

Maliye Bakanlığından:

2005 Mali Yılı
Bütçe Uygulama Talimatı
(Sıra No : 4)
(Tedavi Yardımı)

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 5234 sayılı Kanunla değişik 209 uncu maddesi, 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununun geçici 139 uncu maddesi, 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine 5234 sayılı Kanunla eklenen (p) ve (r) bendleri, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği (Bundan sonra Yönetmelik olarak ifade edilecektir.) ile Emekli ve Malullük Aylığı Bağlanmış Olanlarla Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Bulundukları Aile Fertleri, Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene ile Tedavileri Hakkında Yönetmelik hükümleri çerçevesinde kamu personeli ve emeklileri ile bunların bakmakla yükümlü bulundukları aile fertlerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavi ücretleri ve tedavi yardımına ilişkin işlemlerde, kurumlararası uygulama birliğini sağlamak amacıyla aşığıda belirtilen esaslar kararlaştırılmıştır.

1. Kapsam

Bu Talimat hükümleri;

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

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

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

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

hakkında uygulanır.

Diğer sosyal güvenlik kuruluşları ile sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları arasında hizmet satın alınmasına yönelik protokolün uygulamaya konulması halinde bu Talimatta yer alan usul ve esaslara aynen uyulacaktır.

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

2. Hasta Sevk İşlemleri

2.1. Tanımlar

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

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

İkinci basamak resmi sağlık kurumu: Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan Devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini,

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

Üçüncü basamak sağlık kurumu: Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerini, ifade eder.

2.2. Sevk İşlemleri

Sevk işlemlerinin usulüne uygun yapılmaması, yataklı tedavi kurumlarında gereksiz birikimlere, polikliniklerde ise aşırı yığılmalara neden olduğundan sağlık kurumlarının hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle ilgililerin, hasta sevk işlemlerinde aşağıda yer alan hususlara titizlikle uymaları gerekmektedir.

Memurun kendisinin hastalanması halinde, kurumu tarafından yeterli sayıda nüsha içeren hasta sevk kağıdı düzenlenerek, öncelikle kurum tabibine, kurum tabibi bulunmadığı takdirde hastanın o yerdeki en yakın birinci basamak sağlık kuruluşuna gönderilmesi, bu tabiplerce lüzum görülmesi halinde hastanın, o yerdeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumuna (hastane ve hekim adı belirtilmeksizin ilgili uzmanlık dalı belirtilerek) gönderilmesi gerekmektedir.

Memurun bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertlerinin hastalanmaları halinde kurum tabipliğine veya kendisine en yakın birinci basamak sağlık kuruluşuna müracaat edilebilir.

Memuriyet mahalli dışına yapılacak sevklerde yol gideri ve gündelik ödemelerinde Yönetmelikteki genel esaslar geçerli olmak üzere, hastanın sevk edileceği ilçe-il belirtilecektir. Tıbbi gerekli hallerin dışında öncelikle muayene ve tedavi işlemlerinin belediye sınırları ve mücavir alan içinde tamamlanması esastır. Hastanın ilk sevkini sevk usulüne uygun olması şartıyla, sürekli olarak tedavisi gereken ve hastane tarafından kontrol amacıyla çağrılan hastalar, bu durumun sevk kağıdı üzerinde veya ayrı bir raporla belgelendirilmesi kaydıyla, birinci basamak sağlık kuruluşlarınca sevk edilebilirler.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarından alınacak sevk evrakı ile belediye sınırları ve mücavir alan içerisinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurulabilir.

Herhangi bir resmi sağlık kurumunda çalışanlar ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin tedavileri, istemeleri halinde sevk zincirine tabi olmaksızın kendi sağlık kurumlarında sağlanabilecektir.

Aynı sevk kağıdı ile bir sağlık kurumuna müracaat edenlerin ilk muayenesini müteakip yeni bir sevk kağıdına gerek kalmaksızın değişik bölümlerde aynı sevk kağıdı ile muayene, tetkik, tahlil ve tedavi olmaları mümkün bulunmaktadır. Ancak, sonraki muayeneler konsültasyon olarak kabul edilir.

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

5434 sayılı Kanuna tabi olan emeklilerle bunların bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri, sevk usulüne tabi olmaksızın resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına gidebilirler.

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

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

Hastalar, başvurdukları resmi sağlık kurumlarında görevli ilgili hekim tarafından, ağız ve diş sağlığı, ESWL ve ileri tetkikleri yapılmak üzere, tabibin kendisinin, eşinin veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerine/özel tedavi merkezlerine/özel tetkik merkezlerine sevk edilemezler. Bu şekilde, serbest diş tabibine veya özel tetkik merkezlerine sevk yapan ve tedaviyi sağlayan tabibin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmeyecektir. Tek özel diş tabibinin veya özel tetkik merkezinin bulunduğu yerleşim birimlerinde bu tür sevkler en yakın diğer bir yerdeki başka bir sağlık kurumuna yapılacaktır. Ancak, ani olarak ortaya çıkan ve zaman geçirmeden gerekli girişimlerde bulunulmadığı takdirde sakatlık ya da ölüme yol açabilecek ani acil hallerde (bu haller Sağlık Bakanlığınca belirlenerek bir Genelge ile ayrıca duyurulacaktır.) ileri tetkik işlemi gerektiğinin ilgili tabipçe sevk belgesinde belirtilmesi kaydıyla ileri tetkik işlemi için tek özel merkeze de sevk yapılabilir.

2.4. Yol Masrafı ve Gündelikler

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

Yol masrafı, hastanın bulunduğu mahal ile sevk edildiği sağlık kurumunun bulunduğu yer arasındaki mutaat taşıt ücreti esas alınarak ödenecektir.

Mutat taşıt aracı dışında başka bir taşıt aracı ile hasta sevk yapılabilmesi için; ilgili doktor tarafından, hastalığın ne olduğu, mutaat taşıt aracı ile seyahat edememe ve ambulans veya uygun görülen herhangi bir araçla gitmesinin gerekçelerini belirten ayrı bir rapor düzenlenmesi ve bu raporun başhekim tarafından da onaylanması gerekmektedir. Aksi halde yol masrafı mutaat taşıt ücreti esas alınarak ödenecektir.

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

Ancak, hasta nakillerinde hastanın ambulansla sevkının gerekliliğinin ilgili hekim tarafından tevsiki gerekmektedir.

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

2.5. Eşlik Etme Zorunluluğu

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

3. Acil Vakalarda Tedavi

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

- a) Yurt içinde (resmi tatil günleri hariç) 30 gün,
 - b) Yurt dışında 90 gün,
- içerisinde hazırlanıp ilgili kuruma verilmesi gerekmektedir.

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

4. Yurt Dışında Tedavi

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

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

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

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

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

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

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

Kemik iliği nakli için yurt dışına hasta gönderilebilmesi için;

Hastaya kemik iliği naklinin yurt içinde yapılamadığının (EK-1/C)’ de belirtilen 3 kemik iliği nakli merkezince teyit edilmesi,

Yurt dışında tespit edilen vericinin ölkemize gelemediğinin, kemik iliği nakline ilişkin sağlık kurulu raporunu düzenleyen sağlık kurumunca belgelendirilerek rapora eklenmesi gerekmektedir. Tedavisi için kemik iliği ya da kök hücre nakli gereken ve yurt içinde uygun vericisi bulunmadığı belgelendirilen hastalar için, yurt dışındaki doku bankaları aracılığı ile tespit edilen verici adaylarının kan örneklerinin getirilmesi (bir defada en fazla 10 kişiye ve toplamda 25 kişiye ait olmak üzere) ve uygun doku bulunduğunda Türkiye’de naklin

yapılabilmesi için dokunun temini ve intikali ile ilgili masraflar alıcının kurumu tarafından fatura karşılığı ödenir.

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

Yurt içinde mümkün olmayan organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar geçecek süredeki tetkik ve tedavileri yurt içinde yapılacaktır. Uygun organ temini üzerine hasta, yeni bir sağlık kurulu raporuna ihtiyaç duyulmadan nakil işlemi için yurt dışına gönderilecektir. Bu konudaki gerekli koordinasyon işlemi, hastanın kurumu tarafından Sağlık Bakanlığı nezdinde yürütülecektir.

5. Diş Tedavileri

5.1. Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Yapılacak Diş Tedavileri

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

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

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

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

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

5.1.4. Resmi sağlık kurumunda veya personelin bağlı olduğu kurum bünyesinde kurulan diş protez ünitesindeki tedavi sırasında yapılmadığının belgelendirilmesi ve tedaviyi yapan sağlık kurumunun faturasında yer almaması şartıyla, resmi sağlık kurumlarından ilgili yasal mevzuat hükümlerine dayanılarak başhekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılan tek parça döküm kron için (malzeme dahil) 10.16 YTL, alt-üst çene iskelet dökümü için (malzeme dahil) 42.37 YTL döküm işçilik ücreti ödenecek, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından karşılanacaktır.

Serbest diş tabipliklerinde yaptırılan tedaviler için ayrıca döküm işçilik ücreti ödenmeyecektir.

5.1.5. Diş tedavileri sırasında; altın, platin, palladyum+platin, iridyum+platin, iropal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve polliag-M gibi bileşiminde kıymetli maden bulunan maddeler kullanılması zorunlu olsa dahi, Yönetmeliğin 31 inci maddesine göre hiçbir şekilde ödenmeyecektir.

5.1.6. Kemik içi dental implantların bedelleri ödenmez. Ancak, maksillofacial travma ve tümörler sonucu aşırı kemik kaybı olan ya da damak yarığı gibi deformiteleri olan hastalar ile rutin tedavilerle başarılı olunamayan rezorbe alt-üst çene vakalarında (en az 2 en fazla 4 implant ile sınırlı kalmak koşuluyla) klasik protez ile çözülemeyen ve implant tedavisinin zorunlu olduğunun üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımıyla oluşacak bir heyet tarafından karara bağlanması ve kaç ünite yapılacağının belirtilmesi şartıyla bu Talimatın eki (EK-7) Diş

Tedavileri Fiyat Tarifesindeki tedavi bedeli ile implant malzemesi bedeli olarak (her ünite için) 84.75 YTL ödenir. Bu bedelin üzerindeki malzeme bedelleri hastalarca karşılanır.

5.2. Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Dış Tedavisi

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

5.2.2. Yönetmeliğin 8 ve 10 uncu maddelerinde, özel sağlık kuruluşları sayılan serbest tabipliklere sevk ilke olarak öngörülmemiştir. Bu nedenle, dış tedavileri için hastaların kendilerine en yakın resmi sağlık kurumlarına sevk edilmeleri gerekmektedir. Ancak, dış tedavisi sırasında karşılaşılan güçlükler dikkate alınarak Devlet memurları ve bakmakla yükümlü bulundukları aile fertlerinin, doğacak fiyat farkını kendilerinin ödemesi kaydıyla, kendilerinin talepleri üzerine serbest dış tabipliklerine, aşağıda belirtilen esaslara göre sevkleri yapılabilecektir:

5.2.3. Dış tedavisi için sevk edildiği resmi sağlık kurumunda herhangi bir sebeple tedaviye 90 gün içinde başlanamayacağının ilgili dış tabibi tarafından belirtilmesi ve aynı sağlık kurumu başhekimisi tarafından onaylanması suretiyle istekli olan hastaların serbest dış tabipliklerine veya özel sağlık kurumlarına sevkleri yapılabilecektir. Ancak, bunun için kurumca gönderildiği resmi sağlık kurumu dış tabibi tarafından hasta muayene edilip teşhis konulduktan sonra, yapılması gereken bütün tedaviler ve boşlukların ayrıntılı olarak belirlenmesi ve hangi dışın tedavi edileceğinin ağız şeması üzerinde işaretlenmesi gerekmektedir. Yalnız çocukluk ve okul çağı olarak kabul edilen 5-15 yaş grubundaki çocukların 6 ve 12 yaş dişlerinin tedavileri için (münhasıran kanal ve dolgular) 90 günlük süre kaydı aranmaz. Tedavi sağlandıktan sonra sevk kağıdında belirtilen tedavinin yapıldığının, kurumun dış tabibi veya sevk yapan resmi kurumdaki dış tabiplerince onaylanması zorunludur.

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

5.2.5. Hastaların doğacak fiyat farklarını kendilerinin ödeyeceğini beyan ederek yapılan sevkler üzerine, yukarıda (5.2.3.) ve (5.2.4.) numaralı bentlerde belirlenen usullere uygun olarak serbest dış tabipliklerinde veya özel sağlık kurumlarında yaptırılan teşhis, tedavi veya proteze ilişkin giderlerden (EK-7) sayılı listede yer alan dış tedavileri fiyat tarifesindeki kadarı karşılanacak, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından ödenecektir.

5.2.6. Bu Talimatın eki “Dış Tedavileri Fiyat Tarifesi”nde (EK-7) tespit edilen, beher kron için 34,96 YTL ve alt ve üst çenede tam protez için 279,66 YTL esas alınmak suretiyle, serbest dış tabipliklerinde veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan kron ve proteze ilişkin giderlerden;

1- Tek çenede kronlar ile protezin birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 139,83 YTL

2- Alt-Üst çenede kronlar ile protezin birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 279,66 YTL

üzerinden ödeme yapılacaktır.

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

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

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

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

5.2.10. Serbest diş tabiplikleri veya özel sağlık kurumlarında yapılan diş tedavileri sonucunda yapılacak ödemeler sırasında, tedavinin bir bölümünün resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmış olabileceği de dikkate alınarak tahakkuk memurları ve saymanlıklarca gerekli itina gösterilecek ve mükerrer ödemelere sebebiyet verilmeyecektir.

5.2.11. Spastik özürlü kişilerin diş tedavileri, birinci basamak resmi sağlık kurumlarından alınacak sevk ile anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanının sorumluluğunda olan, genel ve lokal anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılabilir.

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

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

6. Göz Tedavileri

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

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

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

6.4. Gözlük camlarına ilişkin her çerçeve için 2005 yılında 40 YTL ödenecektir.

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

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

6.7. Kurumlar, göz tedavisi sonucunda öngörülen cam ve çerçeve bedellerinden, hangisinin ödeneceğini, hastanın sağlık karnesine işlenmiş olan eski cam ve çerçeve kayıtlarını da dikkate alarak belirleyecektir.

Yönetmelik gereğince gözlük cam ve çerçevesine ilişkin reçetelerin sağlık karnesine işlenmesi için kurum tabipliklerine ibrazı zorunludur. Kurum tabipleri sağlık karnesine gerekli kaydı yaparken alınan cam ve çerçevenin reçete muhteviyatına uygunluğunu sağlamakla yükümlüdürler.

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

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

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

6.10. Katarakt ameliyatı sonucunda göz içine takılan lensler (göz içi mercekleri) ile göz ameliyatı sonucuna bağlı olarak kullanılması sağlık kurulu raporuyla gerekli görülen lens bedelleri ve bunlara ait bakım preparatları hariç olmak üzere; göz tedavilerinde kullanılmasına kesin zorunluluk olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelendirilse bile, "CONTACT-LENS" camlarına ait bedeller hiç bir şekilde ödenmeyecektir. Bu uygulama yurt dışında bulunan memurlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri için de geçerlidir.

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

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

7. Kaplıca Tedavileri

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

Bunlara, 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümleri gereğince yol masrafı ve gündelik ile buralarda görmüş oldukları tedavi giderleri ve raporlarında belirtilen gün sayısını aşmamak üzere banyo giriş ücretlerinin Bu Talimata ekli (EK-8) Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesindeki miktarlar kadarı ödenecek, ayrıca yatak ve yemek bedeli karşılanmayacaktır.

8. ESWL Metodu İle Yapılacak Taş Kırdırma Tedavileri

Memur ve bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerinin böbrek, üreter ve safra kesesi taşlarından kaynaklanan rahatsızlıklarının ESWL metodu ile tedavisi, aşağıda tanımlanan resmi sağlık kurulu raporuna istinaden resmi veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarında yapılabilir.

ESWL metodu ile taş kırabilirilmek için hasta tarafından bünyesinde en az iki üroloji uzmanı bulunan ve sağlık kurulu raporu vermeye yetkili resmi sağlık kurumu veya üniversite tıp fakülteleri hastanelerinden (ilgili personel için askeri hastanelerden) resmi sağlık kurulu raporu alınacaktır. Bu hastanelerden alınan sağlık kurulu raporları, başka bir hastaneye ayrıca teyit ettirilmeyecek, bu konuda yeni bir düzenleme yapılmadığı sürece, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 26/8/1988 tarihli ve II/Yön.Hiz.Şb. Md. (Mev. 3120) / 1869 sayılı Genelgesine uyulacaktır. Radyolojik veya sonografik bulgular dikkate alınarak

düzenlenecek bu raporlarda kırılacak taşın sayısı ve “mm” cinsinden en ve boyu mutlaka gösterilecektir.

Özel merkezlerde yapılacak olan ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) metodu ile tedavi, ikinci veya üçüncü basamak resmi veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarından yapılacak sevkle mümkün olacaktır.

ESWL tedavisi uygulamasında kurumlarca, Talimat ekinde yer alan Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat Listesindeki (EK-9) fiyatlar esas alınarak seans başına; ilk seansta 169 YTL ödenecek, ilave seansa gerek görülmesi halinde, ikinci seans için 127 YTL, üçüncü seans için 85 YTL ödenecek, altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı böbrek veya üreterdeki taş için toplam üç seanstan fazlasına ödeme yapılmayacaktır.

Bu fiyatlara, tedavi sırasında yapılan tetkik, tahlil ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dahil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır. Tedaviye ilişkin olarak düzenlenecek fatura bedelleri kurumlarca ilgili sağlık kurumuna en geç bir ay içinde ödenecektir.

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

9. Prostat Mikrodalga Termoterapisi

Memur ve bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerinin, Yönetmelik hükümleri çerçevesinde sevk edildikleri sağlık kurumlarında prostat mikrodalga termoterapi tedavisi 82 YTL olarak fatura edilir.

Üroflowmetri, kanama-pıhtılaşma, kreatinin, hemoglobin ve tam idrar ve benzeri tetkik-tahliller ile sonda ücretleri bu fiyata dahildir.

Ancak, bu tedaviler özel merkezlerde yapılacak ise ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarından yapılacak sevkle mümkün olacaktır.

Aynı tedavinin iki yıl içinde tekrarı gerekirse tedavi ücreti hasta tarafından karşılanır.

10. Organ Nakli ve Diyaliz Tedavileri

10.1. Organ Nakli Tedavileri

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

10.2. Diyaliz Tedavileri

Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve diyaliz tedavisi alması gerektiği resmi sağlık kurulu raporuyla belgelendirilen (akut böbrek yetmezliği tanısıyla yapılan diyaliz işlemleri hariç) diyaliz hastaları, bu tedavilerini resmi sağlık kurumlarında veya 1/9/1993 tarihli ve 21685 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği” hükümlerine uygun olarak açılan özel diyaliz merkezlerinde yaptırabilir.

Böbrek yetmezliği için yapılan asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavi giderleri ve bunlara ait tetkik ve tahlil giderleri ile diyalize ilişkin diğer tedaviler Talimatın Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat Listesindeki (EK- 9) fiyatlar esas alınarak ödenecektir. Asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavisi sırasında kullanılması gerekli olan malzeme ve ilaçlardan; A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, dializör, serum, antikoagülan olarak kullanılan her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu (asetatlı, bazik ve asidik) ve kullanılan her türlü serum bu ücretlere dahildir.

Ayrıca, böbrek yetmezliği için yapılan periton diyalizi, hemofiltrasyon ve plazmaferezis giderleri ile bunlara ait tetkik ve tahlil giderleri ve diyalize ilişkin diğer tedaviler, Bu Talimata ekli (EK-8) Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesindeki fiyatlar esas alınarak ödenecektir.

Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanmasına karar verilen hastalarda “Ayaktan Periton Diyalizi Uygulaması (izleme)” ücreti ayda en çok iki defa, periton diyalizi değişim sıvısı ücreti ise resmi sağlık kurulu raporunda belirtildiği şekliyle karşılanır. Periton diyalizi uygulanan hastaların hastanede yatmaları durumunda bu şart uygulanmaz.

10.3. Tüp Bebek Tedavisi

10.3.1. Tüp Bebek İçin Sevk Esasları

Kısırlık tedavisinde bir tedavi yöntemi olarak kabul edilen tüp bebek uygulamaları, 21/08/1987 tarihli ve 19551 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği’ne göre Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış, kamu ve özel sektöre ait, üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde yapılabilir. Tüp bebek uygulaması amacıyla bu merkezlere sevk yapılabilmesi ve tedavi giderlerinin ilgilinin kurumunca karşılanabilmesi için;

Evli olan memurun kendisinin ve/veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eşinin kısırlığa bağlı olarak tüp bebek tedavisi olması gerektiğinin, eğitim ve üniversite hastaneleri tarafından aşağıda belirtilen esaslara uygun olarak düzenlenecek resmi sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi gerekmektedir. Bu raporları düzenlemek üzere oluşturulacak resmi sağlık kurulunda, en az iki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile bir üroloji uzmanının bulunması zorunludur.

Intrauterin inseminasyon (IUI) işlemi, resmi sağlık kurumlarında bir uygulama (siklus) başına en fazla toplam 1500 ünite dozu geçmemek kaydıyla gonadotropin kullanılmak üzere kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılabilir. Hastanın yaşamı boyunca yapılacak IUI işlemlerinden en fazla üç uygulamada (siklus) kullanılacak toplam en fazla 4.500 ünite doz gonadotropin bedeli ödenir. Sağlık kurulu raporu ile belirlenmiş açıklanamayan infertilite vakalarında, en az üç kez intrauterin inseminasyon (IUI) işlemi yapılmadan, tüp bebek uygulamasına geçilemez.

Tüp bebek ve intrauterin inseminasyon uygulamalarında kullanılan ilaçlar hasta katılım payından muaf değildir.

Tüp bebek işlemi, hastanın 40 yaşına kadar olan yaşam süresi içerisinde en fazla üç uygulama (siklus) olmak üzere yapılabilir. Kullanılacak ilacın dozu (gonadotropin) üç uygulama için toplam en fazla 9.000 üniteyi aşamaz.

10.3.2. Tüp Bebek Tedavisine Başlama Kriterleri

A- Erkek faktörü:

Oligoastenospermi- azospermi

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

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

B- Kadın faktörü:

1- Tubal faktör

a) Bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan, (ağır distal tübal hastalık, bilateral organik proksimal tübal tıkanıklık, bilateral bipolar tübal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan olgular)

b) Ağır pelvik yapışıklık belirlenen,

c) Tübal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile) sonrasında bir yıl içinde gebe kalamayan, olgulardır.

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

2- Endometriozis

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

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

3- Hormonal – Ovülatuar Bozukluklar

a) OligO – anovülasyon ,

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

Anovülasyon nedeni ile ovülasyon indüksiyonu için gonadotropin kullanımında, ilaveten intrauterin inseminasyon (IUI) işlemi yapma zorunluluğu yoktur. Hasta üç gonadotropin uygulaması ile (IUI olsun veya olmasın) gebe kalamıyor ise, bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi kaydıyla tüp bebek tedavisi için sevk yapılabilir.

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

C- Açıklanamayan İnfertilite:

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

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

10.3.4. Tüp Bebek Tedavisi İşlem Bedeli ve Ödeme Esasları

Tüp bebek tedavisi kapsamında yapılan işlemler aşağıda sıralanmış olup fiyatlara kullanılan her türlü sarf malzemesi dahildir. Tüp bebek işlemleri ile tüp bebek işlemi öncesi yapılan tetkik ve tahlil giderleri de bu Talimata ekli Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesindeki (EK-8) fiyatlar üzerinden faturalandırılır.

Ovülasyon indüksiyonu, oosit aspirasyonu, sperm- oosit hazırlanması ve inkübasyonu, embriyo transferi, ICSI (Mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, embriyo freezing (1 yıla kadar)

Ayrıca tüp bebek tedavisinde kullanılacak ilaçlar, bu Talimat eki ilaç listelerinde yer almak kaydıyla bu Talimatın 12.1 inci maddesinde belirlenen esaslara uygun olarak düzenlenecek resmi sağlık kurulu raporunda belirtilen dozları aşmayacak şekilde, üremeye yardımcı tedavi merkezinde tedaviyi yapacak uzman hekim tarafından reçete edilerek, hasta katılım payı alınmak suretiyle temin edilir.

Tüp bebek ve intrauterin inseminasyon (IUI) uygulamalarında kullanılan ilaçlar, hasta yatırılmadan ayaktan reçete edilir ve bu ilaçlar katılım payından muaf değildir.

Tüp bebek tedavisi için bu madde hükümlerine uygun olarak resmi veya özel üremeye yardımcı tedavi merkezlerine sevk edilen hastaların, tüp bebek kapsamında yapılan her türlü tıbbi işlemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların doğru ve sağlıklı bir şekilde tutulması ve muhafazası merkez sorumlusunun yükümlülüğündedir. Tüp bebek tedavisine ait giderlerin kurumlarca ödenebilmesi için ilgili hastaya tüp bebek tedavisi kapsamında uygulanan tıbbi işlemlerin yukarıda belirtilen bedeller üzerinden ücretlendirilerek, düzenlenecek faturalarda ayrı ayrı gösterilmesi ve bu işlemlere ait kayıtların tedaviyi yapan merkez sorumlusu tarafından tasdiklenmiş bir örneğinin fatura ekine konulması gerekir.

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

11. Reçetelerin Düzenlenmesi

11.1. Ayakta veya Evde Tedavilerde Reçetelerin Düzenlenmesi

Ayakta veya evde tedavi sırasında gerekli görülen ilaçlar için sağlık karnelerinde bulunan kendinden kopyalı reçeteler kullanılacaktır.

11.2. Yatarak Tedavilerde Reçetelerin Düzenlenmesi

Yatarak tedavilerde hastanede kullanılan ilaçların hastane eczanelerinden temini zorunludur. Bu amaçla hastaneler gerekli tedbirleri alacaklardır.

Ancak, ilacın kullanılmasının gecikmesinden dolayı hayati tehlike doğacak acil hallerde hastane eczanelerinde bulunmama nedeniyle dışarıdan temin edilebilir. Bu şekilde hastane eczanesinde bulunmaması nedeniyle dışardan alınması gereken ilaçlar, hak sahiplerinin sağlık karnelerine, üzerinde yer alan bilgiler tam ve eksiksiz olarak kendinden kopyalı reçetelere yazılacak, “ECZANEMİZDE YOKTUR, YATAN HASTA” kaşesi vurularak başhekim tarafından onaylanacaktır.

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

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

12. Reçete Yazımı ve İlaç Kullanım İlkeleri

İlaç kullanımında aşağıda belirtilen konular temel alınacaktır.

Tüm reçetelere mutlaka teşhis yazılacaktır. Ayaktan hastalar için yazılan reçetelerde, reçeteyi yazan hekimin imza ve kaşesi (kaşede kurumun adı, hekimin uzmanlık dalı ve diploma numarası mutlaka yer alacaktır.) bulunacak, ayrıca kurum başhekiminin onayı ve mühür aranmayacaktır. Teşhisi yazılmayan, ilgili hekimin imza ve kaşesi bulunmayan reçeteler resmi ve özel eczaneler tarafından kabul edilmeyecektir.

Bu Talimat hükümleri gereği sağlık kurulu raporuna dayalı olarak uzman tabiplerce reçete edilmesi gereken ilaçların yazımı için hastalar birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk işlemine tabi tutulmaksızın, kurumlarından alacakları sevkle doğrudan ikinci basamak sağlık kurumlarına başvurabilirler. Ancak bu amaçla yapılan başvurularda, reçetelere sağlık kurulu raporunda belirtilen ilaçlar dışında başka ilaç yazılmayacaktır.

12.1. Reçetelere Yazılabilecek İlaç Miktarı

Ayaktan yapılan tedavilerde; aşağıda 12.4 üncü maddede belirtilen durumlar dışında; reçetelere en fazla dört kalem ve on günlük tedavi dozunu aşmayacak şekilde ilaç yazılacaktır. İlacın on günlük tedavi dozunu belirlemek üzere, reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu da belirtilecektir. İlacın piyasada bulunan en küçük ambalajı, 10 günlük tedavi dozundan fazla ise, bu ilaç bir kutu olarak verilecektir.

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

Örnek 1- Hasta (A) ya on günlük tedavi süresi için orijinal ambalajında 20 adet draje bulunan bir antibiyotik yazılmış olsun. Günde 12 saat ara ile toplam 2 adet kullanılması

öngörülen bu ilaç 10 günlük tedavi dozunu karşılayacağından reçeteye ancak bir kutu yazılabilecektir.

Örnek 2- Hasta (B) ye hekim tarafından orijinal ambalajı 100 cc.lik süspansiyon şeklinde olan ve günde 6 saat ara ile 5 cc üzerinden 4 kez alınması uygun görülen 7 günlük antibiyotik tedavisi önerilmiş olsun. Bu durumda bir kutu 5 günü karşıladığına göre, bir haftalık tedavi dozunu sağlamak için hekim tarafından reçeteye bu ilaçtan en fazla 2 kutu yazılabilecektir.

Örnek 3- Hasta (C) ye orijinal ambalajında 16 adet kapsül bulunan ve günde 8 saat ara ile 3 adet kullanılması uygun görülen (500) mg'lik antibiyotik yazılmış olsun. Hekim tarafından 10 günlük tedavi süresi öngörülmüş olduğu takdirde hastanın reçetesine bu ilaçtan en fazla 2 kutu yazılabilecektir.

Sağlık kurumu ve kuruluş tabiplerince hasta reçeteleri bu esaslara uygun olarak düzenlenecektir.

a) Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar (EK-2) listesinde yer almamakla birlikte, uzun süreli kullanımı sağlık kurulu raporuyla tevsik edilen ilaçlarda (hasta katılım payı maaşlardan kesilmek kaydıyla),

b) Yanık tedavilerinde kullanılan ilaçlarda ve yalnız dermatoloji uzmanlarınca reçetelenebilen oral retinoidlerde (izotretionin, asitretin),

c) Ameliyat sonrasında taburcu edilen hastaların idame tedavisi için düzenlenen reçetelerde,

en fazla iki aylık tedavi dozu yazılabilir.

Yatarak tedavi edilen hastalar için gerekli olan ve hastane eczanesinde bulunmayan ilaçlar en fazla beş günlük tedavi dozunu geçmeyecek şekilde reçeteye yazılabilecektir. Bu reçetelerde mutlak surette günlük tedavi dozu da yazılacak, 5 günlük tedavi dozunu aşan ilaç eczane tarafından kesinlikle verilmeyecektir. Ancak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları yazılabilecektir.

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

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

a) Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde (EK-2) yer alan ilaçlar, sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete tekrarında tüm tabiplerce de yazılabilecektir.

b) Ayaktan yapılan I.V.P. ve HSG tetkiklerinde kullanılacak noniyonik radyoopak maddelerden 50 ml.lik bir kutu kullanılması halinde yalnızca ilgili tabibce reçete düzenlenecek, reçeteye radyoopak madde ve yapılacak tetkikin ne olduğu açıkça yazılacaktır. 50 ml.yi aşan dozda noniyonik radyoopak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılma gerekçesini açıklayan bir belge düzenlenecek ve reçeteye eklenecektir.

c) Ayaktan yapılacak radyolojik tetkikler için kullanılacak tüm iyonik ve noniyonik radyoopak maddelerden katkı payı alınmayacaktır. Reçeteye hastalığın teşhisi, ilgili tabibce yazılıp imzalanacaktır.

Tedavi için yurtdışından getirtilecek ilaçlar, reçeteye 6 aylık doza kadar yazılabilecektir.

Onkoloji ilaçları en fazla 6 kürlük dozda getirtilebilecektir.

12.3. Hastanede Yatan Hastalarda Kullanılabilecek İlaçlar

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

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

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

Kanser hastalarının ayakta tedavisinde sağlık kurulu raporuyla gerekli görülmesi kaydıyla paraneural kanser kemoterapötikleri ile oral veya paraneural (enjektebl) beslenme solüsyonlarının bir kürlük miktarlarının reçetelere yazımı ve bedelinin hasta katılım payı alınmaksızın ödenmesi mümkündür.

12.4. Ayakta Tedavide Kullanımı Sağlık Kurulu Raporuna Bağlı İlaçlar

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

Yukarıda belirtilen listede yer almakla birlikte (EK-2) sayılı Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde yer almayan ilaçlardan hasta katılım payı alınacak, (EK-2) liste kapsamında olanlardan ise sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla hasta katılım payı alınmayacaktır.

12.5. Bedeli Ödenecek İlaçlar

Kurum ve kuruluşlarca bedeli ödenecek olan ilaçlar bu Talimata ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) belirtilmiştir. Bu listede ticari isimleri ve barkot numaraları ile birlikte yer alan ilaçlar dışındakilerin bedelleri, reçeteye yazılsa dahi kurumlarca hiçbir şekilde ödenmeyecektir. 31/12/2004 tarihinden sonra ruhsat alan ilaçların bedelleri bu listede yer almadığı sürece ödenmeyecektir.

Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) yer alacak veya bu listeden çıkarılacak ilaçların tespitine ilişkin değerlendirmeler 14/02/2004 tarih ve 25373 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 06/02/2004 tarih ve 2004/6781 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile oluşturulan “Geri Ödeme Komisyonu” tarafından yapılacaktır. Bu değerlendirmeler en geç üçer aylık dönemler içerisinde yapılacaktır. Ayrıca, anılan listede belirtilen ruhsat tarihi ve referans fiyatlara ilişkin tereddütler adı geçen Komisyon tarafından giderilecektir.

12.6. İntravenöz İlaç Tedavisi

Üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri ile Sağlık Bakanlığınca uygun görülen Devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde özel bir ünite açılmak suretiyle kanser endikasyonları ile kronik osteomiyelit, infektif endokardit ve bunlar gibi damar yoluyla antibiyotik tedavisi gerektiren hastalıklarda, hastanın hastaneye yatışı yapılmadan intravenöz tedavi/kemoterapi uygulanabilir. Bu uygulama için tedavide kullanılacak ilaçlar ve sarf malzemeleri tedaviyi yapan sağlık kurumu tarafından temin edilmesi halinde ilgili kuruma fatura edilir. Kemoterapi uygulamaları değişik nedenlere bağlı olarak hastaya antineoplastik ilaç verilmesini kapsar.

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

12.7. Bazı Özel Hastalıklara ve İlaç kullanımına İlişkin Düzenlemeler

12.7.1. Altın Preparatları, Biyolojik Ajanlar, Leflunomid Kullanım İlkeleri:

a) Altın preparatları kullanımından önce diğer antiromatizmal ilaçlar ile tedavi yapılacaktır. Bu tedaviye cevap alınamaması durumunda ve tedavinin devamı gerektiğinde;

yapılan tedaviden alınan sonuçlar, tedavinin ne kadar süredir devam ettiği, ilacın adı, dozu ve kullanım süresi ile ayrıntılı tedavi şemasını belirten sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

b) Romatolojide biyolojik ajanlardan Anti TNF İlaçların (infliksimab, Etanarsept, Adalimumab gibi) kullanım ilkeleri;

Biri tam doz metotreksat olmak üzere en az 2 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay olmak üzere kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı veya yan etki nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı romatoid artritli hastalarda ve tam doz nonsteroid antiinflamatuvar ilaca ek olarak sulfasalazin ve metotreksat kullanılmasına rağmen cevap alınamayan aktif ankilozan spondilit ve psöriyatik artrit hastalarında Anti TNF ilaçlar kullanılabilir.

Bu etken maddeleri içeren ilaçlar, prospektüsünde belirtilen endikasyonlarda, İmmünoloji veya Romatoloji veya Fizik Tedavi Rehabilitasyon uzmanının sağlık kurulu raporuyla verilebilir.

Anti TNF ilaç tedavisi 2 ay süreyle uygulanan hastalarda yeterli cevap alınamamışsa Anti TNF ilaç tedavisine devam edilmez.

Yalnızca Sağlık Bakanlığınca onay verilmiş endikasyonlar da kullanılacaktır.

Bu grup ilaçlar sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji, iç hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve immünoloji uzman hekimlerince yazılır.

Psöriyazis tedavisinde ruhsatlı endikasyondaki kullanım ilkelerine göre Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde yatan hastalarda kullanılabilir.

c) Crohn hastalığında; diğer tedavilere yanıt vermeyen fistülize vakalarda hastalığın tanısı, kullanılan ilacın ismi, günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten sağlık kurulu raporuna dayanılarak gastroenteroloji uzmanlarının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanacaktır.

Bu grup ilaçlar sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji, iç hastalıkları ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarınca da reçete edilir.

d) Leflunomid Kullanım İlkeleri;

Diğer hastalık modifiye edici ilaçlarla kontrol altına alınamadığı veya bu ilaçlara kontrendikasyonu olduğu belgelenmiş romatoid artritli hastalarda iç hastalıkları, romatoloji, immünoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile verilebilir. Tedavinin devamında reçete bu uzman hekimler tarafından düzenlenir. Raporda tedavinin ne kadar süredir devam edeceği, ilacın adı, dozu ve kullanım süresi ile ayrıntılı tedavi şemasını belirtilecektir.

e) Bu ilaçlar ile tedavinin devamı gerektiğinde, rapora hastanın klinik bulguları da yazılacaktır.

12.7.2. Antidepresanlar ve Antipsikotiklerin Kullanım İlkeleri

a) Trisiklik ve Tetrasiklik antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir.

Yeni nesil (SSRI, SNRI, RİMA, NASSA gibi gruplara giren) antidepresanlar 6 ayı geçmemek üzere tüm hekimlerce yazılabilir. Bu süreyi geçen tedavilerde psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji uzman hekimleri tarafından reçeteye yazılabilir. Bu ilaçlar, en az bir psikiyatri veya nöroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, idame tedavisi için diğer hekimler tarafından da yazılabilir.

b) Yeni Nesil (Atipik) Antipsikotiklerin (Klozapin, Olanzapin, Risperidon, Amisülpirid, Ketiapin, Ziprosidon) oral formları psikiyatri veya nöroloji uzman hekimlerince, paranteral formları ise yalnızca psikiyatri uzmanlarınca yazılır.

Yeni Nesil (Atipik) Antipsikotikler, en az bir psikiyatri veya nöroloji uzman hekiminin (Psikiyatri uzmanının bulunmadığı yerlerde nöroloji uzman hekiminin) yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, diğer hekimler tarafından da yazılabilir.

Yeni Nesil (Atipik) Antipsikotikler dışındaki antipsikotik ilaçlar diğer hekimlerce de yukarıdaki kısıtlamalar olmaksızın yazılabilir.

Acil hallerde paranteral formları tek doz olarak diğer hekimlerce klinik şartlarda kullanılabilir.

c) Antidepresanlar ve Antipsikotikler için düzenlenecek raporda, hastanın tedavisinde kullanılacak ilaç veya ilaçların; etken madde ismi, günlük kullanım dozu, ilacın kullanılacağı süre belirtilecektir. Bu süre 24 ayı aşamayacaktır.

12.7.3. Aşı Uygulaması

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

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

Bronşiyal astma, allerjik rinit, allerjik konjoktivit ve benzeri atopik (akar) duyarlılığı olan hastaların tedavisinde kullanılması sağlık kurulu raporuyla belgelendirilen ve ilgili uzman hekim tarafından reçetelenen enjektabl yolla alınan allerji aşısı bedeli, hasta katılım payı ilgililerce karşılanmak kaydıyla ödenir.

Grip ve pnömokok aşıları için;

- 65 yaş ve üzerindeki kişiler
- Yaşlı bakımevleri ve huzurevlerinde kalan kişiler
- Astım dahil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve

çocuklar

- Diabetes Mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immunosüpresif olan erişkin ve çocuklar

- 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli aspirin tedavisi alan çocuk ve adölesanlar için hastalıklarını ve durumlarını belirten heyet raporuna istinaden tüm tabiplerce reçete edildiğinde aşılardan bedelleri kurumlarınca ödenir.

Yukarıda belirtilenlerin dışında kalan aşı bedelleri ödenmeyecektir.

Sağlık Bakanlığı, UNICEF ile yapacağı protokol kapsamında aşı ve serum temin edebilir, bu aşı ve serumları ücretsiz olarak halka uygular.

12.7.4. Botulismus Antitoksini

Botulismus zehirlenmelerinde botulismus antitoksini aşağıda belirtilen kurallara göre kullanılacaktır.

a) Botulismus hastalığının tedavisine başlamadaki gecikmenin hayati tehlike doğurabileceği göz önüne alınarak elde mevcut belgelerle sağlık tesisince ilacın temini işlemlerine başlanacaktır.

b) Botulismus hastalığının tedavisinde botulismus antitoksini için belirlenen maksimum tedavi dozu (literatürde belirtilen doz) 250 ml lik serumlardan 2 adettir.

Tedavi için 2 kutuyu aşan miktarda serum gerektiğinde hasta adına sağlık kurulu raporu düzenlenecek ve raporda kullanılacak ilacın tedavi süresi ve dozu belirtilmiş olacaktır.

12.7.5. Botulismus Toksini Tip A

a) Botulismus toksini, ancak organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen vakalarda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren sağlık kurulu raporuna dayanılarak;

- Göz adelesi fonksiyon felçleri bozuklukları
- Blefarospazm
- Hemifasiyal spazm
- Servikal distoni (spazmodik tortikollis)

- EMG esnasında uygulanacak fokal distoni
- Erişkinler de inme sonrası gözlenen fokal spastisite

Vakalarında yalnızca üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde kullanılabilecektir.

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

b) Pediyatrik Serebral Palside Botulismus Toksini Kullanımı

- Yalnızca eğitim ve araştırma hastanelerinde olmak şartıyla,
- 8 yaşa kadar sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fiks kontraktür olmayan hastalarda,
- Ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinin katılımıyla oluşturulacak sağlık kurulu raporuna dayanılarak,
- Tedaviden yarar görüp tekrarı düşünülen hastalarda 6 ay sonra yeni bir rapor düzenlenerek,
- Tek seansta toplam 300 üniteyi aşmamak üzere yapılacaktır.

12.7.6. Büyüme Hormonu Kullanım Esasları

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

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

A) Çocuklarda;

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

1- Yıllık büyüme hızı;

- 0-4 yaş 6 cm.nin altında,
- 4 yaş üzeri 4, 5 cm.nin altında,
- Puberte de; izleme süresi ve büyüme hızı hastanın diğer bulgularına göre endokrinoloji/ çocuk endokrinoloji uzman hekimince değerlendirilmesi;

2- Kemik yaşı;

- Puberte öncesi için kronolojik yaşa göre en az 2 yıl geri olması,
- Pubertal dönem için sadece epifizlerin açık olması,

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

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

4- Boy sapması patolojik olan (yani -2, 5 SD den daha kötü), yıllık uzama hızı yetersiz olan, kemik yaşı takvim yaşına göre 2 yıldan daha fazla geri olan, ancak yapılan 2 farmakolojik uyarı testine yeterli yanıt alınan hastalara uyku esnasında büyüme hormonu profili çıkartılmalı ve hastada büyüme hormonu eksikliği olmamasına rağmen eğer büyüme

hormonu salınımında bir bozukluk söz konusu ise, yani nörosekretuar disfonksiyon söz konusu ise ya da; hastada biyoinaktif büyüme hormonu saptanmış ise (IGF 1 testi ile);

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

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

Sonlandırma Kıstasları:

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

B) Erişkinlerde;

Çocukluk yaş grubunda büyüme hormonu eksikliği tanısı konulup, büyüme hormonu tedavisi verilen ve epifizleri kapandığı için tedavisi kesilen hastalarda ve erişkin yaşta panhipopituitarizm tanısı konulan hastalarda ve büyüme hormon eksikliği tanısı konulmuş hastalarda endokrinoloji/ çocuk endokrinoloji uzman hekimince büyüme hormonu tedavisi başlanacaktır.

12.7.7. Düşük Molekül Ağırlıklı Heparinlerin Kullanım İlkeleri

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

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

12.7.8. Enteral ve Parantral Beslenme Ürünleri Verilme İlkeleri

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

Raporda, hastalığın tanısı, kullanılacak beslenme ürününün jenerik ismi, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça yazılıp, reçeteye en fazla üçer aylık dozda yazılacaktır.

Malnütrisyon tanımı açısından;

- Son 3 ayda ağırlığında % 10 ve daha fazla kilo kaybı veya
- Kan albümin seviyesi 3 gram/desilitrenin altında olanlar kabul edilecektir.

Parenteral beslenme ürünleri yatan hastalarda kullanılacaktır.

Bu raporlarda kullanım süresi belirtilecek, ancak rapor en fazla 2 yıl süreli olabilecektir.

12.7.9. Eritropoietin Preparatları Kullanım İlkeleri

a) Eritropoietin ve türevi ilaçların kronik böbrek yetmezliği tedavisi gören hastalara kullanımı ve reçeteye yazımı aşağıda belirtilen esaslara göre yapılacaktır.

Eritropoietin ve türevleri ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/ veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/ veya ferritin <100 µg/ L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ≥ %20 ve/ veya ferritin ≥ 100 µg /L olduğunda ancak Eritropoietin ve türevleri tedavisine başlanabilecektir. Hedef Hemoglobin değeri 11 (onbir) gr/dl'dir. Hemoglobin değeri 12 (oniki) gr/dl'ye ulaşınca Eritropoietin ve türevleri ile tedavi kesilecektir. İdame tedavi sırasında da TSAT <%20 ve/veya ferritin <100 µg/ L olduğunda Eritropoietin ve türevleri ile tedavi yapılmayacaktır. Bu değerlere 2 ayda bir bakılacak ve sonuç belgesi

reçeteye eklenecektir. Eritropoietin ve türevleri, sağlık kurulu raporu ile ilgili uzman veya diyaliz sertifikalı hekimlerce yazılabilir.

Tedaviye başlangıç dozu 50- 150 IU/ kg/ hafta ve idame dozu 25- 75 IU/ kg/ haftadır.

b) Eritropoietin ve Türevlerini İçeren İlaçların Kronik Böbrek Yetmezliğinin dışında kullanımı;

Eritropoietin ve türevlerini içeren ilaçların kronik böbrek yetmezliği dışında kullanımında Sağlık Bakanlığınca belirlenen endikasyonlara ve kurallara uyulacaktır.

Yeni doğanda eritropoietin kullanımı: Doğum ağırlığı 1000 gr.'ın altında ve 32 gebelik haftasından önce doğan bebeklere 200 IU/ kg / hafta 3 kez 6 hafta süre ile uygulanabilir.

c) Eritropoietinden katkı payı alınmaması için düzenlenen raporların süresi en fazla 2 yıl olacaktır.

Bir defa da en fazla 3 aylık ilaç verilebilecektir. Sağlık kurulu raporlarında ilacın adı, kullanım dozu ve süresi belirtilecektir. Eritropoietinler endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler.

12.7.10. Lizozomal Hastalıklar için Tedavi Esasları

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

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

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

Hasta 3 ayda bir tanı ve tedavi aldığı metabolizma uzman hekimi bulunan eğitim ve araştırma hastanelerinde kontrol edilecektir.

A) Gaucher Hastalığı Tedavi Esasları

1- Hastanın enzim düzeyi (Glucocerebrosidase) belirlenerek, enzimatik tanı konulacak ve Mutasyon analizi yapılacaktır.

2- Tip I (Non Nöronopatik Form) kullanım dozu iki haftada bir 30-60 ünite/ kg dır.

3- Tip II (Akut Nöronopatik Form) bu hastalara enzim düzeyi düşük olsa da, enzim tedavisi yapılmayacaktır.(1 yaş altında başlayan ilerleyici ağır bulbar ve piramidal tutulumu olanlar)

4- Tip III (Kronik Nöronopatik Form) İlaç başlangıç dozu iki haftada bir 120 ünite/ kg olup, nörolojik bulgulara düzelme olmadığı takdirde doz 240 ünite/ kg a çıkılır.; ancak 6 ayın sonunda düzelme olmazsa tedavi kesilir.

B) Fabry Hastalığı Tedavi Esasları

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

2- Uygulanacak enzim dozu Sağlık Bakanlığı'nın belirleyeceği dozu geçmeyecektir. 2 haftada bir 1mg/ kg dır.

C) Mukopolisakkaridoz Tip I Hastalığı Tedavi Esasları

1- Hastanın enzim düzeyi (L-İduronidase) belirlenerek enzimatik tanı konulacak ve mutlaka mutasyon analizi yapılacaktır.

2- Enzim tedavisi tek başına Hurler-Schie ve Schie formlarında haftada bir 0.58mg/ kg dır. Hurler tipinde ise 3 aylık enzim tedavisinin ardından Kemik İliği Transplantasyonu yapıldıktan sonra 3 ay daha enzim tedavisi devam edecek, klinik düzelme olduğu takdirde tedavi sonlandırılacaktır.

D) Diğer Lizozomal Depo Hastalıklarının Tedavi Esasları

Pompe, Mukopolisakkaridoz Tip II, VI, VII, Niemann-Pick, Wolman Hastalığı, Kolesterol Ester Depo Hastalığı gibi hastalıkların tedavileri için bu maddede belirtilen esaslara uyulacaktır.

E) Bu hastalıkların tedavisinde kullanılmak amacıyla yurtdışından getirtilen ilaçların bedellerinin ödenmesinde Sağlık Bakanlığı'na başvurulur ve anılan Bakanlığın belirleyeceği referans fiyat esas alınır.

12.7.11. Glokom İlaçları

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

12.7.12. Gammaglobulinler ve Hiperimmün Globulinler Kullanım İlkeleri

Yüksek doz gammaglobulin uygulamaları için üniversite tıp fakülteleri hastanelerinin ilgili anabilim dallarından veya eğitim hastanelerinin ilgili bölümlerinden sağlık kurulu raporu alınacaktır. Bu ilaçlara ait reçeteler uzman tabiplerce yazılacaktır.

Hiperimmün globulinler hastaya uzman hekim ve başhekim onayı ile; mesai saatleri dışında nöbetçi uzman hekim onayı ile verilecektir.

12.7.13. İnterferon Kullanım İlkeleri

Sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılan interferon grubu (roferon, intron-A gibi) ilaçlar en fazla ikişer aylık ihtiyaçları karşılamak suretiyle reçetelenmesi halinde bedelleri ödenir. İhtiyaç halinde kullanım miktarları ikişer aylık süreleri geçmemek üzere bunların reçetelere yeniden yazılması mümkündür.

Yüksek doz gammaglobulin ile alfa ve beta interferon, glatiramer asetat (kopolimer) uygulamaları, diğer immunglobulinler, human albuminler için üniversite tıp fakülteleri hastanelerinin ilgili anabilim dallarından veya eğitim hastanelerinin ilgili bölümlerinden sağlık kurulu raporu alınacaktır. Bu ilaçlara ait reçeteler uzman tabiplerce yazılacaktır.

Kronik hepatit tedavisinde interferonların, bir tıp fakültesi veya eğitim ve araştırma hastanesinin gastroenteroloji ve/veya enfeksiyon hastalıkları bölümlerince düzenlenen sağlık kurulu raporlarında, ikinci basamak resmi sağlık kurumlarında ise gastroenteroloji ve/veya enfeksiyon hastalıkları uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporunda yer alması şartıyla, iç hastalıkları ve/veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca reçetelendirilmesi mümkündür. Bu hastalıkta kullanılan antiviral ilaçlar 2 ay süre ile reçete edilebilir.

12.7.14. Kanseri İlaçları Verilme İlkeleri

a) Kemoterapi yapılacak kanserli hastalara kür tedavisi uygulanıyor ise epikriz ile birlikte düzenlenecek kür protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak bir kürlük veya en fazla (3) aylık dozda ilaç yazılabilir.

b) Kanseri ilaçları diğer ilaçlarda olduğu gibi Sağlık Bakanlığının izin verdiği endikasyonlarda kullanılacaktır. Ruhsatlı endikasyonda kemoterapi seçeneğini kullanmış olan ve kemoterapi dışında seçeneği olmayan kanserli hastalar için; cevap alınabilecek veya sağ kalım avantajı sağlayabilecek kanseri ilaçlarının bedeli, yeterli literatür desteği ile birlikte Sağlık Bakanlığınca onaylandığı takdirde ödenir.. Bu durumda sağlık kurulu raporunda ilk tedavi veya rekürrent hastalıkta kullanım muhakkak belirtilecektir.

c) Bu ilaçlar hastalığın tanısı, günlük dozu, kullanılacak ilaç miktarı ve süresini gösteren sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda aksi belirtilmedikçe bu rapora dayanılarak diğer tabiplerce de yazılabilecektir.

12.7.15. Klopidoğrel Kullanım İlkeleri

a) Koroner ve/veya periferik artere stent uygulanan hastalarda stent uygulama tarihinden itibaren 12 ayı geçmemek üzere; akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılıp EKG değişikliği veya troponin pozitifliği tespit ve dokümanite edilmiş olan ST yükselmesiz miyokard infarktüsü veya anstabil angina hastalarında 6 ayı geçmemek üzere, sağlık tesislerinde düzenlenen ve ilacın kullanım gerekçesi, dozu ve en fazla 6 ayı geçmemek üzere

kullanım süresinin belirtildiği, kardiyoloji, iç hastalıkları ve kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da yazılabilir.

b) Gastrointestinal intolerans veya diğer tıbbi nedenlerden dolayı asitilsalilik asit kullanılmasına kontrendikasyon bulunduğu veya diğer antiagregan ilaçların kullanılamama gerekçesi ile birlikte belirtilmesi halinde; Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, koroner arter hastalığı, veya tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olayı olaylarda (iskemik inme) tespit ve dokümanite edilen yüksek riskli hastalarda sağlık tesislerinde düzenlenen ve ilacın kullanım gerekçesi, dozu ve en fazla 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği, kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ve kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın, belirtilen hekimlerden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da yazılabilir. ayrıca yüksek riskli hastalarda, girişimsel radyolojik veya nöroradyolojik işlemlerde yerleştirilen veya yerleştirilecek olan, intrakranyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriel veya intravenöz) stent, stentgraft, kaplı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) konulan hastalarda tedavi veya premedikasyon amacıyla, radyoloji uzmanları tarafından da rapor aranmaksızın yazılabilir. Raporlarda doz miktarı ve 1 (bir) yılı geçmemek üzere kullanım süresi belirtilecektir.

c) Yatan hastalarda rapor şartı aranmadan ilgili uzmanlar tarafından yazılabilir.

12.7.16. Metabolik Hastalıklar ile Enzim Bozukluğu Hastalıkları

a) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle listeye dahil edilmemiştir. Ancak doğuştan metabolik hastalığı, enzim bozukluğu olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, sağlık kurulu raporu alınması koşuluyla tüm hekimler tarafından yazılabilir.

b) Çölyak hastalığında; özel formüllü un ve özel formüllü un içeren ürünler çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak verilecektir. Tedavinin devamı için sağlık kurulu raporunda belirtilen kullanım süresi ve miktarlara uygun olarak tüm hekimlerce reçeteye yazılabilecek ve bedeli, katkı payı alınmaksızın kurumlarca karşılanacaktır

12.7.17. Osteoporoz İlaçları Kullanım İlkeleri

Aşağıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçların kullanımında (calsitonin, raloksifen v.b.) raporda tedavi süresi belirtilecek, omurgadan ve femurdan yapılan tetkikler, kemik mineral içeriği (gr) ile kemik mineral yoğunluğu değerini (gr/cm²)cinsinden ve bu değerlere göre geliştirilmiş T skorunu gösteren belge raporu eklenecektir.

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

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

3. -Osteoporozla ve kırık oluşumu ile ilgili diğer risk faktörleri bulunan lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan KMY ölçümünde total L2-4 (veya L1-4) veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde total femur veya femur boynundan elde edilen “T” değerlerinden herhangi birinin -1,5 ile -2,5 arasında olduğu hastalarda,

kullanılacaktır.

4. –Bu grup ilaçlar sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimlerce de reçete edilebilir ve hasta katılım payından muaf değildir.

12.7.18. Orlistat ve Sibutramin Etken Maddesi İçeren İlaçların Kullanım İlkeleri

Bu ilaçların kullanımı için; vücut kitle indexi 30 üzerinde ya da diyabetes mellitus veya koroner arter hastalığı olanlarda vücut kitle indexi 27 üzerinde ise; endikasyonuna uygun olarak İç Hastalıkları, Endokrinoloji, Metabolizma veya Kardiyoloji Uzmanlarından birisinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna göre en fazla 3'er aylık dozlar halinde diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. Sağlık Kurulu Raporu 1 yıl süreyle geçerli olup, bu raporlarda ilacın adı, kullanım dozu belirtilecektir. Bu ilaçlar, hastalarda başlangıçtaki vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmesi halinde en fazla 2 yıl kullanılır ve hasta katılım payından muaf değildir. Bu grup ilaçlardan aynı anda sadece biri kullanılabilecektir.

İki yıl sonunda sadece endokrinoloji uzmanlarınca reçetelenmesi ve sağlık kurulu raporunda yer alması halinde tedaviye devam edilir.

12.7.19. Triptanların Kullanım İlkeleri

Migrende kullanılan sumatriptan, eletriptan, zolmitriptan, naratriptanın oral formları uzman tabipçe reçete edilir. Sağlık kurulu raporu varsa diğer hekimler tarafından da yazılabilir.

12.7.20. Polivizumab etken maddesini taşıyan Synagis 50 ve 100 mg İM enjeksiyon için liyofilize toz içeren flakon isimli preparatın aşağıda belirtilen endikasyonlarında uzmanlaşmış hekimler tarafından reçetelenme ve pediatrik hekimleri tarafından izlenme koşulları altında kullanılması sürecinde bedelleri hasta katılım payı alınmadan ödenir.

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

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

b) Bronkopulmoner displazisi olmaksızın gestasyon yaşı 35 haftadan küçük (premature bebek) olanlarda profilaktik olarak sezon başlangıcında kullanılmalıdır.

12.7.21. Gingo biloba ihtiva eden ilaçlar uzman tabipçe reçete edilir. Ancak, sağlık kurulu raporu varsa diğer hekimler tarafından da yazılabilir.

12.7.22. Aktive Protein C (Xigris) Kullanım İlkeleri

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

12.7.23. Amfoterisin-B ve Kaspofungin Kullanım İlkeleri

Hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyonları normal ise ilk tercih Amfoterisin-B veya Fluconazol'dür.

Klasik Amfoterisin-B'ye cevap alınmadığı durumların veya alerjik reaksiyon gösterdiğinin ya da hastanın karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk olduğunun belgelenmesi hallerinde sadece yatan hastalarda Lipozomal veya Lipid Kompleks Amfoterisin-B veya Kaspofungin kullanılabilir.

13. Eczanelerle Yapılacak Anlaşma

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

13.2. Eczaneler, Kurumlarla sözleşme yaparken 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun 39 uncu maddesine dayanılarak TEB tarafından bastırılmış, imzalanan bu Protokole uygun “Tip Sözleşmeleri” kullanırlar. (EK-3/A).

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

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

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

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

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

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

13.9. Bu protokoldeki hükümlere aykırı hareketleri nedeniyle sözleşmeleri feshedilen eczaneler, eczacının açık kimliği ve eczanenin adresi de belirtilerek feshi yapan kurumca ilgili Valiliğe (Defterdarlık Muhasebe Müdürlüğü) ve Türk Eczacıları Birliğine (Willy Brandt sokak No. 9 06690 Çankaya/ANKARA) bildirilir. Valilikçe il düzeyinde (ilçeler dahil) tüm kamu kurum ve kuruluşları durumdan haberdar edilerek bu eczanelerden ilaç alımları hususunda dikkatli davranmaları için uyarılır. Durum ayrıca Maliye Bakanlığı ile T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğüne de bildirilir.

13.10. Türk Eczacıları Birliği, sözleşmesi feshedilen eczaneleri tüm eczacı odalarına bildirir. Sözleşmesi feshedilen eczacının başka bir yerleşim yerinde eczane açması halinde sözleşme yapılamaz ve bu amaçla eczacı odası tarafından onay verilmez.

13.11. Eczane bulunmayan mahallerde, ilaçlar; 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun hükümlerine göre tabipler tarafından açılan ecza dolaplarından bu Talimat ve eki protokolle tespit edilen oranlarda indirim yapılmak suretiyle temin edilecektir.

14. İlaçlarda Uygulanacak İndirim Oranları ve Eşdeğer İlaç Uygulaması

14.1. Uygulanacak İndirim Oranları

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

a) Tüm Jenerik ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden %11 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılır.

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

ba) Birinci Grup: İlgili ilaç molekülünün Türkiye’de ilk ruhsatlandığı tarihten itibaren 6 tam yılı doldurmamış ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden % 4 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılır.

bb) İkinci Grup: Birinci grubun dışındaki orijinal ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden %11 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılır.

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

d) KDV dahil perakende satış fiyatı 3,24 YTL ve daha az olan ilaçlar için perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden % 4 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılır.

Yukarıda belirtilen indirim oranlarının uygulanmasında; ilacın perakende satış fiyatına (KDV dahil), bu ilacın perakende satış fiyatının 3,24 YTL nin altında olup olmadığı da dikkate alınarak, önce bu Talimata ekli “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde (EK-2/D) belirtilen imalatçı veya ithalatçı indirim oranı, sonra varsa referansa göre azaltılacak indirim oranı uygulanır ve bulunan bu bedelden % 3,5 oranındaki eczacı indirimi yapılır.

Uygulama birliğinin sağlanması amacıyla bedeli ödenecek ilaçların barkod numaraları, ticari isimleri ve her birine uygulanacak indirim oranları bu Talimata ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) belirtilmiştir. İlaç molekülünün Türkiye’de ilk ruhsatlandırıldığı tarihten itibaren 6 tam yılı doldurması nedeniyle imalatçı/ithalatçı indirim oranı değişecek ilaçlar ile 2005 yılı içerisinde 6 yaşını dolduracak ilaçların 6 yaşını doldurdıkları tarih ve bu tarihten sonra uygulanacak indirim oranları bu listede ayrıca gösterilmiştir.

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

Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre indirim uygulayarak fatura edeceklerdir.

14.2. Eşdeğer İlaç Uygulaması

17/09/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanunun 10 uncu maddesi ile 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine eklenen (r) bendi çerçevesinde, eşdeğer ilaç uygulaması gerçekleştirilecek olup, bu uygulama kapsamında tüm kurumlar eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde en ucuzunun %30 fazlasına kadarını dikkate alacaklardır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gerekir. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunma ve ilgili eşdeğer ilaç grubuna dahil olan ilaçlar arasından en az %1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve Pazar payının her bir eşdeğer ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesine ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesine Geri Ödeme Komisyonu yetkilidir.

Eczacılar tarafından fatura düzenlenirken, eşdeğer ilaçlara ilişkin %30 üst sınırı, yukarıda belirtilen esaslara göre bulunan indirimli bedeller üzerinden hesaplanacaktır. (Örneğin; bir eşdeğer ilaç grubu içindeki en ucuz ilacın indirimli bedeli 100 YTL ise, aynı gruptaki reçete edilen herhangi bir ilaç için ödenebilecek azami bedel 130 YTL dir. Ancak, reçeteye yazılan ilacın bedeli 125 YTL ise 130 YTL değil, 125 YTL ödenecektir.)

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

Eşdeğer İlaç Grupları sütununda belirtilen farmasötik eşdeğer gruplarına dahil ilaçlar için, her gruptaki en ucuz ilacın indirimli tutarının, %30 fazlasına kadar fiyatı olan ilaçların bedelleri, kurumlarca ödemeye esas kabul edilecektir. Verilecek ilacın imalatçı/ithalatçı indirimi ile eczacı indirimi düşüldükten sonra kalan fiyatı; gruptaki en ucuz ilacın indirimli fiyatının %30 fazlasının üzerinde ise, fazla olan kısım dikkate alınmayacaktır.

Farmasötik eşdeğer grubun dışında kalan, ancak aynı etken maddeyi aynı miktar, aynı form, farklı ticari ambalajda içeren ilaçlar eşdeğer kabul edilecektir. Örneğin; 10 mg lık etken madde içeren 10 tabletlik (A) ilacı ile 10 mg lık aynı etken maddeyi içeren 20 tabletlik (B) ilacı eşdeğer kabul edilerek, eşdeğer ilaç uygulamasına tabi tutulacaktır.

Tablet/film tablet, krem/pomat, jel/emuljel, aynı endikasyona sahip vitaminler ve eklem içine uygulanan sodyum hyalorinat içeren ilaçlar eşdeğer kabul edilecektir.

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

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

Örnek 1:Eşdeğer ilaç uygulamasına tabi olmayan ilaçlar için;

İmalatçı fiyatı 100 YTL olan bir ilacın, depocu fiyatı 109 YTL (% 9 depocu karı ilaveli), KDV hariç eczacı fiyatı 136,25 YTL (% 25 eczacı karı ilaveli) ve KDV dahil perakende satış fiyatı (eczacı satış fiyatı) 147,15 YTL (% 8 KDV ilaveli) olduğu dikkate alınarak;

Bu ilaç için imalatçı/ithalatçı indirim oranı % 11 ise, bu durumda kurumlara yapılacak indirim şu şekilde hesaplanacaktır. İmalatçı fiyatı 89 YTL (% 11 indirim), depocu fiyatı 97,01 YTL (% 9 depocu karı ilaveli), KDV hariç eczacı fiyatı 121,26 YTL (%25 eczacı karı ilaveli) ve KDV dahil kurumlara satış fiyatı 130,96 YTL (% 8 KDV dahil) olacaktır. Aynı fiyata ulaşmak için 147,15 YTL olan KDV dahil perakende satış fiyatı üzerinden % 11 oranında imalatçı/ithalatçı indirimi düşürüldükten sonra, kurumlara satış fiyatı olan 130,96 bulunacaktır.

Bu fiyat üzerinden eczacı tarafından %3,5 oranında eczacı indirimi yapılacak ve hasta katılım payı hariç ödemeye esas tutar (126,38 YTL) bulunacaktır.

Bu tutar üzerinden % 20 hasta katılım payı hesaplanarak (126,38x%20=25,27) düşüldükten sonra, kalan tutar (126,38- 25,27=101,11) kuruma fatura edilecektir.

Bu ilaç için imalatçı/ithalatçı indirim oranı % 4 ise bu durumda kurumlara yapılan indirim şu şekilde hesaplanacaktır. İmalatçı fiyatı 96 YTL (% 4 indirim), depocu fiyatı 104,64 YTL (% 9 depocu karı ilaveli), KDV hariç eczacı fiyatı 130,80 YTL (% 25 eczacı karı ilaveli) ve KDV dahil kurumlara satış fiyatı 141,26 YTL (% 8 KDV dahil) olacaktır. Aynı fiyata ulaşmak için 147,15 YTL olan KDV dahil perakende satış fiyatı üzerinden % 4 imalatçı/ithalatçı indirimi düşürüldükten sonra, kurumlara satış fiyatı olan 141,26 YTL bulunacaktır.

Bu fiyat üzerinden eczacı tarafından % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılacak ve hasta katılım payı hariç ödemeye esas tutar (136,32 YTL) bulunacaktır.

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

Örnek 2: Eşdeğer ilaç uygulamasına tabi ilaçlar için;

Eşdeğer ilaç uygulanacak ilaç grubuna dahil olan ilaçların; KDV dahil perakende satış fiyatlarının 120, 130, 155 ve 170 YTL olduğunu varsayalım. Bu ilaçların yukarıdaki örnekte belirtildiği şekilde üretici/ithalatçı indirimi ile eczacı indirimi düşüldükten sonra kalan tutarları, sırası ile 103,06, 111,65, 133,12 ve 146,00 YTL olmaktadır. (A) Memuru, indirimli fiyatı 103,06, 111,65 veya 133,12 YTL olan ilaçlardan herhangi birisini aldığı takdirde, bu ilacın bedeli, hasta katılım payı da düşülerek memurun kurumuna fatura edilecektir. Reçeteye bağlı olarak memur tarafından KDV dahil perakende satış fiyatı 170 YTL, indirimli fiyatı ise 146 YTL olan ilacın alınması halinde, bu ilacın fiyatı, eşdeğer ilaç uygulaması sonucu bulunan % 30 artırımlı tutarın (103,06x1,30= 133,97) üzerinde olduğundan, kurum tarafından ödemeye esas tutar 133,97 YTL olacak, 133,97 YTL esas alınarak hesaplanan %20 hasta katılım payı (26,79 YTL) düşülerek, kalan tutar (107,18 YTL) kuruma fatura edilecektir. Aynı ilaç, katılım payından muaf bir ilaç ise kuruma 133,97 YTL üzerinden fatura edilecektir.

Memurun aldığı ilacın fiyatının 155 YTL olması ve imalatçı/ithalatçı indirim oranının % 4 olması halinde, bu ilacın indirimli tutarı (143,59), eşdeğer üst limitin (133,97) üzerinde olduğundan, ödemeye esas tutar 133,97 YTL olacaktır.

Örnek 3: Eşdeğer ilaç uygulamasına tabi ilaçlar için;

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

15. Eczanelerden İlaç Temini

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

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

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

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

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

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

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

15.3. Sözleşmeli eczane bulunmaması veya sözleşmeli eczane bulunmasına rağmen reçetede yazılı ilacın bu eczanelerden temin edilememesi durumunda, sözleşme yapılmayan herhangi bir eczaneden memur tarafından alınan ilacın bedelinden, bu Talimatın 14 üncü maddesinde belirtildiği şekilde hasta katılım payı ve indirim miktarı düşüldükten sonra, kalan kısım kurum tarafından ilgili memura ödenecektir. Bu ödemenin yapılabilmesi için, reçeteye ilaçların fiyat kupürlerinin tamamı ilacın ismi de yer alacak şekilde yapıştırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın da ilaç fiyat kupürleri yapıştırılmış olan reçete ile birlikte ibrazı zorunludur.

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

15.5. Sağlık Bakanlığının 03/03/2001 tarihli ve 24335 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tebliği ile açıklanan esaslar çerçevesinde yeni fiyat verilen veya mevcut

fiyatların ayarlanması sonucu ortaya çıkacak fiyat değişiklikleri sebebi ile sürşarj yapılan müstahzarların isim ve yeni fiyatlarını gösterir listeler, saymanlıklarca İl Sağlık Müdürlüklerinden temin edilerek bu listelere göre ödemeler yapılacaktır. Fiyat değişikliği durumunda da reçete tarihindeki fiyatlar esas alınacaktır. Yersiz ödemelere yol açmamak için de işlemlerin yürütülmesinde gerekli itina gösterilecektir.

16. İlaç Bedellerinin Ödenmesi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16.5. İlaçların kullanımı ve bedellerinin ödenmesi amacıyla verilecek sağlık kurulu raporlarının yukarıdaki esaslara göre düzenlenmesi zorunludur. Ancak bu Talimatın yürürlüğe girdiği tarihten önce düzenlenmiş mevcut sağlık kurulu raporları süreleri bitimine kadar geçerlidir.

16.6. İlaç kullanımı veya hasta katılım payı muafiyeti için gerekli olan sağlık kurulu raporları; var ise ilgili daldan üç uzman tabibin katılımı, aynı daldan üç uzman tabip bulunmaması halinde ilgili dal uzmanı ile birlikte bu uzmanlık dalına en yakın dallardan iki uzman tabibin katılımı ile üç uzmandan oluşan sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

17. Enjeksiyon-Röntgen-Tahlil Bedelleri

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

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

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

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

b) Yukarıdaki prosedürlerin tamamlanmasından sonra “Tomografi, Magnetik Rezonans vb. İleri Tetkik İşlemleri Sevk Formu” (01/03/2005 tarihinden itibaren otokopili olacaktır ve otokopi örnekleri ilgili sağlık kurumunda saklanacaktır) (EK-1/D) formatına uygun olarak, tetkiki isteyen ilgili dal uzmanı ile tetkiki yapan ilgili dal uzmanınca sevk işleminin yapılması ve başhekim/mesul müdür tarafından onaylanması,

şartları aranacaktır.

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

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

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

18. Kan ve Kan Ürünleri Bedelleri

18.1. Kan ve Kan Komponentleri Bedelleri

Hastalar için tabipler tarafından gerek görülen kan ve kan komponentleri; resmi hastaneler bünyesinde bulunan kan merkezleri ile Kızılay kan merkezlerinden temin edilir ve bedelleri bu Talimata ekli Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi (EK-8) esas alınarak ödenir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i) Kan ürünü veren eczaneler, reçetelerin ilk nüshası ile birlikte reçete bilgilerini de içeren “Hemofili Reçete Formunu” ve “Kan Ürünleri Reçete Formunu” doldurarak her ay İl Sağlık Müdürlüklerine gönderecektir.

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

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

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

m) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

19. İşitme Cihazları

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

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

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

İşitme cihazlarının kalıbı ve pil bedelleri, ilgili uzman tabip raporuyla gerek görülmesi kaydıyla ödenebilir.

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

20.1. Organ Protez ve Ortezlerinin Temini ve Birim fiyatları

Yönetmeliğin 35 inci maddesi gereğince Maliye ve Sağlık Bakanlıklarınca hazırlanan organ protez ve ortezleri (EK-5) sayılı listede gösterilmiştir.

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

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

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

Anılan listede birim fiyatları belirtilen ithal protez ve ortezler fatura edildiğinde, kurum veya kuruluş, “ithal ana malzemelerde uluslararası standart” (CE) belgesine sahip malzemeler kullanmak zorundadır. Ayrıca, kuruluşlar, kullanılan ithal malzemeye ait fatura ile diğeri bilgi ve belgeleri istenildiğinde ibraz etmek durumundadırlar.

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

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

Sağlık kurulu raporuyla belgelendirilen tekerlekli sandalye bedeli, “Özelliğı olmayan motorsuz tekerlekli sandalye”nin birim fiyatı esas alınarak ödenir. Ancak, hastanın özörlölük durumu nedeniyle özellikli motorlu tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğı ve özörlölüğünün sürekli olduğunun resmi sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde özellikli motorsuz tekerlekli sandalye bedeli ödenir. Özellikli motorsuz tekerlekli sandalye, kollukları çıkarılabilir, ayaklıkları ve arkalığı ayarlanabilir, katlanabilir ve gerektiğinde baş-boyun desteğı eklenebilir niteliktedir.

20.2. Sağlık Kurumları Tarafından Temini Zorunlu Tıbbi Sarf Malzemeleri

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

Bu liste kapsamı dışında kalan faturalandırılabilir sarf malzemelerinin sağlık kurumları tarafından temin edilerek hastalara kullanılması durumunda, KDV dahil alış fiyatı üzerine % 10 işletme gideri ilave edilmek suretiyle fatura edilir ve hastanın kurumundan tahsil edilir. Bu şekilde temin edilecek malzemelerin en az % 50 sinin rekabeti ve toplu alımı sağlayacak ihale usulüyle gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

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

Bu liste dışında kalan ve reçete edilmek suretiyle hasta tarafından hastane dışından temin edilen tıbbi malzeme (ortopedi sarf malzemeleri hariç) bedelleri de, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek kaydıyla sosyal güvenlik kuruluşlarınca belirlenen protokol fiyatı üzerinden, protokol fiyatı yok ise yapılacak piyasa araştırması sonucu bulunacak en düşük bedel üzerinden ödenir.

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

20.3. Basit Sıhhi Sarf Malzemelerinin Temini

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

20.4. Ortak Hükümler

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

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

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

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

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

20.5. Hasta Alt Bezi

Hastalığı nedeniyle “mesane veya rektum” kontrolü olmadığı (Çocuklar için en az iki yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) ve hasta altı bezi kullanması gerektiği sağlık kurulu raporuyla belgelendirilenlerin, ihtiyaca binaen kullanılması öngörülen hasta alt bezine ait fatura bedelleri; günde 4 adedi ve her bez için 51 YKr geçmemek üzere birer aylık devreler halinde ödenecektir. Sağlık kurulu raporları bir yıl süreyle geçerlidir.

20.6. Şeker Ölçüm Çubukları

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

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

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

c) Hastalar şeker ölçüm cihazlarını kendileri temin edeceklerdir.

d) Şeker ölçüm çubukları; hastanın satın almış olduğu cihaza uygun olarak, Tip I Diyabetes Mellituslu hastalar için günde üç adet, Tip II Diyabetes Mellituslu insülin kullanan hastalar için günde bir adet, münhasıran oral antidiyabetik ilaç kullanan Diyabetes Mellituslu hastalara iki günde bir adet hesabıyla en fazla fazla birer kutu dozlar halinde bir aylık doza tekabül edecek şekilde yazılacak reçetelere göre verilecektir.

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

f) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait fatura, usulüne uygun doldurulmuş sevk kağıdı ve reçetenin asılları ile sağlık kurulu raporu ve sağlık karnesinin ilgili sayfasının fotokopisi ödeme evrakına eklenecektir.

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

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

21. Faturalandırma İşlemleri

21.1. Faturaların Düzenlenmesi

Faturanın tanımı:

Faturalarda;

a) Hastanın adı soyadı,

b) Hasta sevk kağıdının tarih ve nosu,

c) Kurum adresi (Tahakkuk dairesinin adresi)

d) Hastanın dosya numarası,

e) Hastanın kurum/emekli sicil numarası

f) Fatura eki belgeleri (hasta sevk kağıdı, epikriz, mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri küpürleri) (Bu belgelerin dışında herhangi bir belge talep edilmeyecek ve epikrizler, sadece yatan hasta faturalarına eklenecektir)

g) Fatura işlem detayları (Muayene, tetkik, tahlil, ilaç, yatak, ameliyat, protez, ortez ve diğer sarf malzemeleri):

- İşlemin sıra nosu,
- İşlemin kayıt tarihi,
- İşlemin Bütçe Uygulama Talimatı kodu ve adı
- İşlemin adedi
- İşlemin birim fiyatı,
- İşlemin tutarı yer almalıdır.

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

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

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

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

Faturalar, hastane tarafından, hastanın kimlik bilgileri, kurumu, tedavinin başlama ve bitiş tarihleri belirtilmek suretiyle, tedavinin bitmesini müteakip en kısa süre içerisinde düzenlenerek, hastanın kurumuna ivedilikle gönderilecektir. Faturalarda kurum baştabibinin onayı ve resmi mühür aranmayacaktır.

Ayrıca, 01/07/2005 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığınca ilan edilecek hastalıkların sınıflandırılmasına (ICD-10) ait hastalık sınıf adı ile kodu faturalarda bulunacaktır.

21.2. Faturaların Ödenmesi

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

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

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

21.3. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Uygulanacak Fiyat Tarifesi

21.3.1. Taniya Dayalı (Paket) Fiyatlar Üzerinden Ödeme

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

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

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

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

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

Söz konusu Protokol ile eki paket fiyat uygulama ilkeleri, sözleşme örneği ve paket fiyat listesi Bakanlığımız Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğünün internet sitesinde (www.bumko.gov.tr) adresinde yer almaktadır.

Paket fiyatlara ait faturalar öncelikli olarak ödenecektir.

21.3.2. Fiyat Tarifesi Üzerinden Ödeme

Kamu personeli ve emeklileri ile bunların kanunen bakmakla yükümlü bulundukları aile fertlerinin, sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretlerin hesaplanmasında;

- a) Bu Talimatta tanımlanan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapılacak muayene-tetkik-tahlil-ameliyat ve tedavilerde (EK-8) ve (EK-9)'da yer alan fiyat tarifesi;
- b) Diş tedavilerinde; bu Talimata ekli "Diş Tedavileri Fiyat Tarifesi" (EK-7)
- c) Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Bölge Hıfzıssıhha Enstitülerinde yapılan tetkik ve tahlil işlemlerinden (EK-8)'de yer alanlar bu tarife üzerinden, diğerlerinde ise bu Başkanlığın Sağlık Bakanlığı Onayı ile kabul edilen fiyat tarifesi, esas alınacaktır.

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

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

T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, bu Talimat ve eki listelerdeki fiyatları aşmamak üzere, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapabilir. Anılan Genel Müdürlük, sağlık kurulu raporuyla kullanılması öngörülen ilaçların, rapor süresince ilgililere verilebilmesi hususunda ve bu ilaçların bir başka kurum aracılığı ile verilebilmesi hususunda düzenleme yapabilir, buna ilişkin usul ve esaslar tespit edebilir.

21.4. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Faturaları

Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ana Çocuk Sağlığı, Sağlık Ocağı, Sağlık Merkezi ve Halk Sağlığı Laboratuvarı gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayene, tetkik, tahlil ve tedavi giderleri kurum ve kuruluşlarca ödenir.

Bu Talimata ekli (EK-8) Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi; birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarında (muayene ücreti hariç), özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ile Kızılay tıp merkezlerinde %15 indirimli olarak uygulanacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetler ücretlendirilmeyecektir.

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

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

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

22. Özürlü Çocukların Eğitim, Tedavi ve Rehabilitasyonu

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

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

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

Özürlü çocukların rehabilitasyonlarının ve eğitimlerinin, ruhsat aldıkları kurumların ilgili yönetmeliklerinde belirlenen esaslar doğrultusunda gerekli personeli istihdam eden resmi (kamu kurum ve kuruluşları ile üniversiteler tarafından açılan merkezler) ve özel rehabilitasyon ile özel eğitim merkezlerinde sağlanması durumunda; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi tarafından hazırlanan aylık/yıllık çalışma programı, bireyselleştirilmiş eğitim planı ve belirlenmiş rehabilitasyon programları doğrultusunda aldıkları; Grup eğitimi için aylık 60 YTL, aylık/yıllık çalışma programı bireyselleştirilmiş eğitim planı ve belirlenmiş

rehabilitasyon hizmeti bedelinin ise aylık 245 YTL tutarı kadarı karşılanacaktır. Bu miktarları geçen kısım ise ilgili tarafından karşılanacaktır.

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

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

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

Saymanlıklar veya diğer ilgililer yapılacak ödemelerde bu gerekleri göz önünde bulunduracaklardır.

23. Sağlık Karnesi ve Sağlık Dosyası

23.1. Sağlık Karnesi

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

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

Kurum tabiplikleri, resmi sağlık kuruluşları, sağlık ocakları ve hastaneler, kendilerine müracaat eden kişilere verilen ilaçları, protez-ortezleri ve sağlık durumlarına ait bilgileri, tarih sırasıyla sağlık karnelerine işlemekle yükümlüdürler.

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

23.2. Sağlık Dosyası

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

24. Tedavi Giderlerine Ait Katma Değer Vergisi

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

25. Yürürlük

Bu Talimat, 01/01/2005 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer. Bu Talimatta yer alan ilaç indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulamasına ilişkin düzenlemeler 10/02/2005 tarihinde, Taniya Dayalı (Paket) Fiyatlar Üzerinden Ödeme başlık 21.3.1 inci bölümündeki hükümlerle buna ilişkin diğer hükümler ise 01/03/2005 tarihinde yürürlüğe girer.

Tebliğ olunur.

EKLER