygulanması halinde Beyin Cerrahisi, Psikiyatri, Algoloji ile ilgilenen Anesteziyoloji ve Reanimasyon, ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branşlarının birlikte bulunduğu heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Hasta seçim kriterleri:

a) Konservatif tedavi yöntemlerine veya diğer ağrı kontrol yöntemlerine yanıt alınamayan ve altta yatan patolojinin tedavisi amacı ile daha fazla cerrahi girişim önerilmeyen hastalarda,

b)Uygulamanın etkisi, yan etkileri konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve bu girişimden gerçekçi beklentileri olan hastalarda,

c)Spinal kolon liflerinin en az bir kısmı sağlam olan hastalarda,

ç) Pacemaker, implantable kardiyak defibrilatör gibi spinal kord stimülatörleri için kontraendikasyonu bulunmayan hastalarda,

d)İmmün yetmezlik, koagülopati gibi spinal kord stimülatörleri için kontraendikasyonu bulunmayan hastalarda,

e)İlaç veya madde bağımlılığı, ilaç yoksunluk bulguları, majör psikiyatrik hastalığı (aktif psikoz, ciddi depresyon, hipokondriyak veya somatizasyon bozukluğu) bulunmayan veya tedavinin etkinliği ve nasıl sürdürüleceği yeterli bilgi edinmesinde sorun olmayan hastalarda spinal kord stimülasyonu uygulanabilir.

f)Test uygulamasının olumlu sonuçlandırıldığı hastalarda uygulanabilir.

7.3.23.Sakral Sinir Stimülatörleri

(1)Üniversite Hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde (eğitim kliniği olan); Üroloji, Nöroloji ve Psikiyatri kliniklerince oluşturulacak konsey kararınca ve bu 3 (üç) branştan hekimin birlikte bulunduğu heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.

(2)Genel Endikasyonlar;

a) 55 yaş altında olmalı,

b) Hasta cihaz hakkında bilgilendirilmeli ve hastanın cihazı kullanabilecek bilişsel ve psikolojik yetide olup olmadığı psikiyatri konsültasyonu ile belgelendirilmeli,

c) Nöroloji konsültasyonu ile işeme bozukluğuna neden olabilecek bir bozukluğunun olmadığına belgelendirilmesi,

ç) Kalıcı implantasyona geçmek için, test aşamasında klinik semptom ve bulgularda en az %50 azalma saptanmış olmalıdır.

(3) Tıbbi endikasyonlar

a) Kronik üriner retansiyonu

1) Bu sürecin en az 1 (bir) yıl devam ettiği hastalara uygulanmalı

2) Ürodinamik olarak:

1- Mesane kapasitesi ve kompliyans normal olmalı

2- İntravezikal obstrüksiyon olmamalı

3- Detrüsör kontraksiyon bozukluğu olmalı ve bu durumun etyolojisinde miyojenik nedenler olmamalı

b)Refraktör idyopatik aşırı aktif mesane

1)Antimuskarinik ve intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonu tedavisine cevap vermeyen ve en az 2 (iki) yıldır izlemde olan hastalarda uygulanabilir.

c)Ağrılı mesane sendromu (interstisyel sistit)

1)Bu tanıyı aldıktan sonra en az 5 (beş) yıl geçmiş ve yapılan tüm oral ve intravezikal tedavilere cevap vermeyen hastalara uygulanabilir.

7.3.24.Vezikoüretoral reflüde (VUR) kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri

1-Voiding sistoüretrografi veya videoürodinami ile saptanmış VUR olmalı ve hastanın epikrizinde belirtilmeli

2-Seans başına her üretere en fazla 2cc ödenir.

3-Her bir ureter için birinci enjeksiyon bedeli sözleşmeli tüm sağlık kurumlarınca yapılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Ancak aynı üretere tekrar enjeksiyonlar ise Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde uygulanması halinde ödenir. Aynı üretere en fazla iki seans uygulanması halinde enjeksiyon bedeli karşılanır.

4- Enjeksiyon aralıkları en az 6 ay olmalıdır.

8. SAĞLIK RAPORLARININ DÜZENLENMESİ

8.1. Uzman Hekim Raporlarının Düzenlenmesi

(1) Uzman hekim raporları, ilgili tek uzman hekim tarafından düzenlenecek olup başhekimlik mührü (özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür kaşesi) ve ıslak imza onayının bulunması zorunludur.

8.2. Sağlık Kurulu Raporlarının Düzenlenmesi

(1) İlgili daldan üç uzman hekimin katılımıyla, 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. Sağlık kurulu raporlarına ait istisnai düzenlemeler SUT' ta ayrıca belirtilmiştir.

9. FATURALANDIRMA VE ÖDEME

9.1. MEDULA Sistemi

(1) Sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler ile karşılığı ödeme işlemlerinin elektronik ortamda yürütülmesi MEDULA olarak isimlendirilen sistem üzerinden gerçekleştirilmektedir.

(2) Genel olarak sistem, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi iç iş süreçlerine müdahale edilmeden, hastane yönetim sistemine entegre edilecek web servisleri ile bilgilerin aktarılması şeklinde çalışmaktadır.

(3) MEDULA sistemi, bilgilerin elektronik ortamda aktarılması işlevinin yanı sıra, teknik imkanlar ölçüsünde, ödeme kurallarının da sisteme eklenmesi ile sağlık hizmeti sunucularının sağladıkları bu hizmetlerin kurallara uygunluğunu kontrol etmelerine katkı sağlama amacı da taşımaktadır.

(4) Sunulan hizmete ilişkin MEDULA sisteminden alınan provizyonlar ön izin niteliğinde olup, mevzuat ile açıkça belirtilmediği sürece hiçbir zaman tek başına yeterli sayılmayacak, bunlarla ilgili sisteme eklenememiş diğer kurulların varlığı halinde gerekli kontroller sağlık hizmeti sunucularınca yapılmaya devam edilecektir.

9.2. Fatura Düzenlenmesi

9.2.1. Sağlık Kurum ve Kuruluşları Faturalarının Düzenlenmesi

(1) MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan tüm kişiler için, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak hem de MEDULA sisteminden elektronik olarak; tek bir fatura düzenleyeceklerdir. Ancak herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılmayan bir sağlık hizmeti olması halinde bu sağlık hizmeti işleminin bittiği tarihi takip eden en geç 4 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dahil edilecektir. Ayrıca kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda kuruma fatura edilemeyen sağlık hizmet bedelleri ile takip numarası alınmamış vefat eden hastalara manuel olarak fatura edilebilecektir.

(2) Ancak, Kurumca örneklemeye dâhil edilmeksizin tamamı inceleneceğinden;

a) Trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarında her hasta için ayrı ayrı,

b) (a) bendinde sayılan haller hariç olmak üzere SUT'un 3.1.3(2)b bendinde sayılan hallerdeki işlemler, kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, ağız ve diş tedavileri ile ilgili olarak damak yarığı protezi, yeni doğanda preoperatif aparey, velum uzantılı konuşma apareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplike çene defektlerinin protetik tedavileri, yüz protezlerine ait işlemlerin faturaları ayrı ve tek bir grup halinde,

c) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke ve bağlı olunan sosyal güvenlik il müdürlüğü bazında ayrı ayrı (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmıyaya kadar manuel),

ç) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla

MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilenlere ait faturaların ayrı tek grup halinde manuel,

d) Mücavir alan dışı ambulans ücretleri her hasta için ayrı ayrı (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmaya kadar manuel),

düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol hükümlerinde faturalama ile ilgili hükümler saklıdır.

9.2.2. Eczane Faturalarının Düzenlenmesi;

(1) Eczaneler tarafından, her ayın ilk ve son gününü kapsayan döneme ait reçeteler, o ayın son günü tarihini taşıyacak şekilde sonlandırılır ve faturalandırılır.

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilerin reçetelerine ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere manuel,

b) Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;

1- İş kazasına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı (sadece iş kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir) olmak üzere manuel,

2-"Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürlü olduğu özürlü sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

3- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tespit edilen kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

4- Acil haller nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

5- Koruyucu sağlık hizmetleri nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

6- Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık halini kapsayan analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürlülük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

7- Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı manuel,

c) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere,

ç) Yatan hasta reçeteleri, günübirlik tedavi reçeteleri ve sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

d) Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

e) Yukarıdaki grupların dışında kalan reçetelere ait faturalar,

ayrı ayrı üçer nüshalı (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

(2) Birinci fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen reçeteler hariç olmak üzere; içeriğinde en az bir raporlu ilaç, kan ürünü veya hemofili ilacı bulunan reçeteler, ilgisine göre (ç) veya (d) bentlerinde belirtilen reçete grubuna dâhil edilerek faturalandırılacaktır.

9.2.3. Optisyenlik Müesseseleri Faturalarının Düzenlenmesi;

(1) Optisyenlik müesseseleri, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üçer nüshalı), hem de MEDULA-optik sisteminden elektronik olarak; Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyeceklerdir.

(2) Ancak;

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere ve MEDULA-optik sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmaya kadar manuel düzenlenecektir.

b) SUT'ta sağlık raporu ile temin edileceği belirtilen gözlük/ cam/ çerçeve reçeteleri için diğer reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenecektir.

9.3. Sağlık Hizmet Sunucuları İçin Fatura Eki Belgeler;

(1) Aşağıdaki maddelerde sayılan fatura eki belgeler, incelenme ve ödeme yapılmak üzere Kuruma

gönderilecektir. Ancak örnekleme yöntemi ile incelenen işlemlere ait fatura eki belgelerden, örnekleme düşmüş olanlar Kuruma gönderilecek; örnekleme dışında kalan işlemlere ait olanlar ise ihtiyaç duyulması halinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucularında muhafaza edilecektir. Kuruma gönderilmesi gereken belgelerden elektronik ortamda gönderilmesine başlanılan belgelerin ayrıca basılı olarak gönderilip gönderilmeyeceği Kurumca belirlenecektir.

(2) Sağlık kurum ve kuruluşlarının fatura eki belgeleri;

- Ayaktan tedaviler için brans bazında ayrılmış olarak,
- Yatarak tedaviler için brans bazında ayrılmış olarak,
- SUT'un 9.2.1 numaralı maddesinde ayrı fatura edileceği belirtilen işlemler her bir işlem başlığı altında ayrılmış olarak,

ayrı klasörlerde tasnif edilerek düzenlenmiş olmalıdır.

(3) Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları için fatura eki belgelerin hangilerinin getirileceği konusunda Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol hükümleri saklıdır.

9.3.1. Sağlık Kuruluşları İçin Fatura Eki Belgeler;

9.3.1.A- Fatura üst yazısı

(1) Sağlık kuruluşunun adı, kodu, adresi, hasta sayısı, teslim edilecek klasör sayısı, fatura dönemi, fatura tutarı, sağlık kuruluşunun banka şube ve hesap numarasını ihtiva eden ve ilgili sağlık kuruluşu/döner sermaye saymanlığı tarafından onaylanmış fatura üst yazısı.

9.3.1.B- İcmal listesi

(1) Aşağıda belirtilen bilgilerin yer aldığı, icmal listesi;

• Sıra no (birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait icmal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir),

- Hasta adı soyadı ve telefon ve/ veya adres bilgileri,
- Hasta bazında hizmet tutarı,
- Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı.

9.3.1.C- Hizmet detay belgesi

(1) Aşağıdaki bilgilerin yer aldığı, hastalara ait protokol numarası sırasına göre hazırlanmış hizmet detay belgesi;

- Hastanın adı soyadı,
- T.C. Kimlik Numarası,
- Muayene tarihi,
- Ön tanı veya tanı (kısaltma yapılmayacak),
- İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,
- Başvuru başına ödeme uygulamasına dahil olmayan ve SUT'ta belirtilen işlemlere ait birim puanları ve tutar, belirtilecektir.

9.3.1.Ç- Diğer belgeler

1- Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilere ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi bulunabilen her türlü belge ile iş kazalarında iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı yer alacaktır.

2- Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesinin fotokopisi (MEDULA sisteminde müstahaklık sorgulaması yapılmıncaya kadar),

3- Diş tedavilerinde, SUT'un 9.3.1.A, 9.3.1.B ve 9.3.1.C maddelerinde sayılan belgelere ilave olarak;

• Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

• Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan "Diş Müstahaklık Belgeleri", ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları, büyük-orta-küçük operasyonları vb.de açıklayıcı operasyon bilgileri,

• Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

• Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise).

4- Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstehak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi.

5- SUT ve eki listelerde ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler.

9.3.2. Sağlık Kurumları İçin Fatura Eki Belgeler;

9.3.2.A- Fatura üst yazısı

(1) Sağlık kurumu başhekimliği tarafından onaylanmış fatura üst yazısında;

- Sağlık kurumunun adı,
 - Sağlık kurumu kodu,
 - Sağlık kurumu adresi,
 - Fatura dönemi,
 - Hasta sayısı (brans bazında ve toplam),
 - Teslim edilecek klasör sayısı,
 - Fatura tutarı (brans bazında ve toplam),
 - Sağlık kurumunun banka şube ve hesap numarası,
- bilgileri yer alacaktır.

9.3.2.B- İcmal listesi

(1) Aşağıda belirtilen bilgilerin yer aldığı, her brans için ayrı ayrı düzenlenmiş icmal listesi;

• Sıra no (bir brans için birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait icmal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir.

- Hasta adı soyadı ve telefon ve/ veya adres bilgileri,
- Hasta bazında hizmet tutarı
- Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı.

9.3.2.C- Epikriz

(1) Yatarak tedavilerde ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tüm sağlık hizmetleri için epikriz düzenlenecek olup epikrizlerde;

- Epikriz notu, bilgisayar çıktısı olarak veya daktilo ile yazılmış olmalıdır.
- Hasta tarafından beyan edilen adres ve telefon numarası yer almalıdır.
- Hasta yatış ve çıkış günlerinin tarihleri belirtilmiş olmalıdır.
- İlgili hekimin bilgileri ve imzası bulunmalıdır.
- Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu ve uygulanan tedavi belirtilmelidir.
- Epikrizlerdeki ameliyat isimleri SUT'taki terminolojiye uygun olarak yer almalı ve ilgili kod numarası yazılmış olmalıdır.

- Patolojik işlem fatura edilmişse patoloji tanısı yer almalıdır.
- Anestezi tipinin belirtilmesi gerekir.
- Kullanılan kan ve kan bileşenleri, miktarları ve ünite numaraları belirtilmiş olmalıdır.
- Hastaya kullanılan iyileştirici nitelikteki (endoprotez vb.) tıbbi malzemeler
- SUT'un [6.2](#) numaralı maddesinde yer alan ilaçlar için ilaç ödeme kriterlerine uygunluğu, belirtilmelidir.

9.3.2.Ç- Hizmet detay belgesi

(1) Aşağıdaki bilgilerin yer aldığı her hasta için ayrı ayrı düzenlenmiş hizmet detay belgesi;

- Hastanın adı soyadı,
- T.C Kimlik Numarası,
- Provizyon no/MEDULA takip no,
- Muayene tarihi,
- Ön tanı ve/veya tanı (kısaltma yapılmayacak),
- İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,
- Tıbbi malzemelerin adı, adetleri, birim fiyatları, SUT'ta yer alanların SUT kodları, varsa devredilen Emekli Sandığı protokol kodları, onaylanmış ürün numarası,

• Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında değil, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı, (parenteral ilaçlar için hizmet detay belgesinde hastaya verilen dozlar (mg, ıu, ml vb) belirtilecek ancak fiyat ve tutarlar kutu/ adet üzerinden fatura edilecektir.)

9.3.2.D- Diğer belgeler;

1- MEDULA sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen nedenlerle müstahaklık sorgulaması yapılmadan işlemleri yürütülen ve daha sonrasında sağlık kurumunca yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilen kişiler için işlemleri yürütmeye esas belge,

2- Sevkle başvuran hastalar için tedavi sevk belgesi,

3- Özel sağlık kurumlarınca temin edilen tıbbi malzemeler için malzemeye ait alış faturasının bir örneği,

4- Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilere ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi bulunabilen her türlü belgeler ile iş kazalarında iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı yer alacaktır.

5- Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi,

6- Mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri kuptürleri.

7- Diş tedavilerinde ilave olarak;

• Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

• Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan "Diş Müstahaklık Belgeleri",

• Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları, büyük-orta-küçük operasyonları vb.de, bilgisayar çıktısı ya da daktilo ile yazılmış açıklayıcı operasyon bilgileri,

• Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

• Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise).

8- Yatan hastalar için kullanılan ve Kuruma faturalandırılabilir toplam ilaç ve tıbbi malzeme tutarının belirtildiği, hastane yetkilisi tarafından imzalanmış ve kaşesi basılmış talep yazısı,

9- SUT ve eki listelerde, Kurumun yapacağı sözleşmelerde ve yayımladığı genelgelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler,

10- Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstehak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi.

9.3.3. Eczane ve Optisyenlik Müesseseleri İçin Fatura Eki Belgeler;

(1) Eczane ve optisyenlik müesseseleri için SUT'ta ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde belirtilen belgeler faturaya eklenecektir.

(2) SUT'un 9.2.2 ve 9.2.3 numaralı maddelerinde ayrı fatura edileceği belirtilen reçeteler ayrı ayrı tasnif edilmiş olmalıdır.

9.4. Fatura ve Eki Belgelerin Teslimi;

(1) Sağlık hizmeti sunucuları, fatura ve eki belgeleri Kurumun www.sgk.gov.tr adresinde duyurulan ilgili birimine teslim edeceklerdir. Kargo veya iadeli taahhütlü veya normal posta ile gönderilen belgeler, Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih esas alınarak işlem görecektir. Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi mücbir sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmeyen fatura olarak değerlendirilmez.

(2) Kurumun ilgili birimindeki "evrak kayıt" servisinde, sağlık hizmet sunucusu tarafından teslim edilmek üzere getirilen faturaların usulüne uygun olarak tasnif edilip edilmediğine, klasör veya klasörlerdeki fatura üst yazısında yer alan bilgilerin uygun olup olmadığına bakılır ve uygun görülmeyenler iade edilir. Kargoyla iade edilen fatura ve ekleri ödemeli olarak gönderilir. Uygun olduğu tespit edilen faturalar "evrak kayıt numarası" verilerek teslim alınır.

(3) Eczane ve optisyenlik müesseselerininin fatura ve eki belgeleri, eczane ve optik sözleşmelerinde belirtilen esas ve usullere göre Kuruma teslim edilecektir.

9.5. Ödeme İşlemleri;

(1) Sağlık hizmeti sunucularınca Kuruma teslim edilen fatura ve eki belgeler, Kurumca belirlenen yöntemlere göre incelenir ve ödemesi yapılır.

10.SON HÜKÜMLER

10.1. Tedavi Giderlerine Ait Katma Değer Vergisi

(1) SUT ve eki listelerde yer alan birim puanlar/ fiyatlar katma değer vergisi hariç olarak tespit edilmiştir. Katma değer vergisi, ilgili mevzuatı çerçevesinde ayrıca ödenecektir.

10.2. Duyurular

(1) Kurumun her türlü duyuruları www.sgk.gov.tr adresinde yayımlanacaktır.

10.3. Geçici Madde

(1) SUT'un 1.2(1)c bendinde tanımlanan kişiler ile bakmakla yükümlü olduklarının sağlık hizmetlerinin karşılanmasında; Maliye Bakanlığınca 31/12/2009 tarih ve 27449 sayılı Beşinci Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanan "Kamu Personelinin Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumuna Devrine İlişkin Tebliğ" hükümleri de dikkate alınacaktır.

10.4. Yürürlükten Kaldırılan Hükümler

(1) 29/9/2008 tarihli ve 27012 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği", değişiklikleri ve ekleri ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

(2) 2008 Yılı Sağlık Uygulama Tebliğine yapılmış olan atıflar, bu Tebliğin ilgili maddesine yapılmış sayılır.

10.5. Yürürlük

Bu Tebliğin;

a) Eki EK-2/G Listesi ile eki EK-5/A Listesinde yer alan 302.542 ila 302.547 kod numaralı işlemler ve 380.031

kod numaralı işlem fiyatları 15/1/2010 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
b) Diğer hükümleri 01/4/2010 tarihinde,
yürürlüğe girer.

10.6. Yürütme

(1) SUT hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.
Tebliğ olunur.

E K L E R				
EK-1	EK-2	EK-3	EK-4	EK-5
EK-6	EK-7	EK-8	EK-9	EK-10