

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

1. Amaç, kapsam ve dayanak. 5

1.1. Amaç. 5

1.2. Kapsam.. 5

1.2.1 Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri, devredilen Sosyal Sigortalar Kurumunca (SSK) yürütülen kişiler; 5

1.2.2. Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri, devredilen Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumunca (Bağ-Kur) yürütülen kişiler; 5

1.2.3. Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri, devredilen T.C. Emekli Sandığı Kurumunca yürütülen kişiler, 5

1.3. Dayanak. 5

2. Sağlık kurum ve kuruluşları 6

2.1. Sağlık kuruluşları 6

2.2. Sağlık kurumları 6

3. Sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat ve işlemler. 7

3.1. Müracaat belgeleri 7

3.2. Müracaat işlemleri 8

3.3. İstirahat raporları 9

4. Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar. 10

4.1. Yatarak tedaviler. 10

4.2. Ayaktan tedavi 10

5. Sözleşmesi olmayan sağlık kurum veya kuruluşlarında acil tedavi bedellerinin ödenmesi 10

6. Katılım payı 11

6.1. Poliklinik muayene katılım payı 11

6.2. İlaç katılım payları 11

6.2.1. İlaç katılım payı alınmayacak haller ve kişiler; 11

6.2.2. İlaç katılım payı oranları; 12

6.2.3. İlaç katılım payı tahsili; 12

6.3. Tıbbi malzeme (protez, ortez, araç ve gereçler) katılım payları 12

6.3.2. Katılım payı üst sınırı; 12

7. Yurt dışına tedaviye gönderme. 13

8. Diş Tedavileri 14

8.1. Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri 14

8.2. Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi 14

9. Sağlık raporlarının düzenlenmesi 16

9.1. Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi 16

9.2. Sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi 16

10. Üremeye yardımcı yöntemler (Tüp bebek tedavisi) 16

10.1. Tüp bebek tedavisi öncesi işlemler. 16

10.1.1. Klasik ovulasyon indüksiyonu. 16

10.1.2. İntra uterin inseminasyon (IUI) 17

10.2. Tüp bebek tedavisi işlemleri 17

10.2.1. Tüp bebek tedavisine başlama kriterleri 17

10.2.2. Tüp bebek tedavisi işlem bedeli ve ödeme esasları 18

11. Kaphca tedavileri 19

12. Reçete ile ilaç kullanım raporu ve ilaç yazım ilkeleri 19

- 12.1. Reçete ve ilaç kullanım raporlarının düzenlenmesi 19**
- 12.1.1. Ayaktan tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi 19**
- 12.1.2. Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi 20**
- 12.1.3. İlaç kullanım raporlarının düzenlenmesi 21**
- 12.3. Hasta katılım payından muaf ilaçlar. 22**
- 12.4. Sadece yatan hastalarda kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar. 23**
- 12.5. Ayakta tedavide kullanımı ilaç kullanım raporuna bağlı ilaçlar (EK-2/C) 23**
- 12.6. Bedeli ödenecek ilaçlar (EK-2/D) 23**
- 12.7. Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler. 24**
- 12.7.1. Altın preparatları, biyolojik ajanlar, leflunomid ve subkutan metotreksat kullanım ilkeleri 24**
- 12.7.2. Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri 25**
- 12.7.3. Aşı ve serum temini uygulaması 26**
- 12.7.4. Rasburicase kullanım ilkeleri 27**
- 12.7.5. Botulismus toksini Tip A.. 27**
- 12.7.6. Büyüme hormonu kullanım esasları 28**
- 12.7.7. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri 29**
- 12.7.8. Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri 30**
- 12.7.9. Eritropoietin alfa-beta, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol kullanım ilkeleri 30**
- 12.7.10. Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri 32**
- 12.7.11. Glokom ilaçları 33**
- 12.7.12. İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri 33**
- 12.7.13. İnterferon kullanım ilkeleri 34**
- 12.7.14. Kanseri ilaçları verilme ilkeleri 36**
- 12.7.16. Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığı 38**
- 12.7.17. Osteoporozda ilaç kullanım ilkeleri 39**

- 12.7.18. Orlistat ve sibutramin etken maddesi içeren ilaçların kullanım ilkeleri 40**
- 12.7.19. Migrende ilaç kullanım ilkeleri 41**
- 12.7.20. Palivizumab kullanım ilkeleri 41**
- 12.7.21. Anagrelid kullanım ilkeleri 41**
- 12.7.22. Aktive Protein C kullanım ilkeleri 41**
- 12.7.23. Amfoterisin-B ve kaspofungin ve vorikanozol kullanım ilkeleri 42**
- 12.7.24. Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri 42**
- 12.7.25. Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri: 42**
- 12.7.27. Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri 43**
- 12.7.28. Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri 44**
- 12.7.29. Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri 45**
- 12.7.30. Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu) ve bosentanın kullanım ilkeleri: 45**
- 12.8. Güvenlik ve endikasyon formu. 46**
- 12.9. Yurtdışından ilaç getirilmesi 46**
- 12.10. İntravenöz ilaç tedavisi 46**
- 13. Eczanelerle yapılacak sözleşme. 46**
- 14. İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması 47**
- 14.1. Uygulanacak indirim oranları 47**
- 14.2. Eşdeğer ilaç uygulaması 48**
- 15. Eczanelerden ilaç temini 49**
- 16. Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi 50**
- 17. Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu 50**
- 18. Organ ve doku nakli tedavileri 51**
- 19. Kurumca bedeli ödenecek bazı tedavi yöntemlerinin usul ve esasları 53**

- 19.1. ESWL metodu ile yapılacak taş kırılma tedavileri 53**
- 19.2. Hiperbarik oksijen tedavisi 53**
- 19.3. Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi 54**
- 19.4. Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi 54**
- 19.5. Diyaliz tedavileri 55**
 - 19.5.1. Hemodiyaliz tedavileri 55**
 - 19.5.2. Periton diyalizi 55**
 - 19.5.2.1. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) 55**
 - 19.5.2.2. Aletli periton diyalizi (APD) 56**
- 19.6. İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişimler. 56**
- 19.7. Kardiyovasküler cerrahide ödeme ilkeleri 56**
 - 19.7.1. Risk Faktörleri (EUROSCORE): 57**
- 20. Tıbbi malzeme temini ve ödeme esasları 57**
 - 20.1. Tıbbi malzeme temin esasları 58**
 - 20.2. Tıbbi malzeme ödeme esasları 59**
 - 20.2.1. Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilen tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi 59**
 - 20.2.2. Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi 60**
 - 20.3. Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları 60**
 - 20.3.1. Tekerlekli sandalye temini 60**
 - 20.3.2. Motorlu malul arabası verilmesini gerektiren hastalık ve arızalar. 61**
 - 20.3.3. Myoelektrik kontrollü kol protezleri 61**
 - 20.3.4. Hasta alt bezi 62**
 - 20.3.5. Kolostomi, ürostomi torbası ve diğer yardımcı malzemeler. 62**
 - 20.3.6. Yara bakım ürünleri 62**

- 20.3.7. Şeker ölçüm çubukları 63
- 20.3.8. Mikro infüzyon pompası 64
- 20.3.9. Kendinden jelli sonda. 64
- 20.3.10. İşitme cihazları 64
- 20.3.11. Desferal pompası 65
- 20.3.12. Gözlük ve lens bedellerinin ödenmesi 65
 - 20.3.12.1. Gözlük çerçeve ve camları 65
 - 20.3.12.2. Kontakt lensler. 66
- 21. Enjektör bedelleri 66
- 22. Ambulans bedelleri 66
- 23. Trafik kazazedelerine ilişkin uygulamalar. 67
- 24. Sağlık hizmetlerinin karşılanma yöntemi 67
 - 24.1. Ayaktan tedavilerde sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuru başına ödeme. 68
 - 24.1.1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ödeme. 68
 - 24.1.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ödeme. 68
 - 24.1.3. Ayakta tedavilerde sağlık kurum ve kuruluşlarında başvuru başına ödeme uygulamasına dahil olmayan işlemler. 69
 - 24.1.3.1. Birinci basamak sağlık kuruluşları 69
 - 24.1.3.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları 69
 - 24.2. Yatarak tedavide ödeme. 69
 - 24.2.1. Sağlık kurumları fiyat listesi (EK-8) üzerinden ödeme. 69
 - 24.2.2. Sağlık kurumlarında Paket İşlem Fiyat *Listesi* (EK-9) uygulama ilkeleri 70
 - 24.2.2.1. Paket işlem tanımı 70
 - 24.2.2.2. Paket işlemlerin kapsamı 70
 - 24.2.2.3. Ameliyat öncesi hazırlık işlemleri 70
 - 24.2.2.4. Hizmetin iptal olması veya yarım kalması 70

24.2.2.5. Ameliyat sonrası kontroller ve testler. 71

24.2.2.6. Paket işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler. 71

24.2.2.7. Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar. 71

24.2.2.8. Birden fazla kesi ve birden fazla ameliyat 72

24.2.2.9. Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde Tebliğ eki EK-9 Listesinin uygulanması 72

25. Faturalandırma ve ödeme. 72

25.1. MEDULA sistemi; 72

25.2. Fatura Düzenlenmesi 73

25.3. Sağlık kuruluşları için fatura eki belgeler. 74

25.4. Sağlık kurumları için fatura eki belgeler: 74

25.6. Fatura inceleme ve ödeme işlemleri 77

26. Tedavi giderlerine ait katma değer vergisi 77

27. Duyurular. 77

28. Yürürlük. 77

29. Yürütme. 77

1. Amaç, kapsam ve dayanak

1.1.Amaç

Tebliğin amacı; sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca (bundan sonra Kurum olarak ifade edilecektir) karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımlarının verilmesine ilişkin esas ve usullerin tespit edilmesidir.

1.2. Kapsam

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (bundan sonra Tebliğ olarak ifade edilecektir) hükümleri;

1.2.1 Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri, devredilen Sosyal Sigortalar Kurumunca (SSK) yürütülen kişiler;

a) 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile hastalık ve analık sigortası sağlık yardımlardan yararlandırılanlar,

b) 2925 Sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununa göre, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık sigortası sağlık yardımlarından yararlandırılanlar,

c) 4447 Sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu kapsamında işsizlik ödeneği alan ve hastalık ve analık sigortası sağlık yardımlarından yararlandırılan sigortalılar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

ç) 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun kapsamında iş kaybı tazminatı alan ve hastalık ve analık sigortası sağlık yardımlarından yararlandırılan sigortalılar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

d) Diğer ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında yer alan yurtdışı sigortalısı ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

1.2.2. Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri, devredilen Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumunca (Bağ-Kur) yürütülen kişiler;

1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamında sağlık yardımlarından yararlandırılanlar,

1.2.3. Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri, devredilen T.C. Emekli Sandığı Kurumunca yürütülen kişiler,

5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu kapsamında sağlık yardımlarından yararlandırılanlar, hakkında uygulanır.

Sigortacılık hizmetlerinden kaynaklanan farklılıklar nedeniyle; sağlık yardımlarından yararlanma şartları, yararlanma süresi, sağlanan sağlık yardımları v.b. uygulamalar, devredilen kurumların sigortacılık mevzuatı hükümleri doğrultusunda yürütülür.

1.3. Dayanak

Bu Tebliğ;

a)5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu,

b)506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 2925 Sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, 4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun, 4447 Sayılı İşsizlik Sigortası Kanununun ilgili hükümleri, Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği, 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 2167 Sayılı Kanunla Değiştirilen 32 nci Maddesinin (B) Fıkrasında Belirtilen Ağız Protezleri ile İlgili Olarak Yapılacak Yardıma İlişkin Yönetmelik, 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa Göre Eş ve Çocuklara Temin Edilecek Protez Araç ve Gereçlerine Dair Yönetmelik, 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 2167 Sayılı Kanunla Değiştirilen 102 inci Maddesinde belirtilen Yol Paraları ile Zaruri Masraf Karşılıklarına İlişkin Yönetmelik, Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 2925 Sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununun Uygulanmasına Dair Yönetmelik, diğer ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri,

c)1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, 2926 Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanununun ilgili hükümleri, Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliği, Bağ-Kur Sigortalılarının Yurt Dışında Tedavilerine İlişkin Yönetmelik,

ç) 5434 sayılı T.C Emekli Sandığı Kanunu, Emekli ve Malullük Aylığı Bağlanmış Olanlarla Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Buldukları Aile Fertleri, Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene ile Tedavileri Hakkında Yönetmelik,

hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

2. Sağlık kurum ve kuruluşları

2.1. Sağlık kuruluşları

a) Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu

Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, birinci basamak resmi sağlık kuruluşları olarak kabul edilir.

b) Birinci basamak özel sağlık kuruluşu

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

2.2. Sağlık kurumları

a) İkinci basamak resmi sağlık kurumu

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

b) İkinci basamak özel sağlık kurumu

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

c) Üçüncü basamak sağlık kurumu

Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültelerinin bulunduğu ilde kurulu sağlık uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite

hastaneleri) ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kurumları olarak kabul edilir.

3. Sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat ve işlemler

3.1. Müracaat belgeleri

a) **506 sayılı Kanun kapsamındaki aktif sigortalılar,**

- 1) İşveren tarafından düzenlenen vizite kâğıdı,
- 2) Kurum tarafından verilen sağlık karnesi,
- 3) T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi,

b) **506 sayılı Kanun kapsamındaki diğer kişiler için**

- 1) Kurum tarafından verilen sağlık karnesi,
- 2) T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi,

c) **Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler,**

- 1) Sigorta il/sigorta müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi”,
- 2) Resmi kimlik belgesi,

ç) **4046 sayılı Kanun kapsamında iş kaybı tazminatı alan kişiler ile bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babaları;**

- 1) Türkiye İş Kurumunca verilen İş Kaybı Tazminatı Kimlik Belgesi,
- 2) Kurum tarafından verilen sağlık karnesi,
- 3) T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi,

d) **4447 Sayılı İşsizlik Sigortası Kanunundan işsizlik ödeneği alan sigortalılar ile bunların geçindirmekle yükümlü olduğu kimseler,**

- 1) Türkiye İş Kurumunca verilen İşsizlik Ödeneği Kimlik ve Sağlık Belgesi,
- 2) Kurum tarafından verilen sağlık karnesi,
- 3) T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi,

e) 2025 Sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanun kapsamındaki sigortalılar ile eş ve çocukları,

- 1) Kurum tarafından verilen sağlık karnesi,
- 2) T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi,

f) 1479 sayılı ve 2926 sayılı Kanun kapsamında sağlık yardımlarından yararlandırılanlar,

- 1) Kurum tarafından verilen sağlık karnesi,
- 2) T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi,

g) 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu kapsamında tedavi giderleri karşılanan kişiler,

- 1) Kurum tarafından verilen sağlık karnesi,
- 2) T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi.

MEDULA sistemine dahil olan veya olmayan sağlık kurum ve kuruluşları, aşağıda sayılan istisnalar dışında fatura ekinde müracaat belgesi veya fotokopisini Kuruma göndermeyecektir.

90 gün prim ödeme gün sayısı olmaması nedeniyle MEDULA sistemi üzerinden müstahaklık onayı verilemeyen ancak, geçirdikleri iş kazası nedeniyle 90 gün prim ödeme gün sayısı şartına bağlı olmaksızın sağlık yardımları Kurumca karşılanan 506 sayılı Kanun kapsamındaki aktif sigortalılara verilen sağlık hizmetlerine yönelik düzenlenecek fatura ekinde, iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı,

· Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler MEDULA sistemine dahil edilmediğinden, bu kişilere verilecek sağlık hizmetlerine yönelik düzenlenen fatura ekinde, sigorta il/sigorta müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi,

gönderilecektir.

3.2. Müracaat işlemleri

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler, Kurum ile sözleşmesi bulunan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilirler.

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve yol/zaruri giderleri Kurumca karşılanan kişilere söz konusu giderlerin ödenebilmesi için, müracaat edilen Kurumla sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarınca tedavinin yapılamaması ve sevk tıbben zorunlu görülmesi halinde tedavinin sağlanabildiği en yakın sözleşmeli sağlık kurumuna sevk edilmeleri gerekmektedir.

Kurum ile sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin müracaatlarını ayırım yapmaksızın kabul etmek zorundadır.

Kurumla sözleşmeli birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarınca, Tebliğin 3.1 inci maddesinde sayılan müracaat belgelerinden biri vasıtasıyla müstahaklık sorgulaması yapılacaktır.

Kurumla sözleşmeli birinci basamak özel sağlık kuruluşları, ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurumları ile MEDULA sisteminin uygulandığı birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarınca, kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin sağlık yardımlarından yararlanma haklarının olup olmadığının tespiti için müracaatlarda, Tebliğin 3.1 inci maddesinde sayılan müracaat belgelerinden biri vasıtasıyla, Kurum bilgi işlem kayıtlarından (MEDULA) elektronik ortamda sorgulama yapılarak hasta takip numarası alınması zorunludur. Elektronik ortamda müstahaklık sorgulamasının yapılamaması halinde gerekli işlemler yürütülerek bu kişilerin tedavilerine ilişkin faturalar, müstahaklık sorgulaması yapıp hasta takip numarası alındıktan sonra düzenlenir ve faturaların bedeli Tebliğ ve eki listelerde yer alan usul, esas ve fiyatlar dahilinde Kurumca karşılanır. MEDULA sistemi üzerinden müstahaklık sorgulaması yapıp hasta takip numarası alınması zorunluluğu, Tebliğ yürürlük tarihinden itibaren 30 gün sonra uygulamaya konulur. Bu süre içerisinde MEDULA sistemi üzerinden müstahaklık sorgulaması yapılabileceği gibi mevcut müstahaklık sorgulama uygulamasına da devam edilebilir.

Sağlık yardımlarından yararlanmaya müstahak olmayanlara verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak, Kurum bilgi işlem sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen bir nedenle elektronik ortamda sorgulamanın yapılamaması ve daha sonra yapılan sorgulama sonucu bu kişilerin müstahak olmadığının tespit edilmesi halinde, tedaviye ait fatura bedeli ilgili sağlık kurum veya kuruluşuna ödenerek gerekli yasal işlemler Kurumca yürütülür.

Ancak;

506 sayılı Kanun kapsamındaki aktif sigortalılardan 90 gün prim ödeme gün sayısı olmaması nedeniyle MEDULA sistemi üzerinden müstahaklık onayı alınamayan kişilere, iş kazası nedeni ile verilecek sağlık hizmetleri için iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı ile,

Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık yardımı sağlanan ancak MEDULA sistemi üzerinden müstahaklık sorgulaması yapılamayan kişilere verilecek sağlık hizmetleri için sigorta il/sigorta müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi ile,

gerekli işlemler yürütülür.

506 Sayılı Kanun kapsamındaki aktif sigortalılar, sağlık kurum ve kuruluşlarına, işveren tarafından düzenlenen vizite kâğıdı ile müracaat edeceklerdir.

Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, müracaat eden Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişileri, sadece tetkik ve/veya tahlil için başka bir sağlık kurum veya kuruluşuna sevk edemezler. Bu hüküm, Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşları için, Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren **120** gün sonra uygulamaya konulur. Bu süre içerisinde, Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca, Tebliğ eki **“Tomografi, MR, vb. İleri Tetkik İşlemleri Sevk Formu” (EK-1/D)** eksiksiz olarak düzenlenerek sevk işlemi yapılabilecektir. ***Kurum ile halen tetkik/tahlil sözleşmeleri bulunan merkezlerin bu sözleşmeleri, Tebliğin yürürlük tarihinden 120 gün sonra fesih edilecektir.***

Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde yapılamayan tetkik ve tahlilleri hizmet alınması yoluyla başka sağlık kurum veya kuruluşlarından alabilirler. Bu şekilde hizmet alınan sağlık kurum ve kuruluşlarının listesi, hizmeti alan sağlık kurum ve kuruluşunca Kuruma bildirilir. Hizmet alımı yoluyla sağlanan ve Kuruma fatura edilebilir tetkik ve tahlil bedelleri, sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, Tebliğ esasları doğrultusunda ödenir. Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hizmet alımına ilişkin bilgi ve belgeler istenildiğinde Kuruma ibraz edilecektir.

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin, acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarından aldıkları sağlık hizmet bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3. İstirahat raporları

506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa tabi çalışan sigortalılar için, Kurumla sözleşmeli/anlaşmalı sağlık kurum ve kuruluşu hekimlerince, hastanın muayenesi sonucu gerekiyorsa Kurum mevzuatı çerçevesinde istirahat belgesi düzenlenebilir. Ayaktan müracaat eden sigortalılara istirahat raporu verilmesi gereken hallerde, tek hekim tarafından bir defada en çok 10 gün istirahat verilebilir ve bir defa tekrarlanabilir. 20 günden fazla istirahat verilmesi gerekiyorsa sağlık kurulunca rapor verilir. Sağlık kurulunun ilk vereceği istirahat süresi, sigortalının tedavi altına alındığı tarihten başlamak üzere 6 ayı geçemez. Ancak tedaviye devam edilmesi halinde “malullük halinin önlenebileceği veya önemli oranda azalacağı” sağlık kurulu raporu ile tespit edilirse bu süre uzatılır.

Söz konusu istirahatın 10 güne kadar olan kısmı ile ikinci 10 güne kadar olan kısmı Tebliğ eki yeniden düzenlenen “**İş Göremezlik Belgesi**” (EK-11/B) açıklama bölümünde belirtilen esaslara göre düzenlenir ve onaylanır.

Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları hekimlerince yapılan muayeneleri sonucu istirahatlı bırakılmalarına gerek görülmeyen veya ayakta 20 günü aşmayan müddetle tedavileri sağlanıp da iş görebilecek duruma gelen sigortalılar için müdavi hekimlerce, işyerlerine ibraz etmeleri ve iş göremezlik ödeneğinin ödenebilmesi bakımından Tebliğ eki “**Çalışabilir Kâğıdı**” (EK-11/A) düzenlenecektir.

İstirahat, sağlık kurulu raporu ile verilmişse sigortalının çalışıp, çalışamayacağı veya kontrol muayenesi yapıp, yapılmayacağı hususu sağlık kurulu raporunda belirtilecektir. Söz konusu çalışabilir kâğıtları, protokol numarası ve tarihi kaydedilerek sigortalılara verilecektir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, geçici iş göremezlik belgesinin üçüncü (son) nüshası, vizite kâğıdına bağlı olarak bir liste ekinde yazı ile vizite kâğıdında belirtilen işyeri sicil numarasının il-ilçe kodu ile işyerinin adresi göz önünde bulundurularak, bağlı bulunduğu ilgili devredilen SSK sigorta il/ sigorta müdürlüklerine gönderilmesi gerekmektedir.

Yurtdışı sigortalıları için yukarıda belirtilen esaslar çerçevesinde düzenlenen istirahat raporlarının bir sureti sigortalıya verilecek, bir sureti ise devredilen SSK sigorta il/sigorta müdürlüğüne yazı ekinde gönderilecektir.

4. Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar

4.1. Yatarak tedaviler

4.1.1. Sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılarak uygulanan tedaviler, yatarak tedavi olarak değerlendirilir.

4.1.2. Aşağıda belirtilen ve sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan, 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan tedaviler, *günübirlik tedavi* olarak değerlendirilir.

Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler;

a) Kemoterapi tedavisi,

b) Radyoterapi tedavisi (radyoterapi tedavi planlaması hariç),

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

ç) Diyaliz tedavileri,

d) İntravenöz ilaç infüzyon uygulaması.

4.2. Ayaktan tedavi

4.1 inci maddede açıklanan durumlar dışında kalan ve hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması, ayaktan tedavi olarak kabul edilir.

5. Sözleşmesi olmayan sağlık kurum veya kuruluşlarında acil tedavi bedellerinin ödenmesi

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

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan hastaların, sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşuna acil haller nedeniyle müracaatı sonucu oluşan giderler, acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun, müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi şartıyla Kurumca karşılanır.

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

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılanların acil hal nedeniyle başvurdukları sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tedavilerine ait giderler hasta tarafından karşılanacak olup, verilen hizmetlerin Tebliğ eki "**Paket İşlem Fiyat Listesi**"nde (EK-9) yer alması durumunda bu liste fiyatları, yer almıyorsa Tebliğ eki "**Sağlık Kurumları Fiyat Listesi**" (EK-8) esas alınarak ödenir.

6. Katılım payı

6.1. Poliklinik muayene katılım payı

Poliklinik muayene katılım payı;

a) 506 sayılı Kanun kapsamında sağlık yardımlarından yararlandırılan sigortalının eşi, çocukları, ana ve babası, Kurumdan gelir ve aylık almakta olanlar ve aile bireyleri ile sigortalı iken sigortalılık niteliğini yitiren sigortalı ile eşi, geçindirmekle yükümlü oldukları çocukları, ana ve babalarının sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayaktan tedavilerinde, memur maaş katsayısının 20 gösterge katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar, (01/07/2007 tarihine kadar **94 YKr**, 01/07/2007 tarihinden sonra **95 YKr**),

b) 1479 sayılı ve 2926 sayılı Kanun kapsamındaki aktif sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babalarının, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayaktan tedavilerinde, Tebliğ eki EK-8 Listesinde yer alan poliklinik muayene ücreti bedelinin %20'si,

c) 1479 sayılı ve 2926 sayılı Kanun kapsamında Kurumdan aylık alanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babalarının, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayaktan tedavilerinde, Tebliğ eki EK-8 Listesinde yer alan poliklinik muayene ücreti bedelinin %10'u,

olarak uygulanır.

ç) 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu kapsamında sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerden poliklinik muayene katılım payı tahsil edilmez.

Poliklinik muayene katılım payı tahsil edilecek kişilerden;

· Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu eş, çocuk, ana ve babaları için gelir ve aylıklarından,

· Diğer kişiler için ise reçete ile ilaç temini için başvuru Kurumla sözleşme yapmış serbest eczaneler tarafından,

tahsil edilir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene sonucunda reçete düzenlenmemesi veya düzenlenen reçete muhteviyatının sözleşmeli eczanelerden alınmaması hallerinde, bu muayenelere ilişkin poliklinik muayene katılım payları, sözleşmeli eczanelere ilk müracaatta toplu olarak tahsil edilir.

Poliklinik muayene katılım payı tahsil edilecek kişilerden, "Ayaktan Tedavilerde Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Başvuru Başına Ödeme" uygulamasında da yukarıda belirtilen tutarlardaki poliklinik muayene katılım payları aynı usulle tahsil edilir.

6.2. İlaç katılım payları

6.2.1. İlaç katılım payı alınmayacak haller ve kişiler;

1) Yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan,

2) İlaç kullanım raporu ile belgelendirilmesi koşuluyla, Tebliğ eki “*Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi*” nde (EK–2) yer alan ilaçlardan,

3) Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri, devredilen Sosyal Sigortalar Kurumunca yürütülen 506 ve 2925 sayılı Kanunlara tabi sigortalılara iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle kullanılacak ilaçlar ile 506 ve 4046 sayılı Kanunlar gereği analık sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin analık hali nedeniyle kullanılacak ilaçlardan,

4) Sağlık yardımları, devredilen Kurumlarca karşılanan 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun kapsamındaki kişiler ile bunların eşleri ve dul eşlerine kullanılacak ilaçlardan,

katılım payı alınmayacaktır.

6.2.2. İlaç katılım payı oranları;

Kapsam maddesinde yer alan ve ilaç katılım payı alınması gereken kişilerden;

1)Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babaları için %10,

2)Diğer kişiler için %20,

oranında ilaç katılım payı tahsil edilir.

6.2.3. İlaç katılım payı tahsili;

İlaç katılım payları;

1)Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu eş, çocuk, ana ve babaları için gelir ve aylıklarından, (İlaç katılım payı miktarının gelir ve aylıktan fazla olması durumunda Kurumla sözleşme yapmış serbest eczane tarafından kişiden tahsil edilir.)

2)Kapsamdaki diğer kişiler için ise Kurumla sözleşme yapmış serbest eczaneler tarafından kişiden,

tahsil edilir.

6.3. Tıbbi malzeme (protez, ortez, araç ve gereçler) katılım payları

Devredilen kurumların mevzuatı gereği katılım payı alınması gereken tıbbi malzemelerden alınacak katılım payı oranları ile ilgili olarak;

6.3.1. Katılım payı oranları;

1) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuklar için kullanılması gerekli görülen tıbbi malzemeler için %10,

2) Kapsamdaki diğer kişilerin tedavilerinde gerekli görülen tıbbi malzemeler için %20.

6.3.2. Katılım payı üst sınırı;

Her bir müracaatta alınacak katılım payı;

1) Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri devredilen SSK tarafından yürütülen kişilerden;

· Sigortalılar, çocukları ve eşleri için, sanayi kesiminde çalışan on altı yaşından büyük işçilere uygulanan aylık asgari ücretin bir buçuk katından,

· Sürekli iş göremezlik geliri, malûllük ve yaşlılık aylığı alanlar ile eş, çocukları ve Kurumdan hak sahibi olarak gelir ve aylık almakta olan eş ve çocukları için, sanayi kesiminde çalışan on altı yaşından büyük işçilere uygulanan aylık asgari ücretten,

fazla olamaz.

2) Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri devredilen Bağ-Kur tarafından yürütülen kişilerden;

· Sigortalılar için birinci gelir basamağının bir buçuk katını,

· Aylık alanlar için birinci gelir basamağının % 65 ini,

geçemez.

3) 5434 sayılı Kanun kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için,

· 5434 sayılı Kanunun EK-19 uncu maddesindeki aylıklardan fazla olamaz.

Sağlık kurumlarınca temin edilen tıbbi malzemelere ait katılım payları, devredilen kurumların mevzuatı gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken kişilerden ilgili sağlık kurumlarınca tahsil edilir.

7. Yurt dışına tedaviye gönderme

Yurt içinde tedavisinin mümkün olmadığı anlaşılan hastalıklarının tedavisi için, yurt dışına tedaviye gönderilmesi gereken ve söz konusu giderleri mevzuat gereği Kurumca karşılanan kişilerin;

· Yurtdışındaki sağlık tesislerine gönderilebilmeleri için (doku ve organ nakli hariç); Sağlık Bakanlığınca yetkili kılınan ve “***Yurtdışında Tedavi Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları*** Listesi”nde (EK-1) belirtilen hastanelerin sağlık kurullarınca,

· Yurtdışında doku ve organ nakli tedavileri için; Sağlık Bakanlığınca yetkili kılınan ve “***Yurtdışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları*** Listesi”nde (EK-1/C) belirtilen hastanelerin sağlık kurullarınca,

“Sosyal Güvenlik Kurumunca Sağlık Yardımlarından Yararlandırılanların Yurtdışına Tedaviye Gönderilmelerine İlişkin Sağlık Kurulu Raporu” (EK-1/B) formatına uygun olarak sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve düzenlenen raporların ilgili dallarda eğitim hastaneleri ile işbirliği yapmak kaydıyla, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve

Araştırma Hastanesince teyit edildikten sonra Sağlık Bakanlığınca onaylanması gerekmektedir. Onay sonrasındaki işlemler devredilen kurumların mevzuat hükümleri doğrultusunda sürdürülür.

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

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

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, Kurum tarafından yürütülecektir.

Acil müdahaleyi gerektiren durumlar ve hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak gelişen durumlar hariç yurt dışına tedaviye gönderilenlerin, raporlarında belirtilmeyen hastalıklara ait tedavi giderleri ödenmez. Sağlık kurulu raporunda belirtilen hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak yapılan tedaviler, hastanenin raporuna göre ödenir.

Yurt dışındaki tedavi süresi, altı ayı geçmemek kaydı ile yetkili hastanece düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilir. Ancak bu süre yurt dışında tedaviyi yapan sağlık kuruluşunun önerisi ve bu önerinin raporu düzenleyen hastane sağlık kurulunca uygun bulunması halinde altı ayı geçmeyen dönemler halinde en çok iki yıla kadar uzatılabilir.

Her bir yurt dışı tedavisi sonrasında, Tebliğ eki "**Yurt Dışı Tedavisi İçin Hasta İzleme Çizelgesi**" (EK-1/A) Kurumca doldurularak Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

8. Dış Tedavileri

8.1. Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak dış tedavileri

Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan dış tedavi bedellerinin ödenmesinde Tebliğ eki "**Dış Tedavileri Fiyat Listesi**" (EK-7) ücretleri uygulanacaktır.

Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunda kurulan dış protez ünitesindeki tedavi sırasında yapılamadığının belgelendirilmesi ve tedaviyi yapan sağlık kurumunun faturasında yer almaması şartıyla, sözleşmeli resmi sağlık kurumlarından, ilgili mevzuat hükümlerine dayanılarak başhekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılan akrilik veya seramik veneer kron, hassas tutuculu kron, implant üstü kron v.b. metal destekli tek parça kron ve tek parça döküm kron için (malzeme dahil) **11 YTL**, alt-üst çene iskelet dökümü için (malzeme dahil) **43 YTL** döküm işçilik ücreti hastaya ödenir. Bu işlemlerin serbest diş hekimliklerinde yaptırılması halinde, ayrıca döküm işçilik ücreti ödenmeyecektir.

Diş tedavileri sırasında; altın, platin, paladyum+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, bedelleri ödenmeyecektir.

Kemik içi dental implantların bedelleri ödenmez. Ancak, maksillofasiyal travma ve tümörler sonucu aşırı kemik kaybı olan yada damak yarığı gibi deformiteleri olan hastalar ile rutin tedavilerle başarılı olunamayan rezorbe alt-üst çene vakalarında (en az 2 en fazla 4 implant ile sınırlı kalmak koşuluyla) klasik protez ile çözülemeyen ve implant tedavisinin zorunlu olduğunun üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımıyla oluşacak sağlık kurulu tarafından karara bağlanması ve kaç ünite yapılacağına sağlık kurulu raporunda belirtilmesi şartıyla Tebliğ eki EK-7 Listesindeki tedavi bedeli ile implant malzemesi bedeli olarak (her ünite için) 90 YTL ödenir.

8.2. Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi

Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarındaki diş ünitelerinde yapılan tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, Tebliğin bu bölümünde belirtilen sevk usul ve esaslarına uyulması zorunludur.

Diş tedavisi amacıyla Tebliğin bu bölümünde belirtilen istisnalar hariç olmak üzere, özel sağlık kurum ve kuruluşları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan yapılan başvurularda tedavi gideri ödenmez.

Müracaat edilen sözleşmeli resmi sağlık kurum veya kuruluşunca kron ve protez tedavisine 90 gün, dolgu tedavisine 30 gün, diğer diş tedavilerine de 45 gün içinde başlanamayacağına belirtilmesi ve kapsamda yer alan kişilerce talep edilmesi halinde serbest diş hekimliklerine, Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum veya kuruluşlarına, özel sağlık kurum veya kuruluşlarına sevkleri yapılabilecektir. Bu durumda, sevki yapan diş hekimi tarafından, yapılması gereken tedavinin ayrıntılı olarak belirtilmesi ve sonrasında da sevki yapan sözleşmeli resmi kurum veya kuruluştaki diş hekimlerince tedavinin yapıldığının onaylanması gerekmektedir.

Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşu bünyesinde diş hekimi bulunmayan ilçelerde, serbest diş hekimi bulunması halinde resmi sağlık kurumu başhekimisi tarafından serbest diş hekimliklerine veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarına sevk yapılabilecektir. Bu şekilde sağlanan tedavilerde, serbest meslek makbuzunda/faturada belirtilen tedavinin usulüne uygun yapıldığının ilçenin bağlı olduğu bölge diş hekimleri odasının temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Serbest diş hekiminin veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarda tedaviyi yapan diş hekiminin oda temsilcisi olması halinde onaylama işlemi en yakın yerdeki oda temsilcisi tarafından yapılacaktır.

%40 ve üzerinde özürlü kişiler, diş tedavileri için özürlülük durumunu belgelemek suretiyle, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına veya serbest diş hekimliklerine doğrudan başvurabilirler.

Başta zihinsel özürlü olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılama güçlüğü yaşanan özürlü kişilerin diş tedavileri lokal anestezi altında gerçekleştirilemiyorsa ve genel anestezi altında müdahale gerekliliği söz konusu ise tedavinin, anesteziyoloji ve reanimasyon uzman

hekiminin sorumluluğunda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan sağlık kurumlarında yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir. “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak düzenlenmiş raporun onaylı bir örneği düzenlenecek faturaya eklenecektir.

5–15 yaş grubundaki çocukların, yer tutucu ve ortodontik tedavileri ile 6 ve 12 yaş (1 inci ve 2 nci daimi büyük azı) dişlerinin tedavileri (münhasıran kanal, dolgular) için, sözleşmeli resmi sağlık kurum veya kuruluşundan, bu maddenin üçüncü fıkrasında belirtilen süre şartı aranmaksızın sevk edilmesi halinde serbest diş hekimliklerine, sözleşmesiz resmi sağlık kurum veya kuruluşlarına veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarına başvurulabilir. Bu durumda, sevki yapan diş hekimi tarafından, yapılması gereken tedavinin ayrıntılı olarak belirtilmesi ve sonrasında da sevki yapan sözleşmeli resmi kurum veya kuruluşdaki diş hekimlerince tedavinin yapıldığının onaylanması gerekmektedir.

Serbest diş hekimlikleri, Kurumla sözleşmesiz resmi sağlık kurum veya kuruluşları veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarındaki teşhis, tedavi veya proteze ilişkin bedellerin ödenmesinde, Tebliğ eki EK–7 Listesinde yer alan fiyatlar esas alınır.

Serbest diş hekimliklerinde veya Kurumla sözleşmesi olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan kron ve proteze ilişkin bedeller, her bir kron için **40 YTL** olmak üzere;

1- Tek çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak **150 YTL**’ yi,

2- Alt-Üst çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak **300 YTL**’ yi,

geçmemek şartıyla ödenir. Bu sınırlama sadece kron ve protez bedelleri için getirilmiş olup, diğer diş tedavilerine ait bedeller, Tebliğ eki EK–7 Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak karşılanır.

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

Tebliğ eki EK–7 Listesinde (*) işaretli olan tedavilere ait giderlerin karşılanabilmesi için, tedavinin konularında uzman veya doktoralı diş hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

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

9. Sağlık raporlarının düzenlenmesi

9.1. Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi

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

9.2. Sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi

İlgili daldan üç uzman hekimin katılımıyla, aynı daldan üç uzman hekim bulunmaması halinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere başhekimin seçeceği diğer dallardan uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınca düzenlenir. Sağlık kurulu raporlarında başhekimlik mührü ve ıslak imza onayının bulunması zorunludur. İstisnai sağlık kurulu raporlarına ait düzenlemeler Tebliğde ayrıca belirtilmiştir.

10. Üremeye yardımcı yöntemler (Tüp bebek tedavisi)

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

10.1. Tüp bebek tedavisi öncesi işlemler

10.1.1. Klasik ovulasyon indüksiyonu

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

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

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

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

10.1.2. İntra uterin inseminasyon (IUI)

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

10.2. Tüp bebek tedavisi işlemleri

Tüp bebek tedavisine esas teşkil edecek sağlık kurulu raporları, kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak, üroloji uzman

hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim veren kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından düzenlenecektir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.2.1. Tüp bebek tedavisine başlama kriterleri

A- Erkek faktörü:

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

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

B- Kadın faktörü:

1- Tubal faktör

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

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

olgulardır.

2- Endometriozis

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

3- Hormonal – ovuluar bozukluklar

a) Oligo – anovulasyon ,

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

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

C- Açıklanamayan infertilite:

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

D- Diğer endikasyonlar:

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

10.2.2. Tüp bebek tedavisi işlem bedeli ve ödeme esasları

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

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

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

Kurumla sözleşmeli üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, tüp bebek kapsamında yapılan her türlü tıbbi işlemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların doğru ve sağlıklı bir şekilde tutulması ve muhafazasında, merkez sorumlusu ve ruhsat (uygunluk belgesi) sahibi kişiler, müşterek ve müteselsilen yükümlüdür. Ayrıca, evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile kadının yaşını tespit etmek için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

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

Tüp bebek tedavisi en fazla üç uygulama ile sınırlı tutulduğundan, yapılan her bir uygulamaya ait kayıtlar, Kurum elektronik ortamına işlenerek takibi yapılır.

11. Kaplıca tedavileri

Kaplıca tedavileri için, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurullarınca sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Sağlık kurulu raporunda tanı, önerilen tedavi, seans ve gün sayısı bilgilerinin yer alması zorunludur.

Kurumla sözleşmesi bulunan sağlık kurumları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile kaplıca tedavisine gerek görülenler, “**Sağlık Bakanlığınca İşletme İzni Verilen Kaplıca Tesislerinin Listesi**”nde (EK–4) yer alan kaplıcalara doğrudan müracaat edebilirler.

Tebliğ eki EK–4 Listesinde yer almayan kaplıcalarda tedavi görenlerin, kaplıca tedavilerine ait bedeller Kurumca karşılanmayacaktır.

Kaplıca tedavilerine ait giderler, hasta tarafından karşılanacak olup tedaviye ilişkin fatura ve sağlık kurulu raporuna dayanılarak her bir gün için bir adet olmak üzere, Tebliğ eki EK–8 Listesinde **702.020 kodu** ile yer alan “**banyo-kaplıca**” bedeli hastaya ödenecek olup, Tebliğde yer alan diğer işlemler faturalandırılrsa dahi bedelleri ödenmez.

12. Reçete ile ilaç kullanım raporu ve ilaç yazım ilkeleri

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

12.1. Reçete ve ilaç kullanım raporlarının düzenlenmesi

12.1.1. Ayaktan tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ayakta tedavi sırasında kullanılması gerekli görülen ilaçlar için, sağlık karnelerinde bulunan reçetelerin kullanılması zorunludur. Ancak bu kişilerden sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri devredilen SSK tarafından yürütülüp sağlık karnelerinin reçete sayfaları biten ve yenilenmeyenler için sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarının reçeteleri kullanılır.

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

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

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

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

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

Herhangi bir uzman hekim tarafından reçete edilebilen tüm ilaçlar, aynı uzmanlık eğitimi üzerine yan dal uzmanlığı yapmış olan hekimlerce de reçete edilebilecektir.

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

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

12.1.2. Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

Yatarak tedavilerde hastanede kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur. Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında yapılan yatarak tedavilere ait faturalarda yer alan ilaç bedelleri, ayrıca belirtilmek kaydıyla faturaların Kuruma teslim tarihinden itibaren 15 gün içinde avans olarak ödenir. Bu avans, tedavi faturalarının kesin ödemesi sırasında mahsup edilmek suretiyle kapatılır.

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

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

12.1.3. İlaç kullanım raporlarının düzenlenmesi

İlaç kullanım rapor formatları konusunda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.

İlaç kullanım raporlarının düzenlenmesinde, Tebliğin 9 uncu maddesi dikkate alınacaktır. Bu raporlar, Tebliğde yer alan istisnalar saklı kalmak kaydıyla 9.1 inci madde doğrultusunda uzman hekim tarafından düzenlenecek olup 9.2 nci maddeye göre düzenlenen sağlık kurulu raporları da geçerli kabul edilecektir.

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

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

İlaç kullanım raporları, Tebliğde özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir. Tebliğin yürürlük tarihinden önce Kurum bilgisayar kayıtlarına süresiz olarak girilen tüm raporlar, Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 2 yıl süre ile geçerli kabul edilir.

Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile Tebliğ hükümlerine göre eksikliği bulunan ilaç kullanım raporları (ilacın kullanım dozu, etken madde, kullanım süresi,

ilgili hekim onayı veya tedavi şeması), aslına sadık kalmak kaydıyla raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen hekimin kaşe ve imza onayı ile düzeltilmesi ve bunun başhekimlik mührü ve ıslak imza ile onaylanması koşuluyla düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren rapor süresinin sonuna kadar geçerlidir.

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

Kullanımı sağlık raporuna bağlı veya katılım payından muaf ilaç(lar) için 2 adet sağlık raporu düzenlenir. Sağlık raporuna dayanılarak düzenlenen ilk reçete ile birlikte sağlık raporunun bir ilağların temin edildiği sözleşmeli eczanenin faturası ekinde Kuruma gönderilir. Sağlık raporunun bir nüsha düzenlenmesi halinde fatura ekinde ilgili sağlık kuruluşu tarafından aslı gibidir onayı yapılmış rapor fotokopisi Kuruma gönderilecektir.

12.2. Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

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

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

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

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

İlaç kullanım raporu aranmaksızın:

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

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

reçete edildiği takdirde bedeli ödenir.

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

12.3. Hasta katılım payından muaf ilaçlar

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

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

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

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

Tebliğ eki EK-2 listesinde yer alan tüberküloz, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, disritmiler, arteriyel hipertansiyon, kardiyomiopati, solunum sistemi hastalıkları, diabetes mellitus, kronik nörolojik hastalıklar ve glokom tedavisinde kullanılan ilaçlar, etken madde adının belirtildiği ilaç kullanım raporuna dayanılarak, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla herhangi bir hekim tarafından reçete edilmesi ve eczane tarafından reçete bilgilerinin (reçetenin tarihi, protokol no, ilaç adı, dozu ve kullanım miktarı) rapor arkasına işlenmesi halinde, işlenen reçetede belirtilen etken madde dozu ve günlük kullanım dozu esas alınarak rapor süresi boyunca tekrar reçete edilmesine gerek olmaksızın, en fazla üçer aylık miktarda sözleşmeli eczanelerden temin edilebilir. Etken maddenin miktarı ve/veya kullanım dozu değişikliği gereken hallerde yeniden reçete düzenlenecektir. Eczaneler, reçete olmaksızın vermiş oldukları ilaçların verilme tarihini, adını ve miktarını rapor arkasına işleyeceklerdir. Ayrıca rapor arkasına, hastanın ilaçları aldığına dair imzasının alınması ve eczane kaşesinin basılması zorunludur. Bu işlem müracaat edilen her eczane tarafından, rapor süresince, her ilaç verilisinde tekrarlanacaktır. Raporun ön ve arka yüz fotokopisi reçetenin bilgisayar çıktısına eklenecektir.

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

Ayaktan yapılacak radyolojik tetkikler için kullanılacak tüm iyonik ve non-iyonik radyo-opak maddelerden katkı payı alınmayacaktır. Reçeteye ön tanı ve istenilen tetkik, ilgili hekim tarafından yazılıp imzalanacaktır.

12.4. Sadece yatan hastalarda kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar

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

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

12.5. Ayakta tedavide kullanımı ilaç kullanım raporuna bağlı ilaçlar (EK-2/C)

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

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

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

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

12.6. Bedeli ödenecek ilaçlar (EK-2/D)

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

12.7. Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler

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

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

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

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

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

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

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

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

· **Psöriatik artritli hastalarda,** hastalık modifiye edici ajanlardan en az ikisi (tek tek veya kombinasyon şeklinde) standart dozda en az altı ay kullanılmışsa ve yanıt alınmamışsa (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) veya toksisiteden dolayı altı aydan daha kısa sürede yukarıdaki ilaçlar kesilmek zorunda kalınmışsa;

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

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

Söz konusu ilaçların;

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

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

İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan üç ay sonra bu ilaç için ilaç kullanım raporu düzenlemeye yetkili hekim tarafından değerlendirilir, yeterli cevap alınamamışsa (Romatoid artrit için, DAS 28’de 0.6 puandan, ankilozan spondilit için, BASDAI’de 2 birimden daha az düzelme olması, psöriatik artrit için, psöriatik artrit yanıt kriterlerine “PSARC” göre yanıt alınamaması durumunda) ilaca devam edilmesi durumunda bedeli ödenmeyecektir.

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

Psoriyazis vulgariste; üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekimince düzenlenen, diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli olduğunu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten ilaç kullanım raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edildiğinde bedeli ödenir.

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

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

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

12.7.2. Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri

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

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

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

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

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

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

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

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

12.7.3. Aşı ve serum temini uygulaması

Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.

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

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

Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

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

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

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

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

12.7.4. Rasburicase kullanım ilkeleri

Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli veya akut lösemi tanısı almış ve beyaz küre sayısı 100.000/mm³'den fazla olan, allopurinol ve hidrasyon tedavisine rağmen böbrek fonksiyonları bozulmuş (kreatin > 2 mg/dl, kreatin klerensi < 50 ml/dakika) veya allopurinolün kontrendike olduğu hastalarda prospektüs şartlarına (en fazla 5 günlük tedavi) göre yatan hastalarda kullanılır. Çocuk veya erişkin hematoloji, tıbbi onkoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu doğrultusunda bu uzman hekimlerden birinin yazdığı reçeteye göre, raporda laboratuvar sonuçlarının yer alması kaydıyla bedeli ödenir.

12.7.5. Botulismus toksini Tip A

a) Botulismus toksini, ancak organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulamayı yapacak göz hastalıkları, nöroloji ile fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak;

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

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

b) Pediatrik serebral palside kullanımı:

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

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

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

12.7.6. Büyüme hormonu kullanım esasları

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

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

A) Çocuklarda;

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

1) Yıllık büyüme hızı;

· 0-4 yaş 6 cm'nin altında,

· 4 yaş üzeri 4,5 cm'nin altında,

· Puberte'de; izleme süresi ve büyüme hızı hastanın diğer bulgularına göre endokrinoloji/ çocuk endokrinolojisi uzman hekimince değerlendirilmesi;

2) Kemik yaşı;

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

· Pubertal dönem için sadece epifizlerin açık olması,

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

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

Hastanın yaş grubu ve pubertal bulguları gerektiriyorsa büyüme hormonu testleri yapılmadan mutlaka priming yapılmalıdır.

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

Bu hususların belirtildiği ilaç kullanım raporu ile hastaya büyüme hormonu tedavisi uygulanacaktır.

Büyüme hormonu ile tedavisine başlanan hastalar endokrinoloji/çocuk endokrinoloji hekimi tarafından en az 6 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olduğunun raporda belirtilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy skalasına göre 25 persentile ulaşana kadar her yıl ilaç kullanım raporu yenilenecektir.

Sonlandırma Kıstasları;

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

tedavi sonlandırılacaktır.

B) Erişkinlerde;

- 1) Epifiz hatları açık olan erişkin yaştaki hastaların büyüme hormonu kullanım esasları, çocuk yaş grubu ile aynıdır.
- 2) Epifiz hatları kapalı olan hastalarda:

a) Çocukluk yaş grubunda büyüme hormonu eksikliği tanısı konulup, büyüme hormonu tedavisi verilen ve epifizleri kapandığı için tedavisi kesilen hastalarda tekrarlanan iki adet büyüme hormonu uyarı testine yetersiz yanıt alınmışsa (kontrendikasyon yoksa testlerden biri

insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erişkin dozda büyüme hormonu tedavisi başlanabilir.

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

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

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

5) Büyüme hormonu, büyüme hormonu tedavisine karar verilen hastalara erişkin endokrinoloji uzman hekimi tarafından hazırlanan ilaç kullanım raporuna dayanılarak başlanabilecek ve müteakiben erişkin endokrinoloji uzman hekimi tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir. Rapora tedavi şeması ile ilgili ayrıntılı bilgi yazılacaktır. Bu rapor en fazla bir yıl süreyle geçerli olacaktır.

12.7.7. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri

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

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

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

12.7.8. Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri

a) Enteral beslenme ürünleri;

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

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

Raporda belirtilmek kaydıyla;

· Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya

- “Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar veya
- Çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar,

malnütrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

b) Parenteral beslenme ürünleri;

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

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

a) Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri;

1) Kronik böbrek yetmezliğinde;

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/veya ferritin < 100 µg/L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ≥ %20 ve/veya ferritin ≥ 100 µg/L olduğunda hemoglobin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasındadır. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'ye ulaşıncaya kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınacak ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT > %20 ve/veya ferritin > 100 µg/L olmalıdır. Bu değerlere 3 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesi reçeteye eklenir.

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

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

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

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

2) Kronik böbrek yetmezliğinin dışında:

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

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

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

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

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

b) Sevelamer kullanım ilkeleri:

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

- 1) Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya
- 2) PTH düzeyinin 100 pg/ml değerinin altında olan adinamik kemik hastalığı olguları veya
- 3) Hastanın Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya
- 4) Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pg/ml ve üzerinde ve D3 kullanma endikasyonu olan,

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

c) Parikalsitol kullanım ilkeleri:

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

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

12.7.10. Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri

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

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

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

A) Gaucher Hastalığı Tedavi Esasları

1) Teşhis için:

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

b) Mutasyon analizi yapılacaktır.

2) Enzim tedavisi uygulama kriterleri:

Tedavi endikasyonu olan hastalık tipleri:

· Tip I (Non Nöropatik Form)

· Tip III (Kronik Nöropatik Form)'tür.

Tip II (Akut Nöropatik Form) için enzim tedavisi yapılmayacaktır.

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

4) İzleme kriterleri:

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

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

6) Enzim dışındaki tedavi seçenekleri (substrat inhibisyonu tedavisi gibi) çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekimlerinden birisinin bulunduğu üç imzalı ilaç kullanım raporunda enzim tedavisinin mümkün olmama gerekçelerinin (enzime karşı anaflaktik reaksiyon, tedavi

etkinliğini bozan antikor varlığı vb) belirtilmesi halinde uygun endikasyonları doğrultusunda reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.

B) Fabry hastalığı tedavi esasları

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

C) Mukopolisakkaridoz Tip I hastalığı tedavi esasları

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

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

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

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

D) Diğer lizozomal depo hastalıklarınınin tedavi esasları

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

12.7.11. Glokom ilaçları

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

12.7.12. İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri

A) Spesifik/hiperimmün iv immünglobulinlerin kullanım ilkeleri

Spesifik/hiperimmün immünglobulinler ayaktan tedavide, sadece Sağlık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda, düzenlenecek ilaç kullanım raporuna dayanılarak uzman hekim

tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde ilaç kullanım raporu şartı aranmayacaktır.

Anti-HEP B IG klinik uzman hekimler tarafından ve vaka başına profilaktik olarak 0.02-0.06 ml/kg/doz erişkinlerde maksimum 1600 ünite, çocuklarda maksimum 800 üniteyi aşmamak üzere reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

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

B) Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler

- 1) Pediatrik HIV enfeksiyonunda pediatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi,
- 2) Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji (yetişkin ve çocuk) uzman hekimi,
- 3) Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi,
- 4) Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin nasokomiyal enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyumsuzluklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından,

tarafından reçete edilebilir.

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

12.7.13. İnterferon kullanım ilkeleri

A) Kronik viral hepatitlerde alfa interferon kullanım ilkeleri

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

1- Kronik hepatit B'de;

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

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

b) Kompanse evre karaciğer sirozlarında;

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

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

Tedavi süresi;

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

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

HBe Ag negatif kompanse evre karaciğer sirozunda ise en az 6 ay en fazla 1 yıl olmak üzere,

yukarıdaki kriterler doğrultusunda 18 yaş ve üzerindeki hastalarda hayatı boyunca 1 kür kullanılabilir.

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

2- a) Akut hepatit C;

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

b) Kronik hepatit C;

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

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

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

Tedavi süresi 12 ayı geçmeyecektir. Eğer konvansiyonel interferonlar kullanılırsa, tedavi dozu haftada 3 gün, günde 4.5-5 milyon ünite şeklinde verilir. Bu durumda doz haftada 15 milyon ayda 60 milyon üniteyi geçemez. İndüksiyon tedavisi durumunda 3 ay süreyle her gün 4.5-5 milyon ünite/m² dozunda verildiğinde bedeli ödenir.

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

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

3) Hepatit-D'de 6 aydan fazla süredir ALT düzeyi normalin en az 2 katından fazla veya biyopsi ile (KNOVELL aktivite indeksi 4'ün üzerinde veya fibrozis skoru 2 ve daha üzerinde) tanı konmuş, anti deltası pozitif olan ve kronik hepatit saptanmış kompanse karaciğer hastalığı bulguları olan hastalara uygulanır. Konvansiyonel interferonlar kronik hepatit B ile aynı dozda kullanılır. HBV DNA >104 kopya/ml bulunan vakalarda tedaviye antiviral ilaçlardan biri eklenebilir.

İlaç kullanımı 104 haftalık toplam tedavi dozunu geçemez.

4) 1 inci, 2/b ve 3 üncü maddede belirtilen kronik hepatit B, kronik hepatit C ve hepatit D tedavisine başlama kriterlerine uygun olarak 18 yaşın üzerindeki hastalarda veya klasik interferon tedavisine cevap vermeyen ve/veya nüks eden hastalarda pegil interferonlar kullanılabilir. Kronik hepatit B, C veya D tedavisinde, daha önce tedavi almamış hastalarda pegil interferonlar ile tedaviye başlanabilir.

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

5) Kronik hepatit-B'de:

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

6) Teşhise esas olan bulgular ilaç kullanım raporunda belirtilecektir.

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

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

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

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

b) Olguların remitting-relapsing türü olması,

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

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

12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri

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

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

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

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

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

Bu ilaçların endikasyon dışı kullanımı için Sağlık Bakanlığı izni aranmaz.

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

3) Tıbbi onkoloji, çocuk onkolojisi, hematoloji veya çocuk hematolojisi uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı eğitim ve araştırma hastanelerinde ise hastalıkla ilgili

branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ilaçlar; Alemtuzumab, bevasizumab, bortezumib, darbepoetin, eritropoietin alfa-beta, erlotinib, fulvestrant, gefinitib, ibritumomab tiuksetan, interleukin-2, imatinib, imiquimod, oktreotid, rituksimab, setuksimab, talidomid, temozolomid, trastuzumab.

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

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

Kanser tedavisindeki ilaç kullanım raporlarında tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, (patoloji veya sitolojik inceleme yapılamamış ise teşhise esas teşkil eden bilgiler içeren bir epikriz) evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kemoterapiler bulunmalıdır.

Ritüksimab: Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisi konmuş hastaların tedavisinde, evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda CVP (siklofosfomid, vinkristin, prednisolon) tedavisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanımı endikedir. Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 doza kadar kullanımı halinde geri ödenir. Bu iki durumda rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen vakalarda ilave olarak 4 doz daha kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 doza kadar geri ödenir.

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

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

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

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

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

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

12.7.15. Klopidoğrel kullanım ilkeleri

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

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

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

ç) Girişimsel periferik veya serebral işlemler sonucu, intrakraniyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kaplı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) yerleştirilen hastalarda kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji işlemini yapan radyoloji uzman hekimi tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile stent takılan hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

12.7.16. Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığı

Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığında;

a) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle Tebliğ eki EK-2/D Listesine dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları yada çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından yazılması halinde bedeli ödenir.

b) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları- üre siklus bozuklukları- organik asidemiler), (a) bendinde belirtilen özel tıbbi mamalara ilave olarak,

hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi, çikolata, gofret vb.) bir aylık;

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

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

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

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

olacak şekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir.

Bu ürünlerin bedeli, katkı payı alınmaksızın Kurumca karşılanır.

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

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

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

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

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

Bu ürünlerin bedeli, katkı payı alınmaksızın Kurumca karşılanır.

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

12.7.17. Osteoporozda ilaç kullanım ilkeleri

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

Aktif D vitaminleri osteoporoz teşhisinde ödenmez.

A. Senil, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağlı osteoporozda:

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

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

ilaç kullanım raporuna dayanılarak reçete edilir.

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

-2.5 arasında olması)

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

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

C. Sudek atrofisinde:

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

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

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

12.7.18. Orlistat ve sibutramin etken maddesi içeren ilaçların kullanım ilkeleri

Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen en fazla üç ay süreli ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre

kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır.

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

- Obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) ≥ 40 kg/m² olmalıdır.
- Bu grup ilaçlardan aynı anda sadece biri kullanılacaktır.

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

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

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

12.7.19. Migrende ilaç kullanım ilkeleri

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

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

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

12.7.20. Palivizumab kullanım ilkeleri

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

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

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

b) Bronkopulmoner displazisi olmaksızın prematüre doğan ve yoğun bakımda respiratuar tedavisi (solunum desteği) almış olan bebeklerde profilaktik olarak Ekim-Mart ayları arasında, ayda bir kez ve en fazla 2 yaşına kadar mevsim başlangıcında kullanılmalıdır.

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

12.7.21. Anagrelid kullanım ilkeleri

Hidroksiüre + asetil salisilik asit tedavisine dirençli olduğu yada hidroksiüre ile dirençli sitopeni (anemi ve/veya lökopeni) geliştiği belgelenen, yüksek vasküler risk taşıyan esansiyel trombositemi hastalıklarında erişkin/çocuk hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

12.7.22. Aktive Protein C kullanım ilkeleri

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

12.7.23. Amfoterisin-B ve kaspofungin ve vorikanazol kullanım ilkeleri

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

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

Kaspofungin, vorikanazol, lipozomal amfoterisin-B ve lipid kompleks amfoterisin-B'nin parenteral formları yukarıdaki şartları sağlayan ilaç kullanım raporu ve EHU onayı ile mutlak surette yatarak tedavide kullanılabilir. Bu ilaçların oral formları ise yine EHU onayı ile ayaktan tedavide de kullanılabilir.

12.7.24. Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri

Bu grup ilaçların ayaktan tedavide kullanımı aşağıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

1. Astım tedavisinde;

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

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

2. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tedavisinde;

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

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

3. Mevsimsel alerjik rinit tedavisinde:

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

12.7.25. Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri:

a) Epilepside:

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

b) Nöropatik ağrıda:

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

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

12.7.26. Levosimendan kullanım ilkeleri

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

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

12.7.27. Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri

A) Faktörler

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

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

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

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

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

Faktör VIIa, hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak; yatan hastalarda endikasyonları belirtilen dozlar doğrultusunda günde 3 doz veya bu hastaların opere edilmesi halinde ise 12 doza kadar uzman hekim tarafından reçete edildiği takdirde bedeli ödenir.

B) Anti Rh kullanım ilkeleri

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

anne ve babanın kan gruplarının hasta dosyasında yer alması gerekmektedir.

b) Idiopatik (İmmün) trombositopeni' de kullanımı;

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

C) Antitrombin III kullanım ilkeleri

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

Ç) Human albumin kullanım ilkeleri

Human albümin preparatları yalnızca yatarak tedavi gören hastalara, albümin düzeyi 2.5g/dl ve altında ise uzman hekimlerce yazılabilir, laboratuvar sonuçları ve kullanılan miktar epikrizde belirtilecektir. Tebliğ yürürlük tarihinden itibaren 120 günlük süre içerisinde hastane eczanesinde bulunmadığı durumlarda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir ilaç kullanım raporuna dayanılarak en fazla 3 (üç) günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Plazmaferezde kan albümin düzeyi şartı aranmaz.

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

12.7.28. Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri

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

A- Daha önce ilaç kullanmayan hastalarda ilaca başlanma kriterleri:

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

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

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

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

Ç- Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dahil);

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

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

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

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

12.7.29. Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri

Bu grup ilaçların bütün formlarından;

1. Östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar

- Östradiol yada konjüge östrojen ve progestojen kombinasyonları,
- Yalnız östrojen içerenler,
- Tibolon içerenler.

2. Progestojenler,

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

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

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

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

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

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

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

12.8. Güvenlik ve endikasyon formu

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

12.9. Yurtdışından ilaç getirilmesi

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için gerekli görülen ve yurt içinden sağlanması mümkün olmayan ilaçların (yurt içinde bulunmadığı ve kullanılmasının zorunlu olduğu Sağlık Bakanlığı tarafınca onaylanarak ilaç teminine izin verildiği takdirde) yurt dışından temini mümkündür.

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

Yurt dışından ilaç getirilmesi için, Türk Eczacıları Birliği (TEB) ile Kurum arasında protokol yapılabilir. Bu protokol haricinde, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin kendi imkânları ile Sağlık Bakanlığının ilaç temin iznine dayanarak temin ettikleri ilaçların bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilacın bedeli, aynı ilacın Kuruma mal oluş bedelinden fazla olamaz.

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

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

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

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

12.10. İntravenöz ilaç tedavisi

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

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

13. Eczanelerle yapılacak sözleşme

Kurum, Tebliğin kapsam bölümünde sayılan kişilerin tedavileri için gerekli olan ilaç ve gereçlerin sağlanmasının mümkün olmadığı hallerde eczaneler ile yapılacak sözleşmeye esas teşkil etmek üzere Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti (TEB) ile Protokol imzalamaya yetkilidir. 2007 protokolü imzalanıncaya kadar Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti (TEB) ile 2006 yılında imzalanan devredilen kurumların (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK) protokolleri geçerlidir. Ancak, Kurumca yayımlanan tebliğlerin hükümleri ile yürürlükteki protokol hükümlerinin çelişmesi halinde tebliğlerde yer alan hükümler geçerlidir.

Eczaneler, Kurum ile sözleşme yaparken 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun 39 uncu maddesine dayanılarak TEB tarafından bastırılmış “Tip Sözleşmeleri” kullanır. Eczanenin yapacağı indirim oranının tespiti için Tebliğ eki “**Eczane Bilgi Formu**” nun (EK-3/B) bir örneği sözleşme yapılacak eczane tarafından Kuruma ibraz edilecektir.

Kurum, “Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Verilmesine İlişkin 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 (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK protokolü hükümlerine aykırı hareketleri nedeniyle sözleşmeleri feshedilen eczaneler hariç) sözleşme yapacaktır.

Kurum, protokol ile belirlenen genel esaslara aykırı olmamak şartıyla, bilgisayar ile reçete kabulüne ilişkin usul ve esasları tespit edebilir.

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

14. İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması

14.1. Uygulanacak indirim oranları

Eczanelerden temin edilecek reçete muhteviyatı ilaçlar için eczaneler, Kuruma 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 eczacı indirimi yapılır.

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

· 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 eczacı indirimi yapılır.

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

c) Yukarıda (a) ve (b) bentlerinde belirtilen imalatçı/ithalatçı indirimi yapıldıktan sonra kalan tutarlar üzerinden uygulanacak eczane indirimi,

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

240.000 YTL'ye kadar olan eczaneler tarafından %3,

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

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

600.001 YTL üzerinde olan eczaneler tarafından %4,5,

oranında uygulanacaktır.

Bu tarihe kadar, yürürlükteki eczacı indirimi geçerli olmaya devam edecektir.

ç) 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 **3,56** YTL ve daha az olan ilaçlar için perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden % 4 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

Yukarıda belirtilen indirim oranlarının uygulanmasında; ilacın perakende satış fiyatına (KDV dahil), bu ilacın perakende satış fiyatının 3,56 YTL' nin altında olup olmadığı da dikkate alınarak, önce Tebliğ eki "*Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi*" nde (EK-2/D) belirtilen imalatçı veya ithalatçı indirim oranı, sonra varsa referansa göre azaltılacak indirim oranı uygulanır ve bulunan bu bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

Uygulama birliğinin sağlanması amacıyla bedeli ödenecek ilaçların barkod numaraları, ticari isimleri ve her birine uygulanacak indirim oranları Tebliğ eki EK-2/D Listesinde belirtilmiştir. İlaç molekülünün Türkiye'de ilk ruhsatlandırıldığı tarihten itibaren 6 tam yılı doldurması nedeniyle imalatçı/ithalatçı indirim oranı değişecek ilaçlar ile 2007 yılı içerisinde 6 yaşını dolduracak ilaçların 6 yaşını doldurdukları tarih ve bu tarihten sonra uygulanacak indirim oranları bu listede ayrıca gösterilmiştir.

Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre imalatçı/ithalatçı indirimi ile % 3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden Tebliğ eki EK-2/D Listesinde gösterilen imalatçı/ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

Majistral ilaçlarda; terkinbinde eczanelerde perakende satışı olan ilaçların kullanılması halinde bu müstahzarlara ilişkin imalatçı/ithalatçı indirim oranı ile eczacı indirimi uygulanacak, terkinbinde müstahzar bulunmayanlarda ise sadece Türk Eczacıları Birliği tarafından yayımlanan Majistral Tarife üzerinden eczacı indirimi uygulanacaktır.

Eczaneler, majistral ilaçların faturalarını düzenlerken, “8699999999999” kodunu kullanacaklardır.

Reçetede, serumların adet bilgisinin yanında “setli” ibaresine yer verilmediği takdirde, eczaneler tarafından setli ürün barkodu girilse dahi yazılan tüm serumların bedeli setsiz fiyatları üzerinden ödenecektir.

14.2. Eşdeğer ilaç uygulaması

Eşdeğer ilaç uygulaması; temelde, sınırlandırılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı endikasyon için kullanılabilen aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması esasına dayanır.

Eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilen aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin % 22 fazlasına kadar dikkate alınacaktır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gerekir. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunma ve ilgili eşdeğer ilaç grubuna dâhil olan ilaçlar arasında 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.

Bu esasa göre, belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde:

- a) Tebliğin 14.1 inci maddesinde belirtildiği şekilde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.
- b) İndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dahil ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen “indirimli birim bedel” hesaplanır.
- c) Gruptaki ilaçlar için bulunan bu indirimli birim bedeller karşılaştırılarak o eşdeğer ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel bulunur.
- ç) Bulunan en ucuz fiyata % 22 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.
- d) Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilacın ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilacın indirimli kutu fiyatı ile karşılaştırılır.
- e) İndirimli kutu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı ödenmez.

15. Eczanelerden ilaç temini

15.1. Reçete edilen ilaçlar, Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti ile imzalanan “Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Verilmesine İlişkin Protokol” çerçevesinde Kurumla sözleşme yapan eczanelerden temin edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Kurum ilaç ödemesinde, ilacın veriliş tarihindeki perakende satış fiyatları esas alınır.

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

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

15.3. Sözleşmeli eczane bulunmaması veya sözleşmeli eczane bulunmasına rağmen reçetede yazılı ilacın bu eczanelerden temin edilememesi durumunda, sözleşme yapılmayan herhangi bir eczaneden alınan ilacın bedelinden, bu Tebliğin 14 üncü maddesinde belirtildiği şekilde imalatçı/ithalatçı indirim oranı ile % 4,5 oranında eczacı indirimi ve hasta katılım payı düşüldükten sonra, kalan kısım Kurum tarafından ilgiliye ödenecektir. Bu ödemenin yapılabilmesi için, reçeteye ilaçların fiyat kupürlerinin tamamı ilacın ismi de yer alacak şekilde yapıştırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın da ilaç fiyat kupürleri yapıştırılmış olan reçete ile birlikte ibrazı zorunludur.

15.4. Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedelleri Tebliğ hükümlerine uyulmak kaydıyla Kurum tarafından karşılanır.

Ayakta yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, ilaç kurum indirimi, eczane tarafından yapılan indirim ile birlikte hasta katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarlar kurum tarafından ödenecektir.

15.5. Tebliğ eki EK-2 Listesinde yer alan etken maddeler için, ilgili başlıktaki tanılarına uygun olacak şekilde ilaç kullanım raporu düzenlenmesi halinde katılım payından muaf tutulur.

Tebliğ eki EK-2 Listesinde yer almayan etken maddeleri ihtiva içeren ilaçların, uzun süreli kullanımı ilaç kullanım raporu ile gerekli görülse dahi, bedellerinin hasta katılım payı düşüldükten sonraki kalan kısmı Kurum tarafından ödenecektir.

16. Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi

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

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

temin edilmeyerek hastaya aldırılan kan ve kan bileşenlerine ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sağlık kurumundan sözleşme hükümleri doğrultusunda mahsup edilir.

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

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

17. Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu

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

b) Hemofili hastaları bildirim formu, eksiksiz olarak doldurulacaktır.

c) Hemofili hastaları için en az bir hematoloji uzman hekiminin imzasının da bulunduğu sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Hemofili hastaları için düzenlenen sağlık kurulu raporlarında, faktör düzeyleri ve hematoloji uzman hekimi ibaresi mutlaka belirtilecektir. Hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde sağlık kurul raporu üç iç hastalıkları yada üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ı) 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.

i) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

18. Organ ve doku nakli tedavileri

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

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

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

Yurtiçinde veya yurtdışında organın bulunması halinde organın bulunduğu yere en kısa sürede ulaşabilmelerinin temini veya gerek yurtiçi gerekse yurtdışında bulunan organın, organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesi için kullanılacak mutad vasıta, özel uçak veya helikopter ile ilgili nakliye/transfer masrafları Kurumca belirlenecek usul ve esaslar dahilinde karşılanır.

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

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere kadavradan organ naklinde, kadavradan organ alınımının, naklin yapıldığı sağlık kurumunca yapılması ve fatura edilmesi halinde, Tebliğ eki EK-9 Listesinde P911145 kodu ile yer alan “transplantasyon için kadavradan organ

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

Kemik iliği nakli tedavilerinde; hastaların anne, baba, kardeş ve çocuklarından, HLA doku grubu uyumlu verici bulmak amacı ile yapılan doku uyumluluk testlerinin giderleri (düşük rezolüsyon DNA veya serolojik testler) ile bu adaylar arasından uygun vericisi bulunamayan hastaların, toplam 10 adayı geçmemek üzere dördüncü dereceye kadar akrabalarından (dördüncü derece dahil) ek HLA doku grubu belirleme testlerinin giderleri, Kurum tarafından ödenir.

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

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

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

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

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

Kemik iliği/kordon kanının yurt dışından Türkiye’deki nakil merkezlerine getirilmesi Türkiye’deki kemik iliği doku bilgi bankasının görevlendireceği bir kurye tarafından

gerçekleştirilir. Kemik iliğinin Türkiye’deki nakil merkezine getirilme masrafları, Amerika ve Avustralya için 3000 Euro karşılığı YTL, diğer ülkeler için 1500 Euro karşılığı YTL’sını geçmemek şartıyla fatura karşılığı Kurumca ödenir. Masraflara; yurtdışı birimi ile yapılacak organizasyon işlemleri (telefon, faks vb.), kemik iliği bankası kuryesince taşınması ve konaklama ücreti dahildir. Bankanın kuryesinin olmadığı durumlarda kemik iliği/kordon kanı Türkiye’deki nakil merkezine yabancı ülkenin kuryesi tarafından getirilir.

Yurtdışından kemik iliği/kordon kanı getirilme sürecinde, yurt dışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kök hücre toplanması gibi işlemlerin her biri için WMDA (Dünya Kemik İliği Vericileri Birliği) tarafından belirlenmiş bedel Kurumca, yurt içi kemik iliği doku bilgi bankasına avans şeklinde ödenir. Avans bir ay içerisinde belge karşılığında kapatılır.

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

19. Kurumca bedeli ödenecek bazı tedavi yöntemlerinin usul ve esasları

19.1. ESWL metodu ile yapılacak taş kırılma tedavileri

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

ESWL tedavileri resmi veya Kurumla sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşlarında yapılabilir.

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

ESWL tedavisi, Tebliğ eki “*Paket İşlem Fiyat Listesi*”ndeki (EK-9) fiyatlar esas alınarak faturalandırılır. Altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı böbrek veya üreterdeki taş için toplam üç seanstan fazlasına ödeme yapılmayacaktır. Hastaya birden fazla seans uygulanması halinde tüm seanslar aynı dönem faturasında belirtilecektir. Tedavi sonucunu ve ilave tedavi gerekip gerekmediğini bildirir rapor ilgili hekim tarafından düzenlenir. Düzenlenen raporun aslı hasta dosyasında kalmak üzere bir örneği hastaya verilir.

Bu fiyatlara, tedavi sırasında yapılan tetkik, tahlil ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dahil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.

19.2. Hiperbarik oksijen tedavisi

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

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

· Tanı

· Öncesinde uygulanan tıbbi ve/veya cerrahi tedaviler,

· Tedavi süresi,

· Uygulanması istenilen seans sayısı, süresi

bilgileri mutlaka yer alacaktır.

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

Hiperbarik oksijen tedavisi Kurumla sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşlarında yapılabilir. Ancak, yukarıda belirtilen acil durumlarda sözleşmesiz merkezlerde yapılması halinde de bedeli hastaya ödenir.

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

19.3. Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi

a) Lokal tedavi endikasyonu bulunan intrakranial malign ve benign lezyonlar,

b) Metastatik beyin tümörlerinde (primeri kontrol altında olan 1-3 metastazı olan) cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan olgular,

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

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

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

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

19.4. Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi

· Kutanöz T hücreli lenfomalarda,

· Graft Versus Host Hastalığı,

· Sezary Sendromu,

· Pemfigus Vulgaris,

· Psöriasis,

· Solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde)

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

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

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

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

Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi en fazla altı aylık tedavi programı için ödenir. Ancak, hastanın klinik tablosunun tedavinin sürdürülmesini gerektirmesi ve bu durumun tıbbi gerekçeleri ile tedavi süresinin sağlık kurulu raporu ile tespit edilmesi ve Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunca da onaylanması kaydıyla tedavi kesin sonuç alınana kadar uzatılabilir.

19.5. Diyaliz tedavileri

19.5.1. Hemodiyaliz tedavileri

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

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

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

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

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

Böbrek yetmezliği için yapılan asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavi giderleri Tebliğ eki EK-9 Listesinde yer alan fiyatlar üzerinden fiyatlandırılır. Belirtilen ücretlere; asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavisi sırasında kullanılması gerekli olan malzeme ve ilaçlardan; A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu (asetatlı, bazik ve asidik), Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum ve hemodiyaliz işlemi ile ilgili endikasyon ve komplikasyonlarda hemodiyaliz tedavisi esnasında kullanılması gereken (eritropoietin-darbepoetin, demir preparatları, vit-D preparatları hariç) ilaçlar dahildir.

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

19.5.2.Periton diyalizi

19.5.2.1. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD)

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) için gerekli tek hekim raporu erişkin/çocuk nefroloji, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecektir. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda “izleme” ücreti ayda en fazla iki defa, periton diyalizi değişim sıvısı ücreti ise, raporlarda her hastada periton boşluğu hacmi için uygun solüsyon miktarı hacim olarak ml. cinsinden belirtilerek (Örneğin, 2500 ml ile başlanan hastada 2500 ml ile devam edilmesi gibi) aletsiz periton diyalizi uygulamalarında ayda standart solüsyonlar için maksimum 150 adet torba, biyouyumlu solüsyonlarda ise ayda maksimum 130 adet olacak şekilde karşılanır. (aminoasit içerikli ile isodextrin içerikli solüsyonlar günde en fazla 1 defa karşılanır.

Yatan hastalarda bu şart aranmayacaktır.

19.5.2.2. Aletli periton diyalizi (APD)

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

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

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

19.6. İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişimler

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

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

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

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

19.7. Kardiyovasküler cerrahide ödeme ilkeleri

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

- Düşük risk grubuna, Tebliğ eki EK-9 Listesinde ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin %10 eksikliği,
- Orta risk grubuna listede ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin tamamı,
- Yüksek risk grubuna ise listede ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin %10 fazlası, üzerinden ödenir.

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

19.7.1. Risk Faktörleri (EUROSCORE):

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER		PUAN
Yaş	60 yaşın üstünde her 5 yaş için 1 puan ilave	
Cinsiyet	Kadın	1
Kronik Akciğer Hastalığı	En az 3 aydır bronkodilatör yada steroid kullanıyor olması	1
Ekstrakardiyak Arteriopati	%50'nin üzerinde karotis lezyonu, geçirilmiş veya kalp ameliyatı sonrasında planlanan abdominal aorta, karotis yada periferik damar operasyonu, radyolojik tanı	2
Geçirilmiş Kardiyak Operasyon	Perikardın açılmasını gerektiren	3
Serum Kreatinin	>2.26mg/dl	2

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

Beklenen Mortalite (Lojistik skor): TOPLAM Risk Puanı:

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

20. Tıbbi malzeme temini ve ödeme esasları

Ortez, protez, tıbbi sarf, basit sıhhi sarf, tıbbi sarf malzemesi, iyileştirme araç ve gereçleri ile tıbbi cihazlar, tıbbi malzeme kapsamında değerlendirilir.

20.1. Tıbbi malzeme temin esasları

Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi **malzemeler** (EK 5/C listesinde yer alan protez ve ortezler ve Kurumca iade alınan cihazlar hariç), hastane tarafından temin edilmek zorundadır.

Sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemelerin sağlık kurumunca temin edilme zorunluluğu, resmi sağlık kurumları için Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren **120** gün sonra uygulamaya konulacaktır. Ancak bu süre içerisinde de Tebliğ eki **“Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi”** nde (EK-5/A) yer alan tıbbi malzemeler

kesinlikle hastalara aldırılmayacak, aldırılması halinde ilgili fatura tutarı hastaya ödenerek sağlık kurumundan mahsup edilecektir.

Tebliğ eki “**Sağlık Kurumları Fiyat Listesi**” nde (EK–8) yer alan birim fiyatlar “basit sıhhi sarf malzemeleri” dahil olarak tespit edildiğinden, Tebliğ eki “**Bedeli Ödenmeyecek Basit Sıhhi Sarf Malzemesi Listesi**” nde (EK–5/B) yer alan tıbbi malzemeler, hiç bir şekilde hastalara aldırılmaz ve hastane faturalarında ayrıca gösterilemez.

Kurum ile sözleşmeli özel sağlık kurumlarınca, EK–5/A ve/veya EK–5/C Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin liste kod numaraları **MEDULA** sistemine kaydedilecektir.

Sağlık kurumları tıbbi malzemeleri, Kurumun ve Sağlık Bakanlığının Bilgi Bankasına kayıt edilmiş ve onaylanmış tıbbi cihaz üretici ve ithalatçı firmalarının onaylı ürünlerinden temin edeceklerdir.

Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurumları, temin ettikleri tıbbi malzemeler için 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 19 uncu, 20 nci, 21 inci ve 22 nci maddesinde belirtilen ihale usulleri ve doğrudan temin alımları da dahil olmak üzere yaptıkları alımların; ihale kayıt numarası (İKN), onaylanmış ürünün numarası (tıbbi malzemenin barkodu), KDV hariç alış fiyatı, adet, tarih, hastane kodu ve firma bilgisi vb. bilgileri Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranına eksiksiz girmek zorundadırlar.

Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca, temin edilen tıbbi malzemelerin Kurum bilgi bankası tarafından onaylanmış bulunan ürün numarası (barkod) MEDULA sistemine kaydedilecektir. MEDULA sistemince; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranı ile bağlantı kurularak verilerin doğruluğu teyit edilecektir. Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra Kuruma fatura edilen tıbbi malzemelerden, onaylanmış ürün numarası (barkod) bulunmayan ürünlerin bedelleri kayıt edilinceye kadar ödenmez.

Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurumlarınca da temin edilen tıbbi malzemelerin Kurum bilgi bankası tarafından onaylanmış ürün numarası (barkod), MEDULA sistemine kaydedilecektir. Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra Kuruma fatura edilen tıbbi malzemelerden, onaylanmış ürün numarası (barkod) bulunmayan ürünlerin bedelleri kayıt edilinceye kadar ödenmez.

Kurum ile sözleşmeli sağlık kurumlarınca temini zorunlu olmayan tıbbi malzemelerin reçete edilmek suretiyle hastane dışından temini için, sağlık kurulu raporu düzenlenmesi zorunludur. Ancak Tebliğ veya eki listelerde uzman hekim raporu ile verilebileceği belirtilen tıbbi malzemeler için sağlık kurulu raporu şartı aranmaz.

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

Protez ve ortezlerin yenilenmesi için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında “önceden verilen protez ve ortezin yenilenmesi gerektiğine” dair ibare yer alacaktır.

Hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin bakım ve onarım masraflarından, garanti kapsamı süresi içinde hastanın kusuru olmaksızın oluşan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında hastanın kusuru olmaksızın oluşan masraflar, hasta kusurunun olmadığı ve bakım ve onarımın gerektiğinin

Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından karşılanır. Kurum ihtiyaç duyduğunda bu tespiti teknik servis raporu veya hekim raporu ile de yapabilir. Hastanın kusuru hallerinde ise söz konusu masraflar hasta tarafından karşılanacaktır.

Hastalara, iade alınmak kaydıyla taahhütname karşılığı verilen tıbbi cihazlar (oksijen tüpü ve başlığı, oksijen konsantratörü, nebulizatör, aspiratör, ev tipi ventilatör, CPAP, Auto CPAP, BPAP, havalı yatak, insülin pompası, desferal pompa, enurezis alarm cihazı, tekerlekli sandalye, motorlu malul arabası) bakım onarımı yapıldıktan sonra, yeni ihtiyaç sahiplerine verilir.

Kurum tarafından iade alınan cihazların, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan hastalara verilebilmesi için hastaların, sağlık kurulu raporu ile devredilen SSK sağlık işleri il müdürlüklerinin bulunduğu illerde bu müdürlüklere, diğer illerde ise devredilen SSK sigorta il müdürlüklerine müracaatta bulunmaları gerekmektedir. Müracaatı takiben, söz konusu tıbbi cihazların Kurum stoklarından temin edilmesi yoluna gidilecek olup, stoklarda yok ise Kurum stoklarında cihazın olmadığına dair onay alınmak suretiyle hasta tarafından temin edilen cihaz bedelleri **20.2** nci madde doğrultusunda Kurumca ödenir. Onay alınmadan hasta tarafından temin edilen cihazların bedelleri ödenmeyecektir.

20.2. Tıbbi malzeme ödeme esasları

20.2.1. Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilen tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

a) Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 günlük süre içerisinde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilen tıbbi malzemelerden; Tebliğ ve eki EK-5/A ve EK-5/C Listelerinde yer alan malzemeler bu listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden fatura tutarını aşmamak şartıyla bedeli Kurumca ödenir. Tebliğ ve eki Listelerde yer almayan tıbbi malzemeler ise KDV dahil alış fiyatı üzerine, % **15** işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca ödenir.

Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilen tıbbi malzeme bedelleri ise tıbbi malzemenin KDV dahil alış fiyatı üzerine; % **15** işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca ödenir.

Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca temin edilerek hastalara kullanılan faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri, ayrıca belirtilmesi ve yazılı olarak talep edilmesi kaydıyla, faturaların Kuruma teslim tarihinden itibaren 15 gün içinde avans olarak ödenir.

Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra, yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin, reçete düzenlenerek hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, mahsup edilen malzemenin sağlık kurumunca ihale yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde; Tebliğin **20.2.2** nci maddesine göre tespit edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir.

b) Özel sağlık kurumlarında;

1. Sözleşmeli özel sağlık kurumlarınca temin edilen Tebliğ ve eki EK-5/A ve EK-5/C Listelerinde yer alan malzemeler, Tebliğ ve eki listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden,
2. Tebliğ ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler, Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı) tıbbi malzeme listelerinde yer alan fiyatlar üzerinden,
3. Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı) tıbbi malzeme listelerinde fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, KDV dahil alış fiyatı üzerinden,

fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir.

Özel sağlık kurumunca yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin reçete karşılığı hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

20.2.2. Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra, ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemelerden, Kurum Bilgi Bankası onaylı ürün numarası (barkod) olmayan ürünlerin bedelleri ödenmeyecektir.

Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemeler;

· Tebliğ ve eki EK-5/A ve EK-5/C Listelerinde yer alan malzemeler, Tebliğde belirtilen fiyatlar,

· Tebliğ ve eki listelerinde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri ise;

Ø Kurum (devredilen T.C.Emekli Sandığı) ile protokollü firmaların protokol dahili malzemeleri protokol fiyatları,

Ø Protokol dahilinde olmayan tıbbi malzemeler ile Kurumla (devredilen T.C.Emekli Sandığı) protokolü olmayan firmalardan temin edilen malzemeler, piyasa araştırması yapılarak bulunan en düşük fiyatlar,

esas alınarak fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir.

Piyasa araştırmasında, yerli ürünlerin bedelinin tespitinde, Ankara, İstanbul veya İzmir Ticaret Odalarından fiyat tespiti de istenilebilir. Piyasa araştırması ile fiyat tespiti yapılamayan ithal ürünlerin bedeli, FOB fiyatları üzerine **%40** ilave edilerek tespit edilecek tutar üzerinden ödenir.

Kurum ile sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarınca acil haller nedeniyle yapılan ve Tebliğin 5 inci maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanması gereken tedavilerde kullanılan tıbbi malzeme bedelleri, bu madde hükümleri esas alınarak ödenir.

20.3. Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları

20.3.1. Tekerlekli sandalye temini

Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya sakatlığı olduğu ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelenenlere bu hekimlerce reçete edilmesi halinde 20.2 nci madde doğrultusunda bedelleri ödenir.

Hastanın özürnlük durumu nedeniyle özellikle tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğu ve özürnlüğünün sürekli olduğunun, yukarıda belirtilen uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde **“özellikli motorsuz tekerlekli sandalye”** bedeli 20.2 nci madde doğrultusunda ödenir. Özellikle motorsuz tekerlekli sandalye, kollukları çıkarılabilir, ayaklıkları ve arkalıği ayarlanabilir, katlanabilir ve gerektiğinde baş-boyun desteği eklenebilir niteliktedir.

Tekerlekli sandalye, iade cihaz kapsamındadır.

20.3.2. Motorlu malul arabası verilmesini gerektiren hastalık ve arızalar

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

gibi standart tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi yada hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığının tehlikeye gireceği durumlarda, bu durumlarının ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla motorlu malul arabası verilmesi mümkündür.

Ancak;

- Her iki üst ekstremitte fonksiyonlarının çeşitli nedenlerle tam olmaması,
- Epilepsi tanısı konulmuş hastalar,
- Serebroskleroz ve seniliteler,
- Debilite,
- Şizofreni ve sklofreniler,
- Dekompanse kalp yetmezlikleri,
- Renk körlüğü,
- Düzeltmesi mümkün olmayan görme ve işitme bozuklukları,

durumlarından herhangi birinin mevcut olması halinde motorlu malul arabası verilmez.

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

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

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

Motorlu malul arabaları, iade cihaz kapsamındadır.

20.3.3. Myoelektrik kontrollü kol protezleri

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

20.3.4. Hasta alt bezi

Hastalığı nedeniyle “mesane veya rektum” kontrolü olmadığı (çocuklar için en az iki yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) ve hasta altı bezi kullanması gerektiğinin belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak reçete düzenlenmesi halinde ihtiyaca binaen kullanılması öngörülen hasta alt bezine ait fatura bedelleri; günde 4 adedi ve her bez için **60 YKr** geçmemek üzere birer aylık devreler halinde ödenir.

Hasta alt bezinin sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde rapor aranmaz.

20.3.5. Kolostomi, ürostomi torbası ve diğer yardımcı malzemeler

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

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

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde rapor aranmaz.

20.3.6. Yara bakım ürünleri

Kurum sağlık yardımlarından yararlanan kimselere, tedavileri sırasında kullanılması gerekli görölen yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden aşağıda belirtilen usul ve esaslara göre Kurumca karşılanır.

1. Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide;

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

b) Ayaktan tedavide;

Genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

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

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

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

ç) Klinik bulgular (eksüdasyon, kavitasyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir),

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

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

bilgilerinin yer alması zorunludur.

3. Sağlık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü dışında bir başka yara bakım ürünü kullanılması gerektiğinde, yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenecek ve gerekçesi belirtilecektir.

4. Sağlık kurulu raporları ayaktan tedavide 2 (iki) ay süreyle, yatarak tedavilerde ise yatış süresince geçerlidir.

5. Ayaktan tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ile plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

6. Tek reçetede en fazla **15 (onbeş)** günlük miktar yazılabilecektir.

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

8. Ayaktan tedavide, sadece hydrocolloid, hydrogel ve fiber içerikli yara bakım ürünleri bedelleri 20.2 nci madde doğrultusunda Kurumca karşılanacaktır.

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

10. V.A.C (Vacuum Assisted Closure) tıbbi sarf malzemelerinin, taburcu sonrası ayaktan tedavide kullanımı gerektiği sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde bedelleri 20.2 nci madde doğrultusunda Kurumca karşılanır.

11. 100 cm²' ye kadar olanlar, küçük,

100–225 cm²'ye kadar olanlar, orta,

225 cm²' nin üstünde olanlar, büyük,

yara örtüsü olarak kabul edilecektir.

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

20.3.7. Şeker ölçüm çubukları

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

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

b) Şeker ölçüm cihazlarına ait bedeller, Kurumca karşılanmayacaktır.

c) Şeker ölçüm çubukları;

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

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

3) Hipoglisemi hastaları için ayda en fazla 50 adet,

4) Gestasyonel diyabet için gebelik süresince ayda en fazla 100 adet,

5) Sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet,

hesabıyla, en fazla üç aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

ç) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi ile reçetenin asılları ödeme evrakına eklenecektir. Her bir şeker ölçüm çubuğu için ödenecek bedel **55 YKr**'u geçmeyecektir.

d) Kan şekeri ölçüm çubukları, sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir.

20.3.8. Mikro infüzyon pompası

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

1) Hastanın Tip I diyabetli veya insüline bağımlı Tip II diyabetli olması ile birlikte kan şekerinin oynak (brittle) seyrettiğinin yada gebelikte gestasyonel diyabet (hamilelik diyabeti) olduğunun belirtilmesi,

2) Hastanın kendi kendine veya yakınlarının cihazı kullanma yeteneğini kazanmış olduklarının belirtilmesi,

3) Raporda endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sağlığı hastalıkları, var ise diyabet bilim dalları uzman hekimlerinden birinin yer alması,

şartları aranacaktır.

Sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilen infüzyon seti ve rezervuar bedelleri, en fazla 3 günde 1 adet üzerinden hesaplanmak suretiyle 20.2 nci madde doğrultusunda ödenir.

Mikro infüzyon pompası, "Kurumca iade alınan cihazlar" kapsamındadır.

20.3.9. Kendinden jelli sonda

Nörojenik mesane ve rekürrent üretra darlığı olan hastalara ayaktan tedavilerinde kullanılması gerekli görülen kendinden jelli sondaların, üroloji, çocuk hastalar için çocuk ürolojisi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri 20.2 nci madde doğrultusunda ödenir.

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

Kurumca günlük en fazla **6 (altı)** adet sonda bedeli ödenir.

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

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde rapor aranmaz.

20.3.10. İşitme cihazları

Sağlık kurulu raporuyla, her bir kulak için verilen işitme cihazı için kalıp ve 6 adet şarj edilebilir pil dahil en fazla **800 YTL** ödenir.

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

İşitme cihazı sağlanan kişilerin cihaz bakım ve onarım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla her marka cihaz için satış sonrası hizmetleri yeterlilik belgesine sahip ülke genelinde en az üç servis bulunmalı ve onarım için bırakılan işitme cihazının yerine firma tarafından bakım süresince kullanılmak üzere kullanılabilir başka bir cihaz yedek olarak verilmelidir.

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

İşitme cihazı ile ilgili olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporunda marka belirtilmeden cihazın tipi, modeli ve özellikleri (kulak içi, cep tipi, analog, digital, programlanabilir vb.) belirtilecek olup faturada da verilen cihazın tipi, modeli, özellikleri, varsa Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı) protokol kodları belirtilecektir. Sağlık kurulu raporunda yazılı olan işitme cihazının, protokollü firmadan temin edilmesi halinde bedeli protokol fiyatı üzerinden (800 YTL’ni geçmemek kaydıyla), protokollü olmayan firmalarca temini halinde protokollü cihazlar arasındaki en ucuz muadilinin bedeli üzerinden geri ödemesi yapılacaktır. Sağlık kurulu raporunda sadece “işitme cihazı” yazılmış ise faturada cihazın özellikleri belirtilmiş olsa dahi protokollü cihazlar arasından (özelliklerine bakılmadan) en ucuz işitme cihazı bedeli ödenecektir. Protokollü işitme cihazının alt bayilerce fatura edilmesi halinde protokol fiyatından ödenebilmesi için ana bayi tarafından verilmiş yetki belgesinin de ibraz edilmesi gerekmektedir.

20.3.11. Desferal pompası

- Serum ferritin düzeylerinin 750 ng/ml seviyelerine yükselmiş olması, veya
- Aşırı demir birikimine bağlı, organ fonksiyonlarının (kalp, karaciğer) bozulmaya başladığının klinik belirtilerinin bulunması,

hallerinde, kullanım gerekliliğinin belirtildiği ve hematoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilgili uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli 20.2 nci madde doğrultusunda ödenir.

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

Her bir set için ödenecek bedel **5 YTL**’sını geçmeyecektir.

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

20.3.12. Gözlük ve lens bedellerinin ödenmesi

Göz hastalıkları uzman hekimleri ile bu dalda ihtisas yapmakta olan hekimler tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak alınacak kontakt lens, gözlük camları ile çerçevenin temininde aşağıdaki açıklamalar doğrultusunda işlem yapılacaktır.

Kontakt lens, gözlük cam ve çerçeve bedellerine ait giderlerin Kurumca karşılandığı kişiler, kontakt lens, gözlük cam ve çerçevelerini, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren ve Kurumla optik sözleşmesi imzalayan sözleşmeli optikçilerden/firmalardan temin edeceklerdir.

Hatalı kontakt lens, gözlük camı verilmesinin yada reçeteye yazılan gözlük camı yerine farklı diyoptrili cam verilmesinin ortaya çıkaracağı sonuçlardan camı veren sözleşmeli optikçi/firma sorumludur.

20.3.12.1. Gözlük çerçeve ve camları

Gözlük camlarının temininde, Tebliğ eki “**Gözlük Camları Fiyat Listesi**” (EK-6) esas alınacak ve ödemeler buna göre yapılacaktır. Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optikçi/firma tarafından Kuruma fatura edilecektir.

Gözlük camlarına ilişkin her çerçeve için **40 YTL** ödenecektir.

Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuyla zorunlu görülmesi şartıyla puva, prizmatik ve teleskopik gözlük camlarına ait bedeller, Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü) tıbbi malzeme listesinde yer alan fiyatları aşmamak üzere ödenir.

Hasta tarafından Tebliğ eki EK-6 Listesindeki camlar dışında ayrı çap, cins, marka ve fiyatta cam istenmesi halinde alınan reçeteye göre bu listedeki normal camların tutarı kadarı karşılanır.

Gözlük camı ve çerçevelerinin temini sırasında, Kurumla sözleşmeli optikçi/firma tarafından müstahaklık sorgulaması yapılacaktır.

20.3.12.2. Kontakt lensler

Kontakt lens bedellerinin Kurumca karşılandığı kişilere, aşağıda belirtilen tıbbi endikasyonların varlığında, göz hastalıkları uzman hekimi tarafından sağlık raporu düzenlenmesi halinde kontakt lens bedeli ödenir.

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

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

Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

Kontakt lens bedeli ödenecek tıbbi durumlar

- Keratokonüsler,
- 7 ve 7 diyoptriden yüksek miyopiler ile 3-4 diyoptriden fazla hipermetroplar,
- İki göz sırasında en az 3 diyoptri fark olan anizometroplar,

- Düzeltilemeyen mixt astigmatizmalar,
- Tek taraflı afaki operatuvar vakalar,
- Kornea hastalıklarında (Bülloz keratopati, kornea ülseri)

21. Enjektör bedelleri

Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli hekimler tarafından reçeteye yazılan “ampul” adedi kadar ml’sine uygun plastik (disposable) enjektör bedeli Kurumca belirlenen bedel üzerinden ödenecektir. Hekimce reçeteye enjektör ve adedi yazılmamış olması halinde, eczacı tarafından reçete arkasına verilen enjektörlerin (en fazla reçetedeki ampul sayısı kadar) alındığına dair bir kayıt düşülerek ilgiliye imzalatılır. İlacın ampul veya şişe (flakon) olarak verilmesinde, enjektör sayısının ilaç miktarına ve dozuna uygun olup olmadığı dikkate alınacaktır.

İnsülin kalem iğne uçları insülin kartuşları ile birlikte reçete edildiğinde bedeli ödenir.

22. Ambulans bedelleri

Hastaların, acil haller nedeni ile bulunduğu yerden, yerleşim yeri içindeki veya dışındaki sağlık kurum/kuruluşuna nakli gerekmesi halinde ambulans veya hasta nakil aracı gideri, şehir içi nakil için Tebliğ eki EK-8 Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak, belediye/büyükşehir belediyesi mücavir alanı dışına nakil için 07/12/2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28 inci maddesi gereği belirlenen fiyatlar esas alınarak ödenir.

Hastanın tedavi gördüğü sağlık kurum veya kuruluşundan belediye/büyükşehir belediyesi mücavir alanı dışındaki başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi gerektiği durumlarda, tıbbi gerekliliğinin başhekimlik onaylı sağlık raporu ile belgelendirilmesi gerekmektedir.

Ambulansta yapılan tıbbi müdahaleler Tebliğ hükümleri çerçevesinde ayrıca faturalandırılır.

23. Trafik kazazedelerine ilişkin uygulamalar

Sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşları tarafından, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan trafik kazazedelerinin tedavilerine ait giderler Kuruma ayrı fatura edilecektir. Fatura ekinde kazazedeye ait kimlik, adres ve irtibat telefon numarası gönderilecektir.

Trafik kazalarına ait faturaların ayrı olarak gönderilmediğinin tespit edilmesi halinde fatura bedelleri ilgili sağlık kurumuna ödenmez, ödenmiş olan fatura bedelleri ilgili sağlık kurumunun tahakkuk etmiş olan alacağından sözleşme hükümleri doğrultusunda mahsup edilir.

Kurum, trafik kazazedelerine ait ödediği sağlık hizmeti tutarını, sigorta şirketlerinden veya Karayolları Trafik Garanti Sigortası hesabına başvurmak suretiyle rücu tazminini talep eder. Kurumun diğer mevzuat hükümlerine dayanan rücu veya halefiyet hakkı saklıdır.

24. Sağlık hizmetlerinin karşılanma yöntemi

Kurum sağlık yardımlarından yararlanacak kişilere verilecek sağlık hizmetleri, resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın alınmak suretiyle yürütür. Sağlık hizmetinin satın alınmasına ilişkin usul ve esaslar Kurumca tespit edilir. Kurum bu amaçla sağlık kurum ve kuruluşları ile sözleşme yapabilir.

Tebliğ ve eki listelerde yer almayan her türlü tahlil, tetkik, işlem ve tedavi bedelleri Kurum tarafından karşılanabilmesi için Kurum tarafından kabul edilerek Tebliğ ekinde yayımlanması zorunludur.

Kurumca yetkilendirilen işyeri hekimlikleri tarafından, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan 506 sayılı Kanun kapsamında çalışan sigortalıların muayeneleri, tetkik ve tedavileri ile ilgili olarak Kurumdan her hangi bir ücret talep edilemez. Bu hekimler tarafından, Tebliğ ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır.

Üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri ve kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin muayeneleri, tetkik ve tedavileri ile ilgili olarak, Kurumdan her hangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından, Tebliğ ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır.

5258 sayılı Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, aile hekimliği sözleşmesi yapan hekimler tarafından verilen sağlık hizmetleri ile birinci basamak özel sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin bedeli karşılanmayacaktır. Bunların dışındaki sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin bedeli, Tebliğ ve eki listelerde yer alan esaslar ve fiyatlar dahilinde ödenecektir. Ancak, Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler (kurum hekimi, işyeri hekimi vb.) tarafından Tebliğ ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilen ilaç bedelleri Kurumca karşılanır.

Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, bünyesinde yapılamayan tetkik ve tahlillerini, hizmet alınması yoluyla başka sağlık kurum veya kuruluşlarından alabilir. Kurum ile sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, laboratuvar hizmeti almaları durumunda, hastayı hastane dışına numune almak için gönderemez veya alınan numunenin transferini veya sonucunu hasta veya yakını aracılığı ile isteyemez. Radyoloji hizmetinin alınması durumunda sağlık kurumu bünyesinde bulunmayan görüntüleme hizmetleri için hasta transferi sağlık kurumu tarafından yapılmak zorundadır.

Kurum ile sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, tetkik ve/veya tedaviye ait her türlü bilgi, belge ve raporu, istenildiğinde Kuruma ibraz etmek üzere saklayacaklardır.

24.1. Ayaktan tedavilerde sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuru başına ödeme

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayaktan tedavilerinde, Tebliğ ve eki listelerde belirlenen ve sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sözleşme ile kabul edilen ücretler üzerinden ödeme yapılır.

24.1.1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ödeme

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

24.1.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ödeme

Sağlık kurumlarında ayaktan tedavilerde, her bir başvuru için, hastaların hizmet aldıkları uzmanlık dallarına ve hizmeti sunan sağlık kurumunun bulunduğu sınıflamaya göre, Tebliğ eki **“Ayaktan Tedavilerde Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Başvuru Başına Ödemede Uzmanlık Dallarına Göre Fiyat Listesi”** nde (EK–10/B) belirtilen fiyatlar esas alınarak başvuru başına ödeme yapılır.

Sağlık kurumlarının sınıf kodları yatak sayıları da dikkate alınarak Tebliğ eki **“Ayaktan Tedavilerde Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Başvuru Başına Ödemede Sağlık Kurumları Sınıf ve Kodları Listesi”** nde (EK–10/A) belirtilmiştir.

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ayakta tedavide, pratisyen hekimlerce verilen poliklinik hizmetleri için de başvuru başına ödeme yapılır. Bu durumda başvuru başı ödeme, Tebliğ eki EK–10/A Listesindeki sağlık kurumun bulunduğu sınıfın “diğer dallar” bölümünde yer alan fiyatı esas alınarak yapılır.

Başvuru başı yapılan ödeme tutarına; muayene, konsültasyon, Tebliğ eki **“Ayaktan Tedavilerde Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Başvuru Başına Ödemede İlave Olarak Faturalandırılabilir İşlemler Listesi”** nde (EK–10/C) sayılanlar dışındaki tüm tetkik, tahlil, müdahale, girişimsel işlemler ve radyolojik görüntüleme işlemleri dahildir. Ancak, ayaktan tedavide, malzeme ve ilaç kullanılması halinde ücretleri başvuru başı ödemeye dahil olmayıp ayrıca faturalandırılır.

Ayaktan tedavi için başvuran hastalara Tebliğ eki EK–10/C Listesinde yer alan işlemlerin ücretleri faturalarda ayrıca yer alır.

Tebliğ eki **“Paket İşlem Fiyat Listesi”** nde (EK–9) yer alan işlemler, sağlık kurumlarında hasta yatırılmadan uygulandığında EK–9 Listesi ve paket işlem uygulama ilkelerine göre faturalandırılır. Bu şekilde faturalandırma halinde ayrıca başvuru başı ödeme yapılmaz.

Hastanın ilk başvurusundan sonraki 10 gün içinde aynı sağlık kurumunda aynı dala başvurusu, kontrol muayenesi olarak kabul edilir. Bu kapsamda yapılan muayene, tetkik, tahlil ve tedavi giderleri Tebliğ eki EK- 10/C Listesinde yer alan işlemler hariç olmak üzere Kuruma fatura edilemez.

İkinci basamak özel sağlık kurumlarına yapılacak ödemelerde, tedavinin yapıldığı uzmanlık dalı esas alınarak Tebliğ eki EK–10/A Listedeki (H) sınıfında yer alan gruptan sağlık kurumunun sınıfına ait olan fiyatlar **% 20** oranında artırılarak uygulanır.

Üniversite Tıp Fakültesi Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri tarafından Tebliğ eki EK–10/C Listesinde yer alan işlemler, listede yer alan tutarlara **%10** oranında ilave edilerek faturalandırılır.

Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumundan başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, vaka başı ücretlerinin **% 75**'i ödenir.

24.1.3. Ayakta tedavilerde sağlık kurum ve kuruluşlarında başvuru başına ödeme uygulamasına dahil olmayan işlemler

24.1.3.1. Birinci basamak sağlık kuruluşları

- 112 acil sağlık hizmeti birimince verilen hizmetler,
- Diş tedavisine ynelik işlemler,
- Enjeksiyon işlemi (Başka bir sağlık kurum yada kuruluşunda hizmet almış hastaların yapılan enjeksiyonları iwin sadece enjeksiyonun bedeli odendir.)
- Kalıtsal hemoglobinopati tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan, Tebliğ eki EK–8 Listesinde yer alan, 904.690 kod no’lu ‘‘Hemoglobin elektroforezi HPLC ile’’ ve 904.700 kod no’lu ‘‘Hemoglobin elektroforezi Aqar jel ile’’ işlemleri,

Tebliğ eki EK -8 Listesine, (diş tedavileri EK–7 Listesine) gwe faturalandırılır.

24.1.3.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları

- Acil sağlık hizmetleri,
- Onkolojik vakalar (bütün dallarda),
- Kemoterapi,
- Anjiyografi,
- Radyasyon onkolojisi,
- Girişimsel radyoloji,
- Genetik bölümlerinde genetik ile ilgili yapılan ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri,
- Organ ve doku nakline ilişkin donwe yapılan tetkik ve tahliller
- Diş tedavilerine ynelik işlemler,

işlemleri, ayaktan başvuru başına ödeme uygulamasına dahil olmayıp, bu işlemler Tebliğ eki EK- 8 Listesine (diş tedavileri EK–7 Listesine) gwe ayrıca faturalandırılır.

24.2. Yatarak tedavide ödeme

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, Tebliğ eki ‘‘Paket işlem Fiyat Listesi’’ nde (EK–9) yer alıyorsa Tebliğ eki EK–9 Listesi fiyatları esas alınarak (üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri iwin EK-9 Listesinde yanında (*) işareti bulunan işlemler zorunludur), EK–9 Listesinde yer almıyorsa, Tebliğ eki ‘‘Sağlık Kurumları Fiyat Listesi’’ (EK–8) fiyatları esas alınarak odendir.

24.2.1. Sağlık kurumları fiyat listesi (EK–8) üzerinden ödeme

- Tebliğ eki EK–5/B Listesinde yer alan malzemeler hariç olmak üzere her türlü sarf malzemeleri ile ilaçların bedelleri ayrıca ücretlendirilir.
- Yatak ücretlerine yemek masrafları dahildir.
- 24 saatten kısa süren yatarak tedavilerde, gündüz yatak ücreti ödenir.
- Tebliğin 4.1.2 nci maddesinde belirtilen günübirlik tedavilerde, “gündüz yatak ücreti” bedeli ödenir.
- Estetik amaçlı yapılan tıbbi ve cerrahi müdahalelere ilişkin giderler Kurumca ödenmez.
- Yoğun bakım (temel yaşam desteği) veya kardiyopulmoner resüsitasyon ücretlendirildiğinde, moniterizasyon, hastanın mekanik ventilatöre bağlanması, ventilatör ile takip, nebulizatör, oksijen tedavisi ve derin trakeal aspirasyon ücreti ayrıca tahakkuk ettirilemez.
- İnvitro diagnostik kit kontrolü ile ilgili çalışma yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında (serokonversiyon paneli yada doğrulama testleri hariç) bu amaçla yapılan test bedelleri Kurumca ödenmez.
- Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından, Tebliğ eki EK–8 Listesinde yer alan “8. Radyoloji Görüntüleme ve Tedavi” ile “9. Laboratuvar İşlemleri” bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen tutarlara %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

24.2.2. Sağlık kurumlarında Paket İşlem Fiyat Listesi (EK–9) uygulama ilkeleri

24.2.2.1. Paket işlem tanımı

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

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

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

24.2.2.2. Paket işlemlerin kapsamı

Paket işlem fiyatlarına; yatak ücreti, poliklinik, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, ilaç (kan ürünleri hariç), kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, v.b.),

sarf malzemesi, anestezi ücreti, laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri, refakatçi ücreti gibi tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahildir. Ancak, fiyatlar, her paket işlem fiyatı için **ayrı ayrı** belirtilen istisnaları kapsamaz. Bu istisnalar, ayrıca faturada gösterilerek faturalandırılır.

24.2.2.3. Ameliyat öncesi hazırlık işlemleri

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

24.2.2.4. Hizmetin iptal olması veya yarım kalması

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

24.2.2.5. Ameliyat sonrası kontroller ve testler

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

24.2.2.6. Paket işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler

- Plak+çivi,
- External fixatör,
- Her türlü eklem implantı,
- Omurga implantı,
- Kalp pili,
- Pace elektrodu,
- Koroner stentler,
- Kalp kapakları,
- İntraaortik balon,
- Kapaklı kapaksız kondüvit,
- Valv ringi,

- Her türlü greft (shunt ve suni damar),
- Protezler,
- Aterektomi cihazı,
- Dual meshler (karın duvarının kapatılmadığı intraabdominal hernilerde ve diyafragmatik hernilerde sağlık kurulu raporu ile)
- Paket işlem tanımlarında dahil olmadığı belirtilen malzemeler,

Paket işlem fiyatına dahil olmayan her türlü tedavi edici ve iyileştirici tıbbi malzemeler, Tebliğin 20 nci maddesinde belirtilen usul ve esaslara göre ödenir.

24.2.2.7. Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar

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

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

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

- A Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 15 günü,
- B Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 10 günü,
- C Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 8 günü,
- D Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 5 günü,
- E Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 3 günü,

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

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

24.2.2.8. Birden fazla kesi ve birden fazla ameliyat

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

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

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

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

24.2.2.9. Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde Tebliğ eki EK-9 Listesinin uygulanması

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

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

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

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

25. Faturalandırma ve ödeme

25.1. MEDULA sistemi;

MEDULA ile sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bilginin elektronik ortama alınmasıyla, kişilerin sağlık hizmetinden en iyi şekilde yararlanması ve sağlık kurum ve kuruluşlarının bütün süreçlerde kaliteli veri üretebilmesi, yapılacak ödeme işlemlerine de hız ve doğruluk amaçlanmaktadır.

MEDULA sisteminde, sağlık kurum ve kuruluşlarından gelen bilginin aktarılması için aşağıda belirtilen süreçler yer almaktadır;

1. Hak sahipliği ve sözleşme doğrulama,

2. Sevk ve reçete bildirimini,

3. Ödeme sorgulama,

4. Fatura sorgulama,

5. Sağlık kurum ve kuruluşu başhekimini veya yöneticisi tarafından kullanılan dönem sonlandırma ve evrak üst yazısı alma.

Genel olarak sistem, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi iç iş süreçlerine müdahale edilmeden, hastane yönetim sistemine entegre edilecek web servisleri şeklinde çalışmaktadır.

Uygulamaya ilişkin web servisleri ve kullanım kılavuzu ile konu hakkındaki iletişim bilgileri Kurumun www.sgk.gov.tr adresindeki web sitesinde bulunmaktadır.

Sağlık kurum ve kuruluşları MEDULA sistemine entegrasyonlarını en geç Tebliğ yürürlük tarihinden sonraki 1 ay içinde tamamlamış olmaları gerekmektedir. Kurumla sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarından MEDULA sisteminin 1. süreci olan “hak sahipliği ve sözleşme doğrulama” işlemini gerçekleştirmeyenlerin, bu tarihten sonraki tedavilere ait fatura bedelleri ödenmeyecektir.

Kurumla sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları tarafından MEDULA sistemine bağlı web servisler yoluyla MEDULA sisteminin 2 nci süreci olan “sevk ve reçete bildirimini”, 3 üncü süreci olan “ödeme sorgulama” ve 4 üncü süreci olan “fatura sorgulama” işlemlerini, **01.09.2007** tarihine kadar eksiksiz ve doğru gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının 01/09/2007 tarihinden itibaren sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin verilerin, yukarıda belirtilen süreçler doğrultusunda eksiksiz ve doğru biçimde MEDULA sistemine aktarılmaması halinde ilgili fatura bedeli, süreçler tamamlanıncaya kadar ödenmeyecektir.

Kurumla sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları 01.09.2007 tarihinden itibaren Kurum sağlık yardımından yararlandırılan hastalara verdikleri hizmetlere ilişkin faturaları, hem kendi sistemleri üzerinden basılı olarak (mevcut uygulamada olduğu gibi) hem de MEDULA sistemi üzerinden elektronik olarak Kuruma ileteceklerdir. Kurumca ilan edilecek tarihten itibaren sadece MEDULA sistemi üzerinden elektronik fatura kabul edilecek ve MEDULA sistemi üzerinden oluşturulmayan elektronik faturaların bedelleri ödenmeyecektir.

25.2. Fatura Düzenlenmesi

Sağlık kurum ve kuruluşları, Kurumumuz sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere “her ayın başı ile sonu arasında tahakkuk eden fatura karşılığı” olarak;

a) Kuruma devredilen Bağ-Kur kapsamındaki kişiler için ayaktan ve yatarak olmak üzere iki adet,

b) Kuruma devredilen SSK kapsamındaki kişiler için ayaktan ve yatarak olmak üzere iki adet,

c) Kuruma devredilen Emekli Sandığı kapsamındaki kişiler için ayaktan ve yatarak olmak üzere iki adet,

olmak üzere altı adet fatura ve her fatura için üst yazı düzenleyeceklerdir. Bu faturalar ve üst yazıları üçer nüsha olacaktır.

Ancak;

- Trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarında her hasta için ayrı ayrı,
- Kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri için ayrı ayrı,
- Yurtdışı sigortalılara verilen hizmetlere ait faturaların her hasta için ayrı ayrı,
- Kurum bilgi işlem sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen nedenlerle müstahaklık sorgulaması yapılmadan işlemleri yürütülen ve daha sonrasında sağlık kurumunca yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilen kapsamda yer alan kişilere sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin faturaların ayrı ayrı,

düzenlenmesi gerekmektedir.

25.3. Sağlık kuruluşları için fatura eki belgeler

1- Sağlık kuruluşunun adı, kodu, adresi, hasta sayısı, teslim edilecek klasör sayısı, fatura dönemi, fatura tutarı, sağlık kuruluşunun banka şube ve hesap numarasını ihtiva eden ve ilgili sağlık kuruluşu/döner sermaye saymanlığı tarafından onaylanmış **fatura üst yazısı**.

2- Aşağıda belirtilen bilgilerin yer aldığı, **icmal listesi**;

- Sıra no (birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait icmal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir),
- Hasta adı soyadı,
- Hasta bazında hizmet tutarı,
- Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı.

3- Aşağıdaki bilgilerin yer aldığı, hastalara ait protokol numarası sırasına göre hazırlanmış **hizmet detay belgesi**;

- Hastanın adı soyadı,
- T.C. Kimlik Numarası,
- Sigorta/Bağ-Kur/Emekli Sandığı sicil numarası veya tahsis numarası ve sağlık karnesi numarası, protokol no,
- Muayene tarihi,
- Ön tanı veya tanı (kısaltma yapılmayacak),

- İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, vb.) Tebliğ kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,
 - Başvuru başına ödeme uygulamasına dahil olmayan ve Tebliğde belirtilen işlemlere ait birim fiyatlar ve tutar,
- belirtilecektir.

4- Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması.

5- Geçirdikleri iş kazası nedeniyle 90 gün prim ödeme gün sayısı şartına bağlı olmaksızın sağlık yardımları Kurumca karşılanan 506 sayılı Kanun kapsamındaki aktif sigortalılara verilen sağlık hizmetlerine yönelik düzenlenecek fatura ekinde, iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı ile iş kazası tespit tutanağı,

6- Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sigorta il/sigorta müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi,

7- Tebliğ ve eki listelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler.

25.4. Sağlık kurumları için fatura eki belgeler:

1- Fatura üst yazısı;

Sağlık kurumu başhekimliği tarafından onaylanmış fatura üst yazısında;

- Sağlık kurumunun adı,
- Sağlık kurumu kodu,
- Sağlık kurumu adresi,
- Fatura dönemi,
- Hasta sayısı (branş bazında ve toplam),
- Teslim edilecek klasör sayısı,
- Fatura tutarı (branş bazında ve toplam),
- Sağlık kurumunun banka şube ve hesap numarası,

bilgileri yer alacaktır.

2- Aşağıda belirtilen bilgilerin yer aldığı, her branş için ayrı ayrı düzenlenmiş icmal listesi;

- Sıra no (bir branş için birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait icmal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir.
- Hasta adı soyadı

- Hasta bazında hizmet tutarı
- Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı.

3- Yatan hastalar için **epikriz**,

Epikrizlerde dikkat edilmesi gereken hususlar;

- Epikriz notu, bilgisayar çıktısı olarak veya daktilo ile yazılmış olmalıdır.
- Hasta tarafından beyan edilen adres ve telefon numarası yer almalıdır.
- Hasta yatış ve çıkış günlerinin tarihleri belirtilmiş olmalıdır.
- İlgili hekimin bilgileri ve imzası bulunmalıdır.
- Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu ve uygulanan tedavi belirtilmelidir.
- Epikrizlerdeki ameliyat isimleri Tebliğdeki terminolojiye uygun olarak yer almalı ve ilgili kod numarası yazılmış olmalıdır.
- Anestezi tipinin belirtilmesi gerekir.
- Kullanılan kan ve kan bileşenleri ve miktarları belirtilmiş olmalıdır.
- Hastaya kullanılan iyileştirici nitelikteki (endoprotez vb.) tıbbi malzemeler
- Tebliğin 12.7 nci maddesinde yer alan ilaçlar için ilaç ödeme kriterlerine uygunluğu, belirtilmelidir.

4- Aşağıdaki bilgilerin yer aldığı her hasta için ayrı ayrı düzenlenmiş hizmet detay belgesi;

- Hastanın adı soyadı,
- T.C Kimlik Numarası,
- Sigorta/Bağ-Kur/Emekli Sandığı sicil numarası veya tahsis numarası ve sağlık karnesi numarası,
- Protokol no/dosya no, (MEDULA sistemine geçilinceye kadar)
- Provizyon no/MEDULA takip no,
- Muayene tarihi,
- Ön tanı veya tanı (kısaltma yapılmayacak),
- İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) Tebliğ kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,

- Tıbbi malzemelerin adı, adetleri, birim fiyatları, Tebliğde yer alanların Tebliğ kodları, onaylanmış ürün numarası (barkod),
- Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında değil, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı.

5- Kurum bilgi işlem sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen nedenlerle müstahaklık sorgulaması yapılmadan işlemleri yürütülen ve daha sonrasında sağlık kurumunca yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilen kişiler için işlemleri yürütmeye esas belge,

6- Sevkle başvuran hastalar için tetkik ve/veya tedavi sevk formu,

7- Özel sağlık kurumlarınca temin edilen tıbbi malzemeler için malzemeye ait alış faturasının bir örneği,

8- Geçirdikleri iş kazası nedeniyle 90 gün prim ödeme gün sayısı şartına bağlı olmaksızın sağlık yardımları Kurumca karşılanan 506 sayılı Kanun kapsamındaki aktif sigortalılara verilen sağlık hizmetlerine yönelik düzenlenecek fatura ekinde, iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı ile iş kazası tespit tutanağı,

9- Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sigorta il/sigorta müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi,

10- Mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri kupürleri.

11- Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması.

12- Yatan hastalar için kullanılan ve Kuruma faturalandırılabilir toplam ilaç ve tıbbi malzeme tutarının belirtildiği, hastane yetkilisi tarafından imzalanmış ve kaşesi basılmış talep yazısı,

13- Tebliğ eki EK-8 Listesinde, ödenebilmesi için sağlık kurulu raporu gerektiği belirtilen nükleer tıp tetkik ve tedavilerinde kullanılan radyofarmasötik ajanlar için sağlık kurumunun alış faturasının fotokopisi,

14- Tebliğ ve eki listelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler.

25.5. Faturaların ve eklerinin teslimi

Sağlık kurum veya kuruluşları, Kurumumuz sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere, “her ayın başı ile sonu arasında tahakkuk eden fatura karşılığı olarak” klasörler halinde düzenledikleri fatura, fatura üst yazısı ve fatura eklerini, takip eden ayın ilk 15 günü içerisinde Kurumun www.sgk.gov.tr adresinde duyurulacak ilgili birimine teslim edeceklerdir.

Fatura klasörleri;

- Ayaktan branş bazında ayrılmış olarak,
- Yatarak branş bazında ayrılmış olarak,

· Tebliğde ayrı fatura edileceği belirtilen işlemler (trafik kazası, iş kazası ve adli vaka faturaları, yurtdışı sigortalılarına ait hizmetler, hiperbarik oksijen tedavisi vb.)

şeklinde ayrı klasörlerde düzenlenmiş olmalıdır.

Kurumun ilgili birimindeki “**evrak kayıt**” servisinde, sağlık kurum veya kuruluşu tarafından teslim edilmek üzere getirilen klasör veya klasörlerdeki fatura üst yazısında yer alan bilgilerin uygun olup olmadığı kontrol edilir, uygunsa “**evrak kayıt numarası**” verilerek teslim alınır. Her ayın ilk 15 günü içerisinde teslim edilen “**faturaların teslim tarihi**” o ayın 15. günü olarak kabul edilir. Zamanında teslim edilemeyen faturaların inceleme ve ödeme süreci, teslim edildiği tarihten sonraki ay döneminde teslim alınmış gibi kabul edilerek bu tarihten itibaren başlar. **Örnek;** Sağlık tesisi Mart ayının 15’ine kadar teslim etmesi gereken Şubat ayına ait fatura ve eklerini 18 Mart günü teslim ederse, bu fatura ve ekleri için inceleme ve ödeme süreci 15 Nisan günü başlar. 15 inci günün resmi tatil olması halinde, ilk iş gününde fatura teslimi yapılabilir ve inceleme ve ödeme süreci bu tarihten itibaren başlar.

Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, faturanın teslim edildiği ay içerisinde verilen hizmetlerin faturaya dahil edilmesi halinde ödeme süreci, faturanın teslim edildiği ayı takip eden ayın 15 inci günü olarak kabul edilerek bu tarihten itibaren başlar.

25.6. Fatura inceleme ve ödeme işlemleri

Kuruma teslim edilen faturalar teslim edildiği ayın 15 inci gününden itibaren **45** gün içinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre incelenerek ödemeye hazır hale getirilir. Kurumun “**muhasabe birimince**” fatura ekinde teslim alınan talep yazısında belirtilen yatan hastalara kullanılmış toplam ilaç ve malzeme tutarı, fatura teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde sağlık kurumunun fatura üst yazısında belirtilen banka hesap numarasına ödenir. 45 gün içerisinde incelenerek mutabakata varılmış olan faturalar için, ödenmesi gereken tutardan, daha önce ödenmiş olan ilaç ve malzeme bedelleri düşülerek geri kalan tutar sağlık kurum ve kuruluşlarının fatura üst yazısında belirtilen banka hesap numarasına ödenir. Mutabakata varılamaması durumunda Kurumla sağlık kurum ve kuruluşları ile yapılacak protokol ve sözleşmelerde belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde ödeme işlemleri gerçekleştirilir. Fatura incelemesinin 45 gün içerisinde tamamlanamaması durumunda ise Kurumca belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda sağlık kurum ve kuruluşlarına fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmı için avans veya kredi ödemesi yapılır.

26. Tedavi giderlerine ait katma değer vergisi

Bu Tebliğ ve eki listelerde yer alan birim fiyatlar katma değer vergisi hariç olarak tespit edilmiştir. Katma değer vergisi, ilgili mevzuatı çerçevesinde ayrıca ödenecektir.

27. Duyurular

Kurumun her türlü duyuruları www.sgk.gov.tr adresinde yayımlanacaktır.

28. Yürürlük

Bu Tebliğ **15/06/2007** tarihinde yürürlüğe girer.

29. Yürütme

Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

Tebliğ olunur.

EKLER