

TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumundan:**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ**

MADDE 1- 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı 1. Mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” nin (SUT) “Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler” başlıklı (3.2.5) numaralı maddesinin dokuzuncu fıkrasındaki “3.2.3.B numaralı maddede” ibaresi “3.2.3 numaralı maddesinin (1) numaralı fıkrasında” olarak değiştirilmiştir.

MADDE 2- SUT’ un “İlave Ücret Alınmayacak Kişiler” başlıklı 3.3.2 maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrada yer alan “Kurumla sözleşmeli” ibaresi madde metninden çıkarılmıştır.

b) Birinci fıkranın (c) bendinde yer alan “ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden” ibaresi bent metninden çıkarılarak aynı maddenin birinci fıkrasının son cümlesinde yer alan “otellilik” ibaresinden önce gelmek üzere eklenmiştir.

MADDE 3- SUT’un “Günübirlik tedavi” başlıklı 4.1.2.B maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bentler eklenmiştir.

“e) 15/2/2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” eki “Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi” nde yer alan işlemler,

f) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan ve 1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge” doğrultusunda Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları bünyesinde oluşturulan evde bakım hizmeti vermek üzere kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleri.”

MADDE 4- SUT’un “Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları” başlıklı 4.5.4.F-3. numaralı maddesinin birinci fıkrasının (ç) bendi madde metninden çıkarılmıştır.

MADDE 5- SUT’ un “Subkutan/İntramuscular Metotreksat, Leflunomid, Altın Preparatları, Anti-TNF İlaçlar ve Rituksimab (Romatoid Artrit) Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.1 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Subkutan/intramuscular metotreksat” başlıklı 6.2.1.A numaralı alt maddenin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Oral metotreksata yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen romatoid artritli, erişkin psöriyatik artritli veya poliartriküler juvenil idiyopatik 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.”

b) 6.2.1.Ç numaralı maddenin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“6.2.1.Ç- Biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçlar, rituksimab ve abatasept kullanım ilkeleri”

c) “Anti TNF (Tümör Nekrozis Faktör) ilaçlar “ başlıklı 6.2.1.Ç-1 numaralı maddenin (1), (2), (3) ve (10) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(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) 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 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28’te toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme 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 (BASDAİ) >5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı>28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri veya MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroiliit/spondiliti olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

(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 (BASDAİ) >5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı>28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

(10) Fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immunsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4. ayında tedaviye cevap alınmaması (Hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile adalimumab ve infliksimab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanır.”

ç) “Rituksimab” başlıklı 6.2.1.Ç-2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.1.Ç-2- Rituksimab

(1) Romatoid Artritli hastalarda, methotreksat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artriti bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavilerine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU>5.1 olan) erişkin hastalarda, en çok 6 kür (12 infüzyon) olacak şekilde bu durumun belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

(2) Sağlık kurulu raporu en fazla 1 yıl süreli olarak aşağıdaki şekilde düzenlenir.

a) Romatoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık tesislerinde, en az bir romatoloji uzman hekimi ile birlikte nöroloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.

b) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı ile birlikte nöroloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.”

d) Aşağıda yer alan düzenleme 6.2.1.Ç maddesine “6.2.1.Ç-3-Abatasept” alt maddesi olarak ilave edilmiştir.

“6.2.1.Ç-3-Abatasept;

(1) Romatoid artritli hastalarda, metotreksat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artriti bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU>5.1 olan) erişkin hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

(2) Abatasept ile tedaviye 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 tedaviye devam edilebilir.

(3) Abatasept ile tedavinin devamında 6 ayda bir DAS 28 kriterine 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.”

MADDE 6- SUT'un “Lizozomal Hastalıklar İçin Tedavi İlkeleri” başlıklı 6.2.10 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.10. Lizozomal Hastalıklar İçin Tedavi İlkeleri

6.2.10.A- Gaucher hastalığında tedavisi esasları

(1) Teşhis için, periferik kandan veya dokudan enzim (Glucocerebrosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur.

(2) 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.

6.2.10.A.1- Tip I ve Tip III Gaucher hastalarında Enzim Tedavisine Başlama ve Sonlandırma Kriterleri

(1) Enzim tedavisi, aşağıdaki kriterlerden en az birisinin varlığında hastaya 2 haftada bir gün en fazla 30 IU/kg dozunda uygulanacaktır;

a) Hastanın hemoglobin değerinin erişkinler için 8 ile 10 g/dl arasında olması, çocuklar için yaşa göre normalin alt sınırının 2 g/dl nin altında olması,

b) Kan trombosit sayısının 50.000 ile 100.000/mm³ olması,

c) Karaciğer volümünün normalinin 1,25 ile 2,5 kat artmış olması,

ç) Dalak volümünün 5 ile 15 kat artmış olması,

d) DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun hastanın yaş grubuna göre – 1,5 ile – 2,5 SD arasında olması,

e) Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının olması.

(2) (1) numaralı fıkrada sıralanan hükümler doğrultusunda ilk tedavi başlangıcından itibaren 6 ncı ayın sonunda tedaviye başlangıç kriter/kriterlerde düzelme görülmez ise 1 yıl boyunca 2 haftada bir gün en fazla 60 IU/kg uygulanacaktır. Yapılacak bu tedavi sonrasında başlangıca göre düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birisinin varlığında ise hastaya doğrudan 2 haftada bir gün en fazla 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanacaktır;

a) Hemoglobin değerinin erişkinler ve çocuklar için 8 g/dl nin altında olması,

b) Kan trombosit sayısının 50.000 /mm³ altında olması,

c) Karaciğer volümünün normalin 2,5 katının üstünde artmış olması,

- ç) Dalak volümünün 15 katın üstünde artmış olması,
 - d) DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun erişkin hastanın yaş grubuna göre – 2,5 SD altında olması, çocuklarda boy ve/veya kilo gelişiminin yaşa göre -2 SD altında olması,
 - e) Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının ve patolojik kırıklarının olması,
 - f) Hastalığa bağlı olarak kronik kemik ağrılarının oluşması ve geçirilmiş eklem ameliyatının olması.
- (4) (3) numaralı fıkra da sıralanan hükümler doğrultusunda, 2 haftada bir gün 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanan hastalarda 1 nci yılın sonunda yapılan değerlendirmede hastanın tedaviye başlamasına esas olan kriter/ kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

(5) Daha önceki SUT hükümlerine göre tedaviye başlanan hastalarda tedavi, rapor süresi sonuna kadar devam eder. Bu sürenin sonunda düzenlenecek yeni raporda; yukarıda yer alan tedaviye başlangıç kriter/ kriterlerin herhangi birisinde düzelme olduğunun belirtilmesi koşuluyla yukarıda belirtilen dozlara göre tedaviye devam edilir.

6.2.10.A.2-Substrat İnhibisyon Tedavi Kriterleri

- (1) Gaucher hastalığında ilk tedavi seçeneği enzim replasman tedavisidir. Ancak;
 - a) Enzim tedavisine ağır alerjik reaksiyonlar veya hipersensitivite geliştirenlerde,
 - b) Enzim tedavisi kriter/ kriterleri kapsamında enzim tedavisi kesilmiş olan hastalarda, miglustat tedavisine geçilir.
- (2) Miglustat tedavisine yanıt, enzim tedavisinden miglustat tedavisine geçişe neden olan kriter/ kriterler açısından takip edilir. Birinci yılın sonunda tedaviye başlanmasına esas olan bu kriter/kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda miglustat tedavisi kesilir.

6.2.10.A.3-Rapor ve Reçeteleme Koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriteri/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.B- Fabry Hastalığı Tedavi Esasları

(1) Teşhis için, periferik kandan veya dokudan enzim (Alfa Galactosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur. (Enzim düzeyi normal saptanan bayan hastalarda moleküler analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur.)

6.2.10.B.1-Enzim Tedavisine Başlama ve Sonlandırma Kriterleri

- (1) Aşağıdaki kriterlerden herhangi birisinin varlığında enzim replasman tedavisi uygulanır.
 - a) Böbrek fonksiyonlarında bozulma (Aşağıdaki kriterlerden herhangi birisinin varlığı)
 - Yaşa göre ayarlanmış kreatinin klerensinin (glomerül filtrasyon hızı) 80 ml/dk altında olması,
 - 24 saatte 300 mg üzerinde proteinüri olması,
 - Böbrek biyopsisinde endotelial depolanmanın varlığı ile birlikte mikroalbuminüri olması.
 - b) Kalp tutulumunun gösterilmesi (EKG veya ECHO veya Anjiyografi veya elektrofizyolojik çalışma ile)
 - c) Nörolojik tutulumun gösterilmesi
 - ç) Gastro İntestinal Sistem bulgularının olması
 - d) Vertigo ataklarının olması
 - e) İşitme kaybının olması
 - f) Diğer tedavilere yanıtsız nöropatik ağrının olması
- (2) Enzim tedavisi uygulanan hastalarda 1 nci yılın sonunda yapılan değerlendirmede hastanın tedaviye başlamasına esas olan kriter/ kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

6.2.10.B.2-Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimler ve nefroloji uzman hekimince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.C-Mukopolisakkaridoz Tip I, II ve VI (Glikozaminoglikan) Hastalığı tedavi esasları

(1) Teşhis için; periferik kandan veya dokudan enzim (Tip I için; L-İduronidase, Tip II için; İduronidate -2-sulfate sulfatase, Tip VI için; N-Acetyl Galactoseamine-4-Sulfatase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur.

6.2.10.C.1-Enzim Tedavisine Başlama ve Sonlandırma Kriterleri

- a) Hastalarda; multiple sülfataz eksikliği olmamalıdır.
- b) 24 aylığın altındaki çocuk hastalarda teşhis için gerekli kriterler olması halinde tedaviye başlanır.
- c) 24 ayın bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; “Denver Gelişim Envanteri” veya “Ankara Gelişim

Envanteri” uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilir. Değerlendirme sonucuna göre ileri derecede zeka özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ özürlü saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz, tedavi başlanmış ise sonlandırılır.

ç) 72 ay üzeri hastalarda; “Çocuklar İçin Weshler Zekâ Ölçeği” (WISC-R) testine göre IQ seviyesi 60 ve üzerinde olanlarda tedaviye başlanır. Bu testin çeşitli nedenlerle uygulanamaması durumunda “Denver Gelişim Envanteri” uygulanır. Buradaki sonuç -2 SD nin altında değilse tedavi başlanır.

d) Erişkin hastalarda WAIT testine göre tespit edilen IQ seviyesi 60 ve üzerinde olanlara tedavi başlanır.

e) Tip I Mukopolisakkaridozda; Enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmış ve başarılı olmuş hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir.

f) Kemik iliği replasman tedavisinin başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.

g) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra hastanın tedaviden fayda gördüğünün raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

6.2.10.C.2-Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.Ç-Pompe Hastalığı Tedavi Esasları

(1) Teşhis için, periferik kandan veya dokudan enzim (α -glucosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur.

6.2.10.Ç-1- Enzim Tedavi Kriterleri

(1) İki yaş ve altındaki tüm hastaların tedavisine doğrudan başlanır.

(2) İki yaş üstündeki hastalarda ise yaşam kalitesini bozacak derecede kas veya solunum sistemi veya kalp tutulumunun olması durumunda enzim replasman tedavisi başlanır.

6.2.10.Ç-2-Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.D- Niemann-Pick Tip C Hastalığı Tedavi Esasları

(1) Teşhis için, Filipin Boyası veya moleküler analiz veya fonksiyonel çalışma ile Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleştirilir.

6.2.10.D.1- Enzim Tedavi Kriterleri

(1) Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleştirilen ve nörolojik bulgusu saptanan her hastada tedaviye başlanır.

(2) Tedavinin başlangıcından itibaren 6 ncı ayın sonunda nörolojik bulguları başlangıca göre stabil kalan veya düzelme görülen hastalarda tedaviye devam edilir.

6.2.10.D.2-Rapor ve Reçeteleme Koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.E- Diğer Lizozomal Depo Hastalıklarının Tedavi Esasları

(1) Mukopolisakkaridoz tip III, IV ve VII, Wolman hastalığı ve Kolesterol Ester Depo Hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji veya nöroloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilecektir.”

MADDE 7- SUT’un “Spesifik/hiperimmün iv immünglobulinlerin kullanım ilkeleri” başlıklı 6.2.12.A numaralı maddesinin (3) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(3) Hepatit B İmmünglobulinin, Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan (Hbs Ag) hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda kullanımı;

a) 100-1000 IU Hepatit B İmmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise her gün (yedi gün boyunca) 2.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrolleriyle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde

sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince aylık toplam 2000 IU dozuna kadar kullanılması uygundur.

b) 5000 IU Hepatit B İmmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise 1., 4. ve 7. günlerde 5.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrolleriyle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince 2 ayda bir toplam 5000 IU dozuna kadar kullanılması uygundur.”

MADDE 8- SUT’un “Hepatit Tedavisi” başlıklı 6.2.13 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Akut ve Kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.”

b) “Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesinin (5), (6) ve (7) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(5) Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye;

a) HBV DNA $\leq 10^7$ 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.

b) HBV DNA $>10^7$ kopya/ml (2.000.000 IU/ml) olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir.

c) Çocuk hastalardan, HBV DNA seviyesi: 10.000 (10^4) kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalarda lamivudin tedavisine 3mg/kg/gün dozunda başlanabilir.

(6) Erişkin hastalar oral antiviral tedavi altındayken;

a) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA’nın pozitifleşmesi veya HBV DNA’nın 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Başka bir antiviralden lamivudine geçişte ve entekavir veya adefovir tedavisinden tenofovir tedavisine geçişte bu koşullar aranmaz Ancak lamivudin kullananlarda (Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalar dışında) entekavir veya telbivudine geçilemez veya eklenemez, adefovir kullananlarda tenofovir eklenemez..

b) Tenofovir veya adefovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen “HBV DNA pozitif” olması durumunda başka bir oral antiviral eklenebilir.

c) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

(7) Oral antiviral tedavinin sonlandırılması

a) 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 güncel laboratuvar sonucu her yenilenen rapora eklenerek, HBsAg kayboluncaya kadar kullanılabilir.”

c) “Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesine (8) numaralı fıkra olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

“(8) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, başlama kriterlerinin hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun olduğu yeni raporda belirtilir.”

ç) “Karaciğer sirozunda tedavi” başlıklı 6.2.13.B numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.13.B- Karaciğer sirozunda tedavi

(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) veya HCV RNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanılabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatit B tedavisinde, HCV RNA (+) olanlar için kronik hepatit C tedavisinde olduğu gibidir.”

d) “İmmüsupresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi” başlıklı 6.2.13.C numaralı alt maddesine (3) numaralı fıkra olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

“(3) HBsAg negatif olduğu durumlarda HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti HBc pozitifliği durumlarında İmmüsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalara ALT yüksekliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın lamivudin kullanılabilir. Söz konusu tedavilerin bitiminden sonraki en fazla 12 ay boyunca da Lamivudin kullanılabilir.”

e) “Viral hepatit tedavisinde genel prensipler” başlıklı 6.2.13.F numaralı alt maddesinin (2) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

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

MADDE 9- SUT’un “Özel düzenleme yapılan ilaçlar” başlıklı 6.2.14.C maddesinde aşağıda yer alan

düzenlemeler yapılmıştır.

a) (3) numaralı fıkranın (c) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

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

b) (3) numaralı fıkranın “Fulvestant” başlıklı (ç) bendinin 1 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“1- Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.”

c) (3) numaralı fıkranın “Azasitidin ve Decitabin” başlıklı (h) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir

“h) Azasitidin ve Decitabin;

A. Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;

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

2- Azasitidin veya Decitabin 4 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50 den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5 in 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.

3- Decitabin, yukarıdaki koşullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede (20mg/m2/gün) toplam 100mg/m2 yi geçmeyecek şekilde kullanılır.

4- Bu ilaçlar birlikte kullanılamaz.

B. Azasitidin; Kronik Miyelomonositer Lösemi (KMML)ve Akut Miyeloid Lösemi(AML) tedavisinde;

1-İçinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

2- Söz konusu teşhislerde en fazla 4 kür kullanılabilir.”

ç) (3) numaralı fıkranın “Pemetrekset” başlıklı (m) bendinin 1 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“1-Lokal ileri evre ya da metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalardan nonskuamöz (adenokarsinom ya da büyük hücreli karsinom) histolojik alt grubunda birinci basamak kemoterapi sonrası progresyon gelişen hastalarda tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.”

d) (3) numaralı fıkranın “Erlotinib” başlıklı (o) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir

“o) Erlotinib; lokal ileri evre ya da metastatik adenokarsinom histolojik tipinde olan küçük hücreli dışı akciğer kanserli, hiç sigara kullanmamış, daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş hastalarda; bu durumun belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, 2. ve üzeri tedavi basamaklarında bu uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.”

MADDE 10- SUT’un “Doğuştan Metabolik Hastalıklar ile Çölyak Hastalığı” başlıklı 6.2.16 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.16- Doğuştan Metabolik Hastalıklar ile Çölyak Hastalığı

(1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” ne ve “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) 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 hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar için yukarıdaki hekimlere ek olarak çocuk alerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerince de rapor düzenlenerek tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları- üre siklus bozuklukları- organik asidemiler); çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu rapora dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayatı öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;

a) 0-12 ay için: 31 TL

b) 1-5 yaş için: 60 TL

c) 5-15 yaş için: 77,50 TL

ç) 15 yaş üstü için: 80 TL tutar ödenir.

(3) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların

kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

a) 0-5 yaş için: 52,50 TL

b) 5-15 yaş için: 80 TL

c) 15 yaş üstü için: 72,50 TL tutar ödenir.

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

(5) 3 ve 4. fıkralarda belirtilen ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.”

MADDE 11- SUT’un “Osteoporoz” başlıklı 6.2.17.A maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (4) numaralı fıkranın c) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“c) Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn Hastalığı veya Ülseratif Kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nervroza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, Cushing Sendromu ve Primer Hiperparatiroidizmde, 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.”

b) (5), (7) ve (8) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

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

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

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

MADDE 12- SUT’un “Osteoporozda Teriparatid kullanımı” başlıklı 6.2.17.E maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.17.E- Osteoporozda Teriparatid kullanımı: Teriparatid: (65 yaş üstü; T skoru -4 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli Endokrinoloji 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.) Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.”

MADDE 13- SUT’un “Palivizumab Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.20 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“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 1 yıl süreli uzman hekim raporuyla dayanılarak bu uzman hekimler veya 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) RSV sezonu başlangıcından önceki son 6 ay içinde kronik akciğer hastalığı (KAH) için medikal tedavi (ek oksijen, bronkodilatör,diüretik veya kortikosteroid) gereksinimi olan 2 yaşın altındaki çocuklarda

b) 28 ncı gebelik haftasında veya daha erken doğmuş olan, RSV sezonu başlangıcında 1 yaştan küçük olan KAH tanılı veya tanısız tüm bebeklerde

c) 29-32 gebelik haftasında doğmuş olan, RSV sezonu başlangıcında 6 aylıktan küçük olan KAH tanılı veya tanısız tüm bebeklerde

d) RSV sezonu başlangıcında 1 yaşından küçük; siyanotik doğuştan kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği tedavisi gerektiren asiyantotik doğuştan kalp hastalığı olan bebekler, Opere edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebekler, önemli pulmoner hipertansiyonlu bebekler (Sistemik basıncın %50’sinden fazlası) ve Hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomyopati bebeklerde kullanılır.

(3) Palivizumab Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla bir hasta için en fazla 5 doz ve maksimum 2 yaşa kadar uygulanmalıdır.”

MADDE 14- SUT’un “Amfoterisin-B, Kaspofungin, Anidilofungin, Vorikonazol, Posakonazol, Itrakonazol

(İnfüzyon ve Solüsyon) Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.23 numaralı maddesinin (5) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(5) Anidulofungin, nötropenik olmayan (mutlak nötrofil sayısı $\geq 500/\text{mm}^3$ olacak ve laboratuvar sonucu aranacaktır.) erişkin hastalarda, invazif kandidiyazis vakalarında reçetelendirilebilir.”

MADDE 15- SUT’un “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde” başlıklı 6.2.24.B numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.24.B- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde

(1) KOAH tanısı konulabilmesi için; SFT (Solunum Fonksiyon Testi) sonucuna göre FEV1 değeri %80 ve altında olması durumu aranır. Bu değer, hasta adına düzenlenmiş raporda ve her rapor yenilenmesinde güncel olarak belirtilir.

(2) 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.

(3) 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.”

MADDE 16- SUT’un “Antiepileptik İlaçların Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.25 numaralı maddesinin (2) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(2) Pregabalin ve zonisamit, nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.”

MADDE 17- SUT’un “Faktörler” başlıklı 6.2.27.A numaralı maddesine (6) numaralı fıkra olarak aşağıda yer alan düzenleme ilave edilmiştir.

“(6) Kombine koagülasyon faktörü/Protrombin kompleksi konsantreleri acil durumlarda;

a) Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce bir günlük dozda reçete edilebilir. İdame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz şemasına uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.

b) Kumarin türevlerinin uygulanması sırasında aktif kanaması olmayan ancak kanama riski yüksek olan hastalarda ise INR değerine bakılır. INR değeri ≥ 5 olan hastalarda hematoloji uzman hekimlerince, hematoloji uzman hekiminin bulunmadığı illerde ise diğer uzman hekimlerce en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir.”

MADDE 18- SUT’un “Statinler ve statin dışındaki lipit düşürücü ilaçlar” başlıklı 6.2.28.A numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (2) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(2) Bu grup ilaçlar, 1x1 dozda reçete edilebilir. Gemfibrozil ile tedavide (trigliserid $>1000 \text{ mg/dl}$ ise) 2x1 dozda endokrinoloji uzman hekim raporu ile yine bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.”

b) (3) numaralı fıkrası madde metninden çıkartılmıştır.

MADDE 19- SUT’un “Niasin” başlıklı 6.2.28.C numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.28.C- Niasin

(1) HDL düzeyi 40 mg/dl ’nin altında olan 18 yaş üzeri hastalarda bu durumun belgelenmesi koşuluyla endokrinoloji, dahiliye veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

MADDE 20- SUT’un 6.2.36 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) Madde başlığı “Parkinson Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri” olarak değiştirilmiştir.

b) (3) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(3) Amantadin sülfat; parkinson hastalığının tedavisi ile ilaçlara bağlı oluşmuş ekstrapiramidal reaksiyonların tedavisinde (tremor, rijidite, hipo veya akinezi), nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir”

c) (4) numaralı fıkrası madde metninden çıkartılmıştır.

MADDE 21- SUT’un “Pegvisomant” başlıklı 6.2.37.A numaralı maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Cerrahi ve/veya radyasyon terapisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon terapisine uygun olmayan aktif akromegali olan ve en az 12 aylık süre ile ve tam dozda uzun etkili somatostatin analogları ile tedaviye rağmen IGF-1 düzeyleri yaşa göre belirlenen normal değerlerin üstünde kalan hastalarda kullanılabilir. Bu hastalar için eğitim ve araştırma ile üniversite hastanelerinde içinde en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.”

MADDE 22- SUT’un “Diyabet Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.38 numaralı maddesinin (2), (3) ve (4) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(2) Repaglinid , Nateglinid ve diğer oral antidiyabetiklerin kombine preperatları; endokrinoloji, iç hastalıkları, kardiyoloji ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(3) Analog insülinler, Pioglitazon, Pioglitazonun oral kombinasyonları veya Pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman

hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) DPP-4 Antagonistleri (Sitagliptin, vildagliptin) ve DPP-4 Antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde ise iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

MADDE 23- SUT’un “Bazı Özel Hastalıklara ve İlaç Kullanımına İlişkin Düzenlemeler” başlıklı 6.2 numaralı maddesine 6.2.40 numaralı madde olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

“6.2.40. Huzursuz Bacak Sendromunda İlaç Kullanım İlkeleri

(1) Pramipeksol hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji veya psikiyatri uzman hekimini tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.”

MADDE 24- SUT’un 6.3 numaralı maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 veya Sağlık Bakanlığının ilaç temin izni ile ilacın kullanım gerekliliğini belirten yazısına dayanarak yurt içinden temin ettikleri ilaçların bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilacın bedeli, aynı ilacın Kuruma mal oluş bedelinden fazla olamaz.”

MADDE 25- SUT’un “İlaç Bedellerinin Ödenmesi” başlıklı 6.5.3 numaralı maddesine (3) numaralı fıkra olarak aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(3) Sağlık Bakanlığınca 17/6/2009 tarihli ve 4099 sayı ile onaylanarak yürürlüğe giren “Eczanelerde Üretilen İlaçlar İçin Tarife” de yer alan fiyatlar MEDULA- Reçete Provizyon Sisteminde güncellenmiştir. Tarifeyi değiştiren yeni bir düzenleme yapılması halinde yeni tarifenin hangi tarihten itibaren uygulanacağı Kurumca belirlenerek duyurulur.

MADDE 26- SUT’un “Tıbbi Malzeme Temin Esasları” başlıklı 7.1 numaralı maddesinin 22 nci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(22) SUT eki “Kurumca Bedeli Karşılanacak Omurga Cerrahisi Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/E) ile “Kurumca Bedeli Karşılanacak Olan Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alanı Tıbbi Malzeme Listesi” nde (EK-5/F) yer alan tıbbi malzemelere ilişkin olarak;

a) Her grup ürünün 15/06/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı olduğunun (FDA, TGA, SFDA gibi) belgelendirilmesi.

b) Her grup ürünün 15/06/2010 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 veya geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge veya ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığından alınacak aynı özellikleri 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 veya onaylanmış kuruluşlarca kabul gören laboratuvarlardan alınmış her grup ürünün materyal, biyomekanik, biyoyoumluluk testlerinin yapıldığı laboratuvarın adı, yeri ve testlerin yapıldığı tarih ve test raporlarının sonucunun özet olarak 15/06/2010 tarihine kadar belgelendirilmesi. Ancak CE Sınıf 3 grubuna giren ürünlerde materyal, biyomekanik, biyoyoumluluk testleri istenmeyecek olup bu grup ürünlerde CE Sınıf 3 sertifikası ve ürün tasarım belgesinin ibraz edilmesi,

ç) Üretici firmalardan GMP (Good Manufacturing Practices) Sertifikası veya 13485 Tıbbi Cihazlar için Kalite Yönetimi Sistemi Belgesi olanların bu belgelerini 15/06/2010 tarihine kadar belgelendirilmesi.

d) İthalatçı firmaların 30/06/2011 tarihine kadar 13485 Tıbbi Cihazlar için Kalite Yönetimi Sistemi Belgesini veya İSO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Belgesini temin etmesi.

e) SUT Eki EK-5/E Omurga Cerrahisi ile EK-5/F Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplasti alan grubunda kullanılan tıbbi malzeme listelerinde yer alan fiyatlar tavan fiyatlardır.

f) 15/06/2010 tarihinden itibaren bu maddenin (a), (b), (c) ve (ç) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz eden firmaların ürünlerine tavan fiyat uygulanacaktır.

g) Bu maddenin (a), (b), (c) ve (ç) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz edemeyen firmaların ürünlerine 30.06.2011 tarihine kadar tavan fiyatların %60’ı oranında ödeme yapılacaktır.

ğ) Bu maddenin (a), (b), (c), (ç) ve (d) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz edemeyen firmaların ürünlerine ise 30.06.2011 tarihinden sonra ödeme yapılmayacaktır.

h) Artroplasti alan grubunda yer alan tıbbi malzemelerden (CE Sınıf 3 kapsamında yer almayan Artroplasti malzemeleri hariç) CE Sınıf 3 sertifikası olmayan malzeme bedelleri Kurumca karşılanmayacaktır.”

MADDE 27- SUT’un “4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olan Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında” başlıklı 7.2.1.A-1 numaralı maddesine dördüncü fıkra olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

“(4) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, 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.”

MADDE 28- SUT’un “4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında” başlıklı 7.2.1.A-2 numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme beşinci fıkra olarak ilave edilmiştir.

“(5) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde en az 1 (bir) 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 önceki son bir yıl içerisindeki en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır (5 (beş) fiyatın altında olması halinde var olan fiyatların ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.”

MADDE 29- SUT’un “Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında” başlıklı 7.2.1.B numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme beşinci fıkra olarak ilave edilmiştir.

“(5) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde farklı en az 3 (üç) 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 önceki son bir yıl içerisindeki en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır (beş fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 (üç) fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.”

MADDE 30- SUT’un “Şeker ölçüm çubukları” başlıklı 7.3.5 nci maddesinin birinci fıkrasının b, c ve d bentleri aşağıda belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiş ve (ç) bendinin sonuna “(e-rapor hariç)” ibaresi eklenmiştir.

b) Kan şekeri ölçüm cihazlarına ait bedeller, Kurumca karşılanacaktır. Kan şekeri ölçüm cihazının yenilenme süresi 2 (iki) yıldır. Bu süreden önce temin edilen kan şekeri ölçüm cihazının bedeli Kurumca ödenmez. Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce alınmış bulunan mevcut kan şekeri ölçüm cihazları 6 (altı) ay süre ile değiştirilemez. Bu süre içinde değiştirilen kan şekeri ölçüm cihazlarının bedelleri Kurumca karşılanmayacaktır.

c) Kan şekeri ölçüm çubukları; sağlık raporunda tedavi protokolü olarak belirtilen adetler esas alınarak en fazla 3 aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde bedeli karşılanır.

d) Kan şekeri ölçüm çubukları ve kan şekeri ölçüm cihazları, sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir. Eczaneler kan şekeri ölçüm cihazları için fark alabilir, ancak kan şekeri ölçüm çubukları için fark alamaz.”

MADDE 31- SUT’un “Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ve göz protezleri” başlıklı 7.3.8 numaralı maddesinin dördüncü ve sekizinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuyla zorunlu görülmesi şartıyla görmede yardımcı olan tıbbi malzemeye ait bedeller, SUT eki EK-6 Kurum tıbbi malzeme listesinde yer alan fiyatları aşmamak üzere ödenir.

a) Prizmatik gözlük camı: Prizmatik camlar, gözlerinde kayma olan hastalarda yani şaşılık tedavisinde, az gören hastalarda (iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında), göz tümörleri ve optik sinirle beyin arasındaki baskılarda kullanılmaktadır. Prizmatik gözlük camı Üniversite Hastaneleri veya Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim Araştırma Hastanelerinde düzenlenen en az bir göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göz hastalıkları uzmanı tarafından tanzim edilen reçetelere istinaden 3 yılda bir yenilenebilir. Ancak prizmatik cam ve fresnel prizması, şaşılığı ve diplopsi olan hastalarda, kayma miktarı değişkenlik gösterebileceği için sağlık kurulu raporunda belirtilmesi şartıyla 6 ayda bir verilebilir.

b) Teleskopik gözlük camı: Doğuştan var olan bozukluklar, kalıtsal hastalıklar, yaralanmalar, şeker hastalığı, glokom, katarakt ve yaşlanmaya bağlı az gören (iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında) hastalarda kullanılan materyallerden biri olup, Üniversite Hastaneleri veya Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim Araştırma Hastanelerinde düzenlenen en az bir göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göz hastalıkları uzmanı tarafından tanzim edilen reçetelere istinaden teleskopik gözlük bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporunda yatan göz hastalığı ve bu hastalığa bağlı olarak görme işlevlerindeki bozulma, reçetede uzak, yakın, uzak-yakın ifadesi olması, büyütme gücü (x olarak), fiks fokus veya fokusable (foküslenebilir) olma durumu belirtilmelidir. Teleskopik gözlükler sağlık raporuyla gerekli görülmesi halinde 3 (üç) yılda bir yenilenebilir. Çocuklarda bu süre sağlık raporuyla gerekli görülmesi halinde 1 yıldır. Gerekli hallerde yakın için kapak (cap) tek veya iki göz için yazılabilir, bu gibi durumlarda ayrıca yakın teleskopik cam ödenmez.

(8) Kontakt lens bedelleri sadece;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda veya,

b) Keratakonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda,

bu durumların üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, göz hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” nde (EK-6) yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır. Kontakt lens kullanan hastalara ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedeli ödenmez. Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

Lenslerin yenilenme süresi 2 (iki) yıldır. Ancak, 6 yaşına kadar olan çocuk olgularda 6 (altı) ayda bir yenilenmesi halinde de bedelleri Kurumca karşılanır. Ayrıca 6 yaşından sonra afakı devam etmesi halinde bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi şartıyla aylık sık replasmanlı kontakt lenslerin bedeli Kurumca karşılanır. İlk verilen afakı raporu 2 yıl geçerlidir.

MADDE 32- SUT’un “Sentetik greftler, kemik allogreftleri” başlıklı 7.3.9 numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme üçüncü fıkra olarak ilave edilmiştir.

“(3) Allogreftlerin ödenebilmesi için AATB ve/veya EATB belgesinin fatura ekinde yer alması gerekmektedir.”

MADDE 33- SUT’un “Artroplasti” başlıklı 7.3.16 numaralı maddesinin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde

değiştirilmiştir.

“(4) Kemik büyüme ve dıştan kaynaştırma uyarıcılarının bedelleri Kurumumuzca karşılanmaz.”

MADDE 34- SUT’un “Bazı Tıbbi Malzemelerin Temin Edilme Esasları” başlıklı 7.3 numaralı maddesine, aşağıdaki düzenleme 7.3.28 numaralı madde olarak ilave edilmiştir.

“7.3.28 Antiembolizm basınç çorabı ve manşonu

(1) Antiembolizm basınç çorabı, yalnız derin ven trombozu profilaksisi endikasyonunda kullanılması halinde bedeli Kurumumuzca karşılanır.

(2) Antiembolizm basınç manşonu, derin ven trombozu profilaksisi, Lenfödem, kronik venöz yetmezlik ve komplikasyonlarının tedavilerinde kullanılması halinde bedeli Kurumumuzca karşılanır.”

MADDE 35- SUT’un “Sağlık Kurum ve Kuruluşları Faturalarının Düzenlenmesi” başlıklı 9.2.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesinde yer alan “bu sağlık hizmeti işleminin bittiği tarihi takip eden en geç 4 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dahil edilecektir” ibaresi “bu sağlık hizmetinin işleminin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 4 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dahil edilecektir.” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 36- SUT’ un “Eczane Faturalarının Düzenlenmesi” başlıklı 9.2.2 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (1) numaralı fıkranın (e) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“e) İçeriğinde en az bir adet geçici karekod etiketli ilaç bulunan reçetelere ait faturalar,”

b) (1) numaralı fıkraya aşağıdaki düzenleme (f) bendi olarak ilave edilmiştir.

“f) Yukarıdaki grupların dışında kalan reçetelere ait faturalar,”

c) (2) numaralı fıkra aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Birinci fıkranın (a), (b), (c) ve (e) 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.”

MADDE 37- SUT eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” nde (EK-2) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Tüberküloz” başlıklı (1) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“1. Tüberküloz

1.1. Anti-tüberküloz ilaçlar

1.1.1. Morfozinamid

1.1.2. Etiyonamid

1.2. Antibiyotikler (çoklu ilaç direnci olan tüberkülozlar)

1.2.1. Kanamisin

1.2.2. Siprofloksasin

1.2.3. Levofloksasin

1.2.4. Moksifloksasin

1.2.5. Gatifloksasin

1.2.6. Amoksisilin/klavunat

1.2.7. Klaritromisin

1.2.8. Rifapentin

1.2.9. Linezolid

1.2.10. Azitromisin

1.2.11. Roksitromisin

1.3. Kortikosteroidler

1.4. Viomisin”

b) 6.4.4 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.4.4. Tauroursodeoksikolik asit*”

c) 7.3.2 numaralı maddesine 7.3.2.3 maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.

“7.3.2.3. Parikalsitol”

ç) 7.4 numaralı maddesine 7.4.3. maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.

“7.4.3. Bartter Sendromu

7.4.3.1. Potasyum Klorür”

d) 7.5.2.2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“7.5.2.2. Calcitonin”

e) “Psikiyatrik hastalıklar” başlıklı 11 numaralı maddesine 11.5 numaralı madde aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir

“11.5. Aktivite ve Dikkat Bozukluğu

11.5.1. Metil fenidat

11.5.2. Atomoksetin hidroklorür”

f) 13.5.3 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“13.5.3. TNF-alfa blokerleri *”

g) 15.4 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“15.4. Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrisyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar. MNGIE (Mitokondriyal Nörogastrointestinal Ensefalomiyelopati)

15.4.1. Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrisyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar

15.4.1.1. Enzim preparatları ve bu grup hastalıkların tedavisine yönelik spesifik ilaçlar ve özel formüllü besleyiciler

15.4.1.2. Vitaminler

15.4.1.3. Sodyum Dikloroasetat

15.4.2. MNGIE (Mitokondriyal Nörogastrointestinal Ensefalomiyelopati)

15.4.2.1. Enzim preparatları ve bu grup hastalıkların tedavisine yönelik spesifik ilaçlar ve özel formüllü besleyiciler

15.4.2.2. Vitaminler, Mineraller, Elektrolit çözeltileri

15.4.2.3. Sodyum Dikloroasetat

15.4.2.4. Heparin

15.4.2.5. Parenteral beslenme ürünleri”

ğ) 15.12 numaralı maddesi listeden çıkartılmıştır.

MADDE 38- SUT eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları” Listesi (EK/2A) bu Tebliğ eki Liste-1 de yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

MADDE 39- SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nin (EK-2/B) 47 numaralı maddesinde yer alan “Moksifloksasin oftalmik formları, (EK-2/A Madde 5.13’e göre)” ibaresi çıkarılmış ve 47 numaralı madde aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“47. Sugammadeks sodyum (Entübasyon güçlüğü yaşanan hastalarda, vertebral cerrahi hastalarında “wake-up” gerektiren durumlarda, Neostigmin kullanımının kontrendike olduğu durumlarda)”

MADDE 40- SUT eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi” nde (EK-2/C) aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (6), (21) ve (37) numaralı maddeleri aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6. **Desmopressin** (Prospektüs endikasyonlarından yalnızca primer enurezis nokturna tedavisinde ve santral diabetes insipidus tedavisinde ödenir. Primer enurezis nokturna endikasyonunda uzman hekimce raporsuz da reçete edilebilir.)

21. Somatostatin ve analogları (Yalnızca intestinal ve pankreatik fistüllerin tedavisi ve gastrointestinal sistemde görülen endokrin tümörlerin aşırı sekresyonlarının semptomatik tedavisi endikasyonlarında ödenir)

37. İloprost trometamol (İntravenöz formları), Alprostadil (Üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik raporları eklenmiş; kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediatrik kardiyoloji uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporu ile yalnızca bu uzman hekimlerce)”

b) Aşağıdaki düzenleme 51 numaralı madde olarak ilave edilmiştir.

“51. Anjiyotensin reseptör blokerleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan, Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil): uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

MADDE 41- SUT eki “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi” nde (EK-2/G) fiyatları güncellenen ve listeye eklenen ilaçlar ile fiyatları, bu Tebliğ eki Liste-2 de belirtilmiştir.

MADDE 42- SUT eki “Protez, Ortezler Ve Diğer Tıbbi Sarf Malzeme Listesi” (EK-5) yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 43- SUT eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi” nde (EK-5/A-1) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) “390.030” kod numarası ile yer alan “Intratekal Baklofen Pompa Seti” ibaresi “Intratekal Baklofen Pompası Dolum Kiti” şeklinde değiştirilmiştir.

b) “370.080” kodu ile yer alan “Kan Şekeri Ölçüm Çubuğu” isimli malzemenin fiyatı 0,32 TL olarak değiştirilmiştir.

c) “KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM CİHAZI” adlı malzeme, “370.081” kod numarası ile birim fiyatı 20 TL olarak Listeye eklenmiştir.

MADDE 44- SUT eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi” ne (EK-5/A-2) eklenen tıbbi malzemeler bu Tebliğ eki Liste-3 de belirtilmiştir.

MADDE 45- SUT eki “Protez Ortez Listesi” nde (EK-5/C) “222600” kodu ile yer alan “Göz Protezleri” nin fiyatı “150 TL” olarak değiştirilmiştir.

MADDE 46- SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” (EK-6), bu Tebliğ eki Liste-4 de yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

MADDE 47- SUT eki “Sağlık Kurumları Puan Listesi” nde (EK-8) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) 2879 sıra numaralı Hidroterapi – Balneoterapi başlığının açıklama bölümünde yer alan “702.030” ibaresinden önce gelmek üzere, “Bu başlık altındaki işlemler tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimleri tarafından,” ibaresi eklenmiştir.

b) “9.8. Meslek Hastalıkları Laboratuvar Tetkikleri” başlığı altında “911.290” kodu ile yer alan “Gaz kromatografisi ile yapılan tetkik” işlem adı “Kromatografi ile yapılan tetkikler (her biri)” şeklinde değiştirilmiştir.

c) 4924 sıra numaralı “9.8. Meslek Hastalıkları Laboratuvar Tetkikleri” başlığının açıklama kısmı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastaneleri ile Kurumca sevk edilen hastalara devlet üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerince yapılması halinde faturalanabilir. (Tarama ve Kurumca yapılan sevkler hariç periyodik amaçlı yapılan işlemler faturalandırılmaz.)”

MADDE 48- SUT eki “Tanıya Dayalı İşlem Listesi” nde (EK-9) “2300” sıra numaralı “ELEKTROFİZYOLOJİK ÇALIŞMA (EFÇ) VE ABLASYON” başlığının açıklama bölümüne aşağıdaki metin eklenmiş ve aynı başlığın altına bu Tebliğ eki Liste-5 de yer alan işlemler, kod numarası sırasına göre eklenmiştir.

“12 yaş altında herhangi bir endikasyon sınırlaması olmaksızın, 12 yaş üstünde ise; septal kökenli supraventriküler taşikardilerde, frenik sinire yakın fokal atrial taşikardilerde, koroner sinüs bölgesi ile HİS bölgesine yakın ventriküler taşikardilerde, epikardiyal aksesuar yollarda yapılan Kriyoablasyon işlemleri faturalandırılabilir. P701031, P701041, P701062, P701063 işlemleri üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılabilir.”

MADDE 49- Bu Tebliğ’in;

- a) 26 ncı maddesi 01/1/2011 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - b) 41 inci maddesi 31/1/2011 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - c) 31 ve 46 ncı maddesi 01/3/2011 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - d) 5 ila 23 üncü maddeleri ile 37 ila 40 ıncı maddeleri yayımı tarihinden 7 iş günü sonra,
 - e) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,
- yürürlüğe girer.

MADDE 50- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

LİSTE-1

EK-2/A

SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI

Tedavi için gerekli görülen antibiyotikler, aşağıda belirtilen esaslara göre reçete edilecektir.

Aşağıdaki Listedeki kısaltma ve ibareler için liste sonunda “AÇIKLAMALAR” bulunmaktadır.

1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER		
A) Penisilinler		
1	Amoksisilin	KY
2	Amoksisilin-Klavulanat (Parenteral)	UH-P
2.1	Amoksisilin-Klavulanat (Oral)	KY
3	Ampisilin	KY
4	Ampisilin Sulbaktam (Parenteral)	UH-P
4.1	Ampisilin Sulbaktam (Oral)	KY
5	Azidosilin	KY
6	Bakampisilin	KY
7	Mezlosilin	UH-P, A 72
8	Penisilin (Prokain, Benzatin, Kristalize, Pen V, Fenoksimetil)	KY
9	Piperasilin	UH-P, A 72
10	Piperasilin-Tazobaktam	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
11	Tikarsilin Klavulanat	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
12	Karbenisilin	UH-P, A 72
13	Sulbaktam	EHU
B) Sefalosporinler		
1. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefadroksil	KY

2	Sefaleksim	KY
3	Sefazolin	KY
4	Sefradin	KY
5	Sefalotin	KY
2. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefaklor	KY
2	Sefoksitin	UH-P
3	Sefprozil	KY
4	Sefuroksim (Parenteral)	UH-P
5	Sefuroksim Aksetil	KY
6	Lorakarbef	KY
3. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefiksim	UH-P
2	Sefodizim	UH-P
3	Sefoperazon	UH-P, A 72
4	Sefoperazon-Sulbaktam	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
5	Sefotaksim	UH-P, A 72
6	Seftazidim	UH-P, A 72
7	Seftizoksım	UH-P, A 72
8	Seftriakson	UH-P, A 72 APAT'TA KY (Bakınız 6/a)
9	Sefditoren	UH-P
10	Sefdinir	UH-P
11	Sefpodoksım Proksetil	UH-P
12	Seftibuten	UH-P
4. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefepim	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
C) Diğer Betalaktam Antibiyotikler		
Monobaktamlar		
1	Aztreonam	UH-P, A 72
Karbapenemler		
1	İmipenem	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
2	Meropenem	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
3	Ertapenem	1x1 dozda (EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi)
4	Doripenem	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
2-MAKROLİD VE LİNZOLİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
A) Makrolidler		
1	Azitromisin	KY
2	Diritromisin	KY
3	Eritromisin	KY
4	Klaritromisin Oral	KY
5	Klaritromisin MR	KY
6	Klaritromisin Paranteral	UH-P
7	Roksitromisin	KY
8	Spiramisin	KY

9	Treoleandomisin	KY
10	Telitromisin	K-AB (Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
B) Linkozamidler		
1	Klindamisin	KY
2	Linkomisin	KY
3	Doksisiklin	KY
C) Tetrasiklinler		
1	Tetrasiklin	KY
2	Tetrasiklin – Nistatin	KY
3	Oksitetrasiklin	KY
4	Tigecycline	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi ve yatan hasta
3- AMFENİKOLLER		
1	Kloramfenikol	KY
2	Tiamfenikol	KY
4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
1	Amikasin	UH-P
2	Gentamisin	KY
3	İsepamisin	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
4	Kanamisin ve Türevleri	KY
5	Neomisin ve Kombinasyonları	KY
6	Netilmisin	UH-P
7	Streptomisin	KY
8	Tobramisin Parenteral	UH-P
5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
1	Siprofloksasin Oral	KY
2	Siprofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
3	Enoksasin	KY
4	Levofloksasin Oral	K-AB (Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
5	Levofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
6	Norfloksasin	KY
7	Ofloksasin Oral	KY
8	Ofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
9	Pefloksasin Oral	KY
10	Pefloksasin Parenteral	KY
11	Moxifloksasin Oral	K-AB (Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
12	Moxifloksasin Parenteral	UH-P, A 72
13	Moksifloksasin oftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.
14	Lomefloksasin	KY
15	Gatifloksasin oftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi

		tarafından reçete edilir.
16	Gemifloksasin oral	K-AB (Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
6- ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER		
A) Antistafilokokal Penisilinler		
1	Flukloksasilin	KY
2	Nafsilin	UH-P
B) Glikopeptid Antibiyotikler		
1	Vankomisin	EHU** veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
2	Teikoplanin	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi APAT'TA KY (Bakınız 6/b)
3	Basitrasin	KY
4	Polimiksin B	KY
5	Kolistin ve Türevleri	KY
5.1	Kolistimetat	EHU (Çoklu ilaç direnci gösteren gram negatif bakteri enfeksiyonlarında kültür antibiyogram sonucu ile kullanılır)
C) Diğer Antistafilokokal Antibiyotikler		
1	Fusidik Asit ve Tuzları	KY
2	Sodyum fucidat enjektabl formu	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
3	Mupirosin	KY
4	Linezolid	EHU
5	Daptomisin	(Erişkinlerde metisiline duyarlı ve dirençli S. aureus izolatlarının neden olduğu sağ taraf infektif endokarditi, bakteremiler ve komplike cilt yumuşak doku enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılır.) Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı tarafından yazılır
7- ANSAMİSİNLER		
1	Rifabutin	UH-P
2	Rifamisin	KY
3	Rifampisin	KY
8- SULFONAMİD ANTİBİYOTİKLER VE TRİMETOPRİM KOMBİNASYONLARI		
1	Sulfisoxazole	KY
2	Sulfadiazin	KY
3	Sulfametoksipridazin	KY
4	Sulfametoksazol	KY
5	Trimetoprim	KY
6	Trimetoprim Sulfametoksazol	KY
9-ANTİANAEROBİK ETKİLİ ANTİBİYOTİKLER		
1	Metronidazol Parenteral	KY
2	Metronidazol (üre kombinasyonları dahil)	KY
3	Ornidazol	KY
4	Seknidazol	KY
5	Tinidazol	KY
10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER		
1	Amfoterisin B (Klasik)	UH-P, A 72

2	Kaspofungin	Madde 6.2.23 esaslarına göre
3	Flukonazol Parenteral	UH-P, A 72
4	Flukonazol Oral ve Diğer Formları	KY
5	Itrakonazol oral (solusyon hariç)	UH-P
6	Itrakonazol infüzyon ve solüsyon	Madde 6.2.23 esaslarına göre
7	Ketokonazol	KY
8	Lipid Kompleks Amfoterisin B	Madde 6.2.23 esaslarına göre
9	Lipozomal veya Kolloidal Dispersiyon Amfoterisin B	Madde 6.2.23 esaslarına göre
10	Terbinafin	KY
11	Griseofulvin	KY
12	Varicanazole	Madde 6.2.23 esaslarına göre
13	Sertakonazole	KY
14	Nistatin (Tetrasiklinle kombine şekli dahil)	KY
15	Natamisin (Pimarisin)	KY
16	Mikonazol	KY
17	Oksikonazol	KY
18	İzokonazol	KY
19	Anidulafungin	Madde 6.2.23 esaslarına göre
20	Posakonazol	Madde 6.2.23 esaslarına göre
11-ANTİVİRAL İLAÇLAR		
A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar		
1	Abacavir	EHU
2	Stavudin	EHU
3	Zalsitabin	EHU
4	İndinavir	EHU
5	Lamivudin 150mg (Zidovudin kombinasyonları dahil)	EHU
6	Nevirapin	EHU
7	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	EHU
8	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	EHU
9	Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin	EHU Prospektüs endikasyonunda, 18 yaşın üzerindeki hastalarda diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır. (Tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin veya lamivudin içeren diğer ilaçlarla birlikte kullanılmamak üzere)
10	Tenofovir disoproksil	Kronik Hepatit B'de Madde 6.2.13 esaslarına göre, HIV de EHU koşulu
11	Fosamprenavir	EHU
B) Diğer Antiviraller		
1	Asiklovir Oral	KY
1.1	Asiklovir Parenteral	EHU
2	Famsiklovir	UH-P
3	Gansiklovir	EHU
4	Valasiklovir	UH-P (Herpes labialis endikasyonunda ise; UHP koşulu ile en küçük doz ve en küçük ambalaj formu ödenir.)
5	Lamivudin 100 mg	Madde 6.2.13 esaslarına göre
6	Ribavirin	Madde 6.2.13 esaslarına göre
7	Telbivudin	Madde 6.2.13 esaslarına göre
8	Didanozin	EHU
9	Efavirenz	EHU
10	Adefovir	Madde 6.2.13 esaslarına göre
11	Entakavir	Madde 6.2.13 esaslarına göre
12	Zanamivir	UH-P
13	Oseltamivir	UH-P
14	Brivudine Oral	UH-P

15	Valgansiklovir	EHU
12-ANTİTÜBERKÜLOZ İLAÇLAR *		
1	Etionamid	UH-P
2	Sikloserin	UH-P
3	Tiasetazon	UH-P
4	Morfozinamid	KY
5	Protionamid	UH-P
6	Rifabutin	UH-P
7	Rifampisin	KY
8	Streptomisin	KY

* Tedavi başlangıcında UD veya Verem Savaş Dispanserlerinde yazılması durumunda ve idamesinde KY

13- DİĞERLERİ

1	Morfin, Petidin	UH-P
2	Glukagon	UH-P
3	Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin, Serenoa repens standardize lipofilik ekstre, Doksazosin (Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda)	UH-P
4	Finasterid, dutasterid	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.
5	Metil Fenidat HCl -	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği tedavisinde, yalnızca 25 yaş altında ve psikiyatri uzmanlarınca reçete edilebilir
6	Pantoprazol	20 mg. formlarının H. pylori endikasyonunda kullanılmaması ve diğer endikasyonlarında günde en fazla 2x1 dozda kullanılması
7	Allantoin + heparin + extractum cepae	UH-P
8	Demir-Dextran	UH-P
9	Lizürid Maleat	UH-P
10	Üre içeren preparatlar	Cilt hastalıkları uzmanı (Sadece ihtiyozis veya kseroderma endikasyonlarında ödenir)
11	Fondaparinux	Ortopedi uzmanı
12	8- Metoksipsoralen	UH-P
13	Modafinil	UH-P
14	Ranitidin Bizmut Sitrat	UH-P
15	Naferalin Asetat	UH-P
16	Demir III hidroksit Sükroz	Hematoloji ve nefroloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce
17	Eritromisin+Isotretinoin / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzoylperoksit (Topik formları dahil)/Klindamisin+Benzoylperoksit)	Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince
18	Multivitamin Pronatal	Sadece gebelikte
19	Podofilin	Sadece kondiloma endikasyonunda ödenir ve bu endikasyonda uzman hekimler tarafından reçetelenir
20	Hidroksiklorokin sülfat, Klorokin fosfat	UH-P
21	Albendazol	400 Mg lık formlarının büyük ambalajları yalnızca “Kisthidatik ve nösisistisarkosis hastalığı” endikasyonlarında ödenir.
	Rifaksimin (Yalnızca intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatik ensefalopati, kolonun semptomatik	

22	komplike olmayan divertiküler hastalığı, kronik bağırsak inflamasyonu gibi rifaksimine duyarlı bakteriler tarafından desteklenen GI hastalıklarının tedavisi ve kolorektal cerrahide enfektif komplikasyonların profilaksisi endikasyonlarında)	UH-P
23	H. Pylori eradikasyon tedavi paketi	Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir.

NOT: Antibiyotiklerin topik formları bu hükümler dışındadır.

AÇIKLAMALAR:

1. KY : Kısıtlama olmayan antibiyotikler.

2. UH-P : Ayaktan tedavide uzman hekimlerce veya uzman hekim raporuna bağlı olarak pratisyen hekimler dahil tüm hekimlerce, yatarak tedavide ise tüm hekimlerce reçete edilebilir.

3. EHU* : Böbrek yetmezliği, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedavi alanlara bu hastalıklar kurul raporunda belirtilmek kaydıyla.

EHU** : Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU'nın olmadığı yerlerde iç hastalıkları uzmanının veya göğüs hastalıkları uzmanının; çocuk hastalarda, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı yerlerde çocuk hastalıkları uzmanının yazabileceği antibiyotikler.

4. EHU (ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANI): Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU'nın olmadığı yerlerde İç Hastalıkları Uzmanının yazabileceği, Çocuk hastalarda, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olmadığı yerlerde Çocuk Hastalıkları Uzmanının yazabileceği antibiyotikler.

Acil durumlarda, (endikasyonları dahilinde kullanılmak kaydıyla) iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanları tedaviye başlayabilir, ancak takip eden ilk iş günü, bu uzmanlar tarafından yazılan reçetenin EHU tarafından onaylanması zorunludur.

Hastane enfeksiyon komitesinin belirlediği kurallar ve/veya protokollere uygun olarak enfeksiyon hastalıkları uzmanı aranmaksızın hastayı tedavi etmekte olan uzman hekim tarafından da yazılabilecektir.

5. A-72: Reçete edilme için EHU onayı gerekmeyen, ancak, aynı ilaç 72 saatten daha uzun süre kullanılacak ise (en geç ilk 72 saat içinde) EHU'nun onayının alınması gereken antibiyotikler.

Bu antibiyotikler için enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı hastanelerde pnömoni, bronşektazi, KOAH akut alevlenme ve invaziv pulmoner aspergillozis endikasyonları ile ilgili olarak göğüs hastalıkları veya iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerinin onayı; bu endikasyonlar dışında kalan endikasyonlar için ise enfeksiyon hastalıkları uzmanı olmayan hastanelerde iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzmanının onayı yeterlidir

6. APAT: “AYAKTAN PARENTERAL ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ”

Bu uygulama, hastanın ayaktan parenteral antibiyotik tedavisinin uygun olduğunu gösteren “APAT” ibaresinin reçetede belirtilmesi ile işleme alınır.

A-72 kapsamındaki ilaçlardan biri kullanıldıktan sonra diğerleri EHU olmaksızın peş peşe kullanılamaz.

APAT uygulamasına aşağıdaki durumlar girer:

a. Akut Bakteriyel menenjitte tek doz Seftriakson 2 gr. KY. Hasta, LP'nin yapılabileceği merkeze ortalama 4 saatten daha uzak ise 2 gram seftriakson yapılabilir.

b. Hastanın enfeksiyonunun APAT'a uygun olduğunu belgeleyen EHU' nun da içinde bulunduğu bir sağlık kurulu raporu ile KY

7. Cerrahi profilakside kullanılmayacak antibiyotikler:

1-A) PENİSİLİNLER 9-12,

1-B) SEFALOSPORİNLER 3. Kuşak Sefalosporinler 1,2,

2-A) MAKROLİDLER 1-9,

4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1-8,

5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1,2,11,12,

6-B) GLİKOPEPTİD ANTİBİYOTİKLER 1,2

(Bu antibiyotikler cerrahi profilaksi amacıyla ancak “Açıklama 5” şartları dahilinde kullanılabilir)

8. K-AB (Kültür - Antibiyogram) : Bu antibiyotikler ayaktan hastalara kullanıldığında kültür antibiyogram sonucu reçeteye eklenerek mikroorganizma duyarlılığının gösterilmesi gerekir.

NOT: Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.

LİSTE-2				
EK-2/G				
Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi				
BARKODU	İLAÇ ADI	ETKEN MADDE	EŞDEĞER	FİYATI

			GRUBU	
1111111100272	LYSODREN 500 MG 100 TB.	Mitotane 500 mg cap	I114A	370,00 €
1111111100266	LORENZO'S OIL 500 ML	Gliserol Trioleate,Gliserol Trierucate oil	I078A	112,50 €
1111111100280	EVOXAC 30 MG 100 TB	Cevimeline Hydrochloride 30 mg tb	I037A	233,50 €
1111111100108	POTABA 3 G 40 PULVER	Aminobenzoate Potassium 3 gr pudra	I010A	27,36 €
1111111100055	POTABA 500 MG 240 CAP	Aminobenzoate Potassium 500 mg tb-cap	I010B	35,70 €
1111111100024	PENTACARINAT 300 MG 5 FLK	Pentamidine İsetionate 300 mg amp-flk	I130A	185,40 €
1111111100722	PENTACARINAT 300 MG 1*1 AMPUL	Pentamidine İsetionate 300 mg amp-flk	I130A	38,95 €
1111111100419	DAP (3-4 DIAMINO PURIDINE)20 MG 100	3-4 Diamino Pyridine 20 mg tb	I001A	117,70 €
1111111100830	TEPADINA 15 MG 1 AMP.	Thiotepa 15 mg amp	I168A	135,00 €
1111111100831	TEPADINA 100 MG 1 AMP.	Thiotepa 100 mg amp	I168B	810,00 €
1111111100832	VIDEX 400 MG 30 KAPS.	Didanosine 400 mg	I362A	149,49 €
1111111100833	DAP PENICILLINE KIT	Penicilline kit(PPL,MDM,PBS)	I363A	Kit PPL 39,00 € ve Kit MDM 39,00 €
1111111100834	MAGNESIUM VERLA N 200 DRAJE	Magnezyum	I268B	9,70 €
1111111100835	AquaADEKs PEDIATRIC LIQUID 1x60 ML	Antioksidan özellikte multivitamin ve mineral desteği	I364A	22,75 €
1111111100836	ARGATRA 100 MG/2,5ML 1 AMP.	Argatroban 100 mg	I365A	208,75 €
1111111100837	FIBROGAMMIN 1250 IU 20 ML 1 FLK.	Faktör XIII 1250 I.U amp	I237B	698,60 €
1111111100838	REPLAGAL 3,5 MG 1 AMP.	agalsidase alpha 3,5 mg	I003A	1.907,00 €
1111111100839	VPRIV 400 IU 1 FLK.	velaglucerase 400 IU	I366A	1.657,00 €
1111111100030	AMSIDYL 75 MG 6 AMP	Amsacrine 75 mg amp	I012A	650,00 €
1111111100028	AMSIDINE 75 MG 6 AMP	Amsacrine 75 mg amp	I012A	799,25 €
1111111100840	REFLUDAN 20 MG 10 AMP.	Leirudine 20 mg	I367A	242,00 €
1111111100841	ORGARAN 750 IU 10 AMP.	danaparoid sodyum 750 IU amp.	I266A	226,00 €
1111111100842	DAUNOBLASTIN 20 MG POWDER FOR INF. 1 PC.	Daunorubicine citrate (liposomal) 20 mg	I368A	23,30 €
1111111100843	CIMETIDINE 200 MG 50 TB.	Cimetidine 200 mg	I369A	3,50 €
1111111100844	PERFADEX 1000 ML KORUMA SOLUSYONU	Perfadex koruma solusyonu 1000 ml	I370A	246,00 €
1111111100845	MONOBENZONE KREM %20 113,5 gG	Monobenzone %20 krem	I115A	145,00 €
1111111100846	CIMAHER 5 MG/ML 4 AMP.	Nimotuzumab 5mg/ml	I371A	1.089,00 €

1111111100847	ISENTRESS 400 MG 60 TB.	Raltegravir 400 mg tb.	I330A	765,00 €
1111111100848	AMPYRA 10 MG 60 TB.	Dalfampridine 10 mg	I372A	825,00 €
1111111100810	ATGAM 50 MG/ML 5 ML. 5 AMP.	Lymphosyte IG 50 mg.	I227B	2.730,00 €
1111111100816	FİRAZYR 10 MG/ML.3 ML. ENJ.	İcatibant 10 mg/ml.enj.	I355A	1.695,00 €
1111111100339	MEPHYTON 5 MG 100 TB	Phytomenadione 5 mg tb	I138A	537,60 €
1111111100849	FRISIUM 10 MG 10 TB.	Clobazam 10 mg tb	I043A	2,50 €

LİSTE-3		
EK-5/A-2		
FİYATLANDIRILMIŞ TIBBİ SARF MALZEMELERİ LİSTESİ		
SUT KODU	MALZEME ADI	FİYAT (KDV Hariç TL)
	DİĞER KARDİYOLOJİ MALZEMELERİ	
350.160	Ventriküler Destek Pompası (Kısa Süreli)	10.750,00
350.161	Ventriküler Destek Pompası (Uzun Süreli)	93.143,00

LİSTE-4			
EK-6			
GÖRMEYE YARDIMCI TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ			
Sıra No	SUT KODU	ÇİFT OLARAK (KDV HARIÇ)	FİYAT (TL)
1	GZ.10000	SPH Plan 0-2 Beyaz 60 mm	10,16
2	GZ.10010	SPH Plan 0-2 Kolormatik 65 mm	12,20
3	GZ.10020	SPH Plan 0-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	61,02
4	GZ.10030	SPH Plan 0-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	61,02
5	GZ.10040	SPH Plan 0-2 Organik 65 mm	10,16
6	GZ.10050	SPH 2-4 Beyaz 60 mm	11,18
7	GZ.10060	SPH 2-4 Kolormatik 65 mm	15,25
8	GZ.10070	SPH 2-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	63,05
9	GZ.10080	SPH 2-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
10	GZ.10090	SPH 2-4 Organik 65 mm	17,29
11	GZ.10100	SPH 4-6 Beyaz 60 mm	14,42
12	GZ.10110	SPH 4-6 Kolormatik 65 mm	25,43
13	GZ.10120	SPH 4-6 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	65,09
14	GZ.10130	SPH 4-6 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
15	GZ.10140	SPH 4-6 Organik 65 mm	22,37
16	GZ.10150	SPH 6-8 Beyaz 60 mm	15,25
17	GZ.10160	SPH 6-8 Kolormatik 65 mm	28,48
18	GZ.10170	SPH 6-8 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
19	GZ.10180	SPH 6-8 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
20	GZ.10190	SPH 6-8 Organik 65 mm	30,50
21	GZ.10200	SPH 8-10 Beyaz 60 mm	20,34
22	GZ.10210	SPH 8-10 Kolormatik 65 mm	42,71
23	GZ.10220	SPH 8-10 Organik 65 mm	40,68
24	GZ.10230	SPH 10-13 Beyaz 60 mm	23,39
25	GZ.10240	SPH 10-13 Kolormatik 65 mm	52,88
26	GZ.10250	SPH 10-13 Organik 65 mm	50,84
27	GZ.10260	SPH 13-16 Beyaz 60 mm	25,43
28	GZ.10270	SPH 13-16 Organik 65 mm	76,27
29	GZ.10280	SPH 16-20 Beyaz 60 mm	28,48
30	GZ.10290	SPH 16-20 Organik 65 mm	76,27
31	GZ.10300	SPH 21 ve daha fazla Beyaz 60 mm	61,02

32	GZ.10310	SPH 21 ve daha fazla Organik 65 mm	76,27
33	GZ.10320	SPH/CYL 2-2 Beyaz 60 mm	14,23
34	GZ.10330	SPH/CYL 2-2 Kolormatik 65 mm	16,27
35	GZ.10340	SPH/CYL 2-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	71,18
36	GZ.10350	SPH/CYL 2-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
37	GZ.10360	SPH/CYL 2-2 Organik 65 mm	14,23
38	GZ.10370	SPH/CYL 4-2 Beyaz 60 mm	15,25
39	GZ.10380	SPH/CYL 4-2 Kolormatik 65 mm	16,27
40	GZ.10390	SPH/CYL 4-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	71,18
41	GZ.10400	SPH/CYL 4-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
42	GZ.10410	SPH/CYL 4-2 Organik 65 mm	20,34
43	GZ.10420	SPH/CYL 6-2 Beyaz 60 mm	18,30
44	GZ.10430	SPH/CYL 6-2 Kolormatik 65 mm	27,46
45	GZ.10440	SPH/CYL 6-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	71,18
46	GZ.10450	SPH/CYL 6-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
47	GZ.10460	SPH/CYL 6-2 Organik 65 mm	28,48
48	GZ.10470	SPH/CYL 8-2 Beyaz 60 mm	26,44
49	GZ.10480	SPH/CYL 8-2 Kolormatik 65 mm	45,77
50	GZ.10490	SPH/CYL 8-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	71,18
51	GZ.10500	SPH/CYL 8-2 Organik 65 mm	35,59
52	GZ.10510	SPH/CYL 10-2 Beyaz 60 mm	28,48
53	GZ.10520	SPH/CYL 10-2 Kolormatik 65 mm	61,02
54	GZ.10530	SPH/CYL 10-2 Organik 65 mm	40,68
55	GZ.10540	SPH/CYL 13-2 Beyaz 60 mm	31,52
56	GZ.10550	SPH/CYL 13-2 Organik 65 mm	55,93
57	GZ.10560	SPH/CYL 16-2 Beyaz 60 mm	42,71
58	GZ.10570	SPH/CYL 16-2 Organik 65 mm	76,27
59	GZ.10580	SPH/CYL 20-2 Beyaz 60 mm	55,93
60	GZ.10590	SPH/CYL 20-2 Organik 65 mm	76,27
61	GZ.10600	SPH/CYL 21 ve daha fazla Beyaz 60 mm	61,02
62	GZ.10610	SPH/CYL 21 ve daha fazla Organik 65 mm	76,27
63	GZ.10620	SPH/CYL 2-4 Beyaz 60 mm	20,34
64	GZ.10630	SPH/CYL 2-4 Kolormatik 65 mm	30,50
65	GZ.10640	SPH/CYL 2-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
66	GZ.10650	SPH/CYL 2-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
67	GZ.10660	SPH/CYL 2-4 Organik 65 mm	36,61
68	GZ.10670	SPH/CYL 4-4 Beyaz 60 mm	25,43
69	GZ.10680	SPH/CYL 4-4 Kolormatik 65 mm	35,59
70	GZ.10690	SPH/CYL 4-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
71	GZ.10700	SPH/CYL 4-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
72	GZ.10710	SPH/CYL 4-4 Organik 65 mm	38,64
73	GZ.10720	SPH/CYL 6-4 Beyaz 60 mm	27,46
74	GZ.10730	SPH/CYL 6-4 Kolormatik 65 mm	44,75
75	GZ.10740	SPH/CYL 6-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
76	GZ.10750	SPH/CYL 6-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
77	GZ.10760	SPH/CYL 6-4 Organik 65 mm	44,75
78	GZ.10770	SPH/CYL 8-4 Beyaz 60 mm	30,50
79	GZ.10780	SPH/CYL 8-4 Kolormatik 65 mm	52,88
80	GZ.10790	SPH/CYL 8-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
81	GZ.10800	SPH/CYL 8-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
82	GZ.10810	SPH/CYL 8-4 Organik 65 mm	52,88
83	GZ.10820	SPH/CYL 10-4 Beyaz 60 mm	35,59
84	GZ.10830	SPH/CYL 10-4 Organik 65 mm	61,02
85	GZ.10840	SPH/CYL 13-4 Beyaz 60 mm	42,71
86	GZ.10850	SPH/CYL 13-4 Organik 65 mm	66,10
87	GZ.10860	SPH/CYL 16-4 Beyaz 60 mm	50,84
88	GZ.10870	SPH/CYL 16-4 Organik 65 mm	76,27
89	GZ.10880	SPH/CYL 20-4 Beyaz 60 mm	55,93
90	GZ.10890	SPH/CYL 20-4 Organik 65 mm	76,27
91	GZ.10900	SPH/CYL 21 ve daha fazla Beyaz 60 mm	61,02
92	GZ.10910	SPH/CYL 2-6 Beyaz 60 mm	53,90

93	GZ.10920	SPH/CYL 2-6 Kolormatik 65 mm	52,88
94	GZ.10930	SPH/CYL 2-6 Organik 65 mm	76,27
95	GZ.10940	SPH/CYL 4-6 Beyaz 60 mm	55,93
96	GZ.10950	SPH/CYL 4-6 Kolormatik 65 mm	52,88
97	GZ.10960	SPH/CYL 4-6 Organik 65 mm	76,27
98	GZ.10970	SPH/CYL 6-6 Beyaz 60 mm	61,02
99	GZ.10980	SPH/CYL 6-6 Organik 65 mm	76,27
100	GZ.10990	SPH/CYL 8-6 Organik 65 mm	76,27
101	GZ.11000	SPH/CYL 10-6 Organik 65 mm	76,27
102	GZ.11010	Teleskopik Uzak tek *	555,00
103	GZ.11020	Teleskopik Uzak çift *	1110,00
104	GZ.11030	Teleskopik Yakın tek *	555,00
105	GZ.11040	Teleskopik Yakın çift *	1110,00
106	GZ.11050	Yakın Okuma kepi çift *	
108	GZ.11070	Prizmatik tek *	40,00
109	GZ.11080	Prizmatik çift *	80,00
110	GZ.11090	Kontakt Lens tek *	170,00
111	GZ.11100	Kontakt Lens çift *	340,00
112	GZ.11110	Çerçeve	35,00

* Sağlık Kurulu Raporuna istinaden verilecek göz malzemeleri

Yukandaki fiyatlara; Cam-İşçilik-Hizmet bedeli dahil olup KDV ayrıca ilave edilecektir.

LİSTE-5					
EK-9					
TANIYA DAYALI İŞLEM LİSTESİ					
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P701031	Kriyoablasyon, supraventriküler	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. Kriyoablasyon kateteri hariç	A3	*	1.929,51
P701041	Kriyoablasyon, ventriküler	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz, Kriyoablasyon kateteri hariç	A3	*	1.857,06
P701062	Kriyobalon ile ablasyon, atriyal fibrilasyon, pulmoner ven izolasyonu	P701010, P701011, P701030, P701040, P701060, P701061 ile birlikte faturalandırılmaz, Kriyobalon ve transeptal iğne ve set hariç	A3	*	1.414,84
P701063	Kompleks haritalama yöntemiyle yapılan Kriyoablasyon	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz, kompleks haritalama kateteri/patchleri, kriyoablasyon kateteri hariç	A3	*	2.122,32