

2008 YILI SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

1. Amaç, kapsam ve dayanak

1.1. Amaç

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

1.2. Kapsam

(1) İkamet yeri Türkiye olan kişilerden;

1.2.1. Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

1.2.2. Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;

a) Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

b) Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

c) Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

ç) Tarımsal faaliyette bulunanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

1.2.3. İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

1.2.4. (1.2.1), (1.2.2) ve (1.2.3) numaralı maddelerde sayılmayanlardan;

a) Sığınmacı veya vatansız olarak kabul edilen kişiler,

b) 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

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

ç) 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

d) 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

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

f) Harp malûllüğü aylığı alan kişiler ile 12/4/1991 tarihli ve 3713 Sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alan kişiler ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

g) 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16 ncı maddesine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

ğ) 24/6/2008 tarihli ve 5774 sayılı Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması ile Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

1.2.5. Mutekabiliyet esasları da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

1.2.6. 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

1.2.7. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

1.2.8. 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi ve 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendinde belirtilen kişiler hariç olmak üzere yukarıda sayılanların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılır.

1.3. Dayanak

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

2. Sağlık hizmeti sunucuları

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

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 Sağlık Bakanlığı ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri.

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.

c) (Ek:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾

Serbest Eczaneler

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

2.2. Sağlık Kurumları

a) İkinci basamak resmi sağlık kurumu

Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezi ve dal merkezleri.

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 ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri.

c) Üçüncü basamak resmi 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, vakıflara ait eğitim ve araştırma hastaneleri.

2.3. Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kurumları/ kuruluşları

- a) Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri,
- b) Refik Saydam Hıfzısıhha Laboratuvarları,
- c) Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar,
- ç) Muayenehaneler.
- d) Kurumca yetkilendirilen işyeri hekimleri

2.4. Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan diğer sağlık hizmet sunucuları;

- a) (Değişik:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾ Optisyenlik müesseseleri,
- b) (Değişik:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾ Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri,
- c) (Değişik:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾ Kaplıcalar.
- ç) (Mülga:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾

2.5. Sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması

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

3. (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve kimlik tespiti işlemleri

3.1. Sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri

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

(2) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin, SUT'un (24) numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında belirtilen istisnalar hariç olmak üzere acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan sağlık hizmeti sunucularından aldıkları sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(3) Hizmet akdi ile bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılan kişilerin, ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, işveren tarafından düzenlenen vizite kâğıdı ile müracaat etmeleri zorunludur.

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

3.1.1. Aile hekimliğine geçilen illerde sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri (Değişik:RG-17/1/2009-27113)⁽⁵⁾

24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" kapsamında aile hekimliği uygulamasına geçilen iller arasından Kurumca belirlenecek illerde, 1 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına (ana çocuk sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, ilgili mevzuatı doğrultusunda muayene ve tedavilerini yapmakla yetkili oldukları kişilerle sınırlı olmak üzere işyeri hekimleri ve kurum hekimlikleri, üniversitelerin medikososyal birimleri) yapılması zorunludur. Sevk zinciri uygulamasına geçilecek iller ile bu illerde sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemlerinin usul ve esasları Kurumca duyurulur.

3.2. Kimlik tespiti

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

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

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

3.3. Provizyon işlemleri

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

(2) Ancak; Kurumla sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarınca, aşağıda sıralanan istisnai durumlar nedeniyle Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen gerekli sağlık yardımları sağlanacaktır.

a) Sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;

1) İş kazasına uğrayan kişiler (Hizmet akdiyle bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar için iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kâğıdı faturaya eklenir. Sadece iş kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

2) Meslek hastalığına uğrayan kişiler (meslek hastalığının Kurumca tespiti şartıyla sadece meslek hastalığı nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri bedelleri ödenir),

3) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca ağır özürlü olduğunu gösterir "Özürlü Sağlık Kurulu Raporu" faturaya eklenir),

4) Sağlık Bakanlığınca duyurulan "Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Listesi" nde yer alan hastalık tespit edilen kişiler (sadece bu hastalığı nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

5) Acil haller nedeniyle müracaat eden kişiler (sadece acil hal nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

6) Koruyucu sağlık hizmetleri sunulacak kişiler (sadece koruyucu sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

7) Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık halini kapsayan analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürlülük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlar (sadece analık hali nedeni ile sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

8) 18 yaşını doldurmamış kişiler. (nüfus cüzdan fotokopisi faturaya eklenir)

b) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine

Göre Sağlık Yardım Belgesi" ile müracaat eden kişiler (Kurum bilgi işlem sisteminde müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar),

c) SUT'un (1.2.4) numaralı maddesinin (a) bendi hariç olmak üzere diğer bentlerinde sayılan kişiler (sayılan bentlerde belirtilen Kanunlara tabi olduklarını gösterir belge örneği fatura ekinde gönderilir),

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

4. Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar

4.1. Yatarak tedaviler

4.1.1. Sağlık kurumlarında yatış tarihinden itibaren taburcu işlemi yapılmıncaya kadar uygulanan tedaviler.

4.1.2. Günübirlik tedavi

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

(2) Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler;

a) Kemoterapi tedavisi,

b) Radyoterapi tedavisi (radyoterapi tedavi planlaması hariç),

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

ç) Diyaliz tedavileri,

d) Kan, kan bileşeni, kan ürünü, SUT eki "Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-2/B) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu, **(Ek ibare:RG-22/10/2008-27032)⁽²⁾ Palivizumab uygulaması.**

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

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

(5) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Günübirlik tedavilerde SUT eki "Sağlık Kurumları Fiyat Listesi" nde (EK-8) yer alan refakatçi ücreti ödenmez.

4.2. Ayaktan tedavi

(1) SUT'un (4.1) numaralı 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

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

(2) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşuna acil haller nedeniyle müracaatı sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır. Faturada refakatçi gideri belirtilmiş ise hekim tarafından düzenlenen refakatçi kalınması gerektiğinin tıbben lüzum görüldüğünü ve refakatçi kalındığını belirtir belge faturaya eklenecektir. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

(3) Bu madde kapsamında sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşlarındaki yatarak tedavileri Kurumca karşılanan kişiler için, hekim veya dış hekimi tarafından düzenlenen refakatçi kalınması gerektiğinin tıbben lüzum görüldüğünü belirtir belgeye dayanılarak, refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

(4) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil hallerde kişilerden, Kurumun sağlık hizmetleri ve refakatçi için ödeyeceği tutarlar dışında herhangi bir ücret talep edemez.

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

(6) Sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşları tarafından genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere acil hallerde sundukları sağlık hizmetleri ile refakatçi giderleri, SUT eki "Taniya Dayalı Ödeme Listesi" nde (EK-9) yer alması durumunda bu liste fiyatları, yer almıyorsa hizmet başına ödeme yöntemi esas

alınarak kişilere fatura edilir. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere ödenir.

6. Katılım Payı

6.1. Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı

(1) Birinci basamak (**Mülga ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) ... sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.

Katılım payı;

İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında	3 YTL,
Eğitim ve araştırma hastanelerinde	4 YTL,
Üniversite hastanelerinde	6 YTL,
(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Özel sağlık kurumlarında	10 YTL,

olarak uygulanır.

6.2. Ayaakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı

Kurumdan gelir ve aylık alanlar (**Ek ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır.

6.3. Tıbbi malzeme katılım payı

(1) Kurumdan gelir ve aylık alanlar (**Ek ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır.

6.3.1. Katılım payı üst sınırı;

(1) Tıbbi malzeme için ödenecek katılım payının tutarı, tıbbi malzemenin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin yüzde yetmişbeşini geçemez. Yüzde yetmişbeşlik üst sınırın hesaplanmasında her bir tıbbi malzeme bağımsız olarak değerlendirilir.

6.3.2. Katılım payı alınacak tıbbi malzemeler;

6.3.2.1. Gözlük cam ve çerçeveleri,

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

6.3.2.3. Vücut dışı kullanılan protezler ve ortezler.

(6.3.2.4) (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) (6.3.2.3) numaralı maddede belirtilenler dışında kalan ve sağlık raporunda (yatarak tedavilerde sağlık raporu veya epikrizde) hayati öneme haiz olduğu belirtilmeyen; iyileştirme araç ve gereçleri ile protez ve ortezler.

6.4. Yardımcı üreme yöntemi katılım payları

(1) Yardımcı üreme yöntemleri için;

a) Birinci denemede %30,

b) İkinci denemede % 25,

c) (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Embriyo freezing işlemi için %30, oranında katılım payı alınacaktır.

6.5. Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler;

6.5.1. İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan sigortalıdan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için (6.1), (6.2) ve (6.3) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.2. Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için (6.1), (6.2) ve (6.3) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.3. 5510 sayılı Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için (6.1), (6.2) ve (6.3) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.4. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde ve Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimi muayenelerinde, (**Ek ibare:RG-22/10/2008-27032**) acil sağlık hizmetleri ile (2.3) numaralı maddenin (a), (b), (c) ve (d) bentlerinde belirtilen sağlık kurumları/ kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde (6.1) numaralı maddede tanımlanan katılım payı alınmaz.

6.5.5. Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için (6.1), (6.2) ve (6.3) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.6. (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla SUT eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-2) yer alan ilaçlardan katılım payları alınmaz.

6.5.7. (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Tıbbi sarf malzemeleri ile (6.3.2) numaralı maddede yer almayan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

6.5.8. Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için (6.1), (6.2) ve (6.3) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.9. 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden (6.1), (6.2), (6.3) ve (6.4) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.10. 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden (6.1), (6.2) ve (6.3) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.11. 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden (6.1), (6.2), (6.3) ve (6.4) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.12. 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden (6.1), (6.2) ve (6.3) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.13. Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan (6.1), (6.2), (6.3) ve (6.4) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.14. Vazife malûllerinden (6.1), (6.2), (6.3) ve (6.4) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.

6.5.15. 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/ protez ve diğer iyileştirici araç/gereçlerden katılım payı alınmaz.

6.6. Katılım payı tahsili

6.6.1. Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tahsili;

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

b) (Değişik:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾ Diğer kişiler için ise; resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan muayenelerde reçete ile ilaç temini için başvuru Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından, özel sağlık kurumlarında yapılan muayenelerde bu kurumlar tarafından kişilerden,

c) (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) İstisnai durumlar nedeniyle Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen gerekli sağlık yardımları sağlanan, (3.3) numaralı maddenin ikinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen kişilerden muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için muayenenin yapıldığı sağlık kurumlarıncı kişilerden,

ç) (Mülga:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾

tahsil edilir.

6.6.2. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı tahsili;

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

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

6.6.3. Tıbbi malzeme katılım payı tahsili;

a) Gözlük cam ve çerçeveleri için;

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

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

b) Ağız protezleri katılım payı için;

1) Kurumla sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşlarıncı yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarıncı kişilerden,

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

tahsil edilir.

c) Kişilerce temin edilen (Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) ve SUT hükümleri gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemeler;

Sosyal güvenlik il müdürlüklerince/ sosyal güvenlik merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden tahsil edilir.

ç) (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Sağlık kurumlarıncı temin edilen ve SUT hükümleri gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı;

Tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarıncı kişilerden tahsil edilir.

d) (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Üremeye yardımcı tedavi (tüp bebek) katılım payı;

Tedavinin yapıldığı merkez tarafından kişilerden tahsil edilir.

7. Yurt dışında tedavi

7.1. Yurt dışında geçici veya sürekli görevle gönderilme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri

(1) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlardan işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûle uygun olarak;

a) Geçici görevle yurt dışına gönderilenlere Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri acil hallerde,

b) Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, acil hal olup olmadığına bakılmaksızın, yurt dışında sağlanır.

(2) Sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenler tarafından ödenir ve yurt dışında görevli olduğuna dair belge ile birlikte mahalli konsolosluktan tasdikli rapor ve sair belgelere dayanılarak Kurumdan talep edilir. Söz konusu sağlık hizmeti giderleri (24) numaralı madde doğrultusunda Kurumca ödenir. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Yeni Türk Lirası üzerinden yapılır. Tedavi giderinin Kurumun ödediği tutarları aşması halinde aşan kısım, işverenlerce karşılanır. Yurt dışında sağlanan tedaviye ilişkin sağlık hizmeti bedellerinin SUT ve eki listelerde yer almaması halinde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tutar üzerinden ödeme yapılır.

(3) Geçici ya da sürekli görevle gönderilen ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması hâlinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri bu sözleşme hükümlerine göre ödenir.

7.2. Geçici ya da sürekli görevle gönderilme dışında yurt dışında bulunma halinde sağlanacak sağlık hizmetleri

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

7.3. Türkiye’de tedavinin mümkün olmaması nedeniyle yurt dışında sağlanacak sağlık hizmetleri

(1) Yurt içinde tedavisinin mümkün olmadığı anlaşılan hastalıklarının tedavisi için, yurt dışına tedaviye gönderilmesi gereken kişilerin;

a) 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,

b) 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.

(2) 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, SUT eki EK-1 Listesinde yer alan diğer hastanelerde ise 5 uzman hekim bulunması zorunludur.

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

(4) 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.

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

(6) Yurt dışındaki tedavi süresi, altı ayı geçmemek kaydı ile yetkili hastanece düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeleri misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Sevke esas sağlık kurulu raporunu teyit eden sağlık kurumunun görüşü ve Kurumun onayı ile altı ayı geçmeyen dönemler halinde en çok iki yıla kadar uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

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

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

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

(10) Talep edilmesi halinde Kurumca, yurt dışında yapılacak tedavi için yapılacak giderlere mahsuben kişilere veya yurt dışı sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenir. Kurumca, avans ödemesi yapılabilmesi için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucusu tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanması gereklidir.

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

(12) Bu madde doğrultusunda yurt dışı tedavi giderleri karşılanan kişilerin yol, gündelik ve refakatçi giderleri SUT’un **(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) (22)** numaralı maddesi doğrultusunda karşılanır.

7.4. Yurt dışında tetkik işlemleri;

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

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

(3) Yurt dışında yapılan tetkik ve/ veya tahlil bedeli Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmek veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır.

(4) Talep edilmesi halinde Kurumca, yurt dışında yapılacak tetkik ve/ veya tahlil işlemleri için kişilere veya yurt dışı sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenir. Kurumca, avans ödemesi yapılabilmesi için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucusu tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanması gereklidir.

8. (Değişik:RG-22/10/2008-27032) (2) Diş Tedavileri

(1) 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 maddelerin bedelleri ödenmez.

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

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

(4) **(Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** 18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderler Kurumca ödenmez.

8.1. (Değişik:RG-22/10/2008-27032) (2) Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri

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

(2) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumu tarafından yapılan protez tedavileri ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen akrilik veya seramik veneer kron, hassas tutuculu kron, implant üstü kron v.b. metal destekli tek

parça kron ve tek parça döküm kronlar ile alt-üst çene iskelet dökümünün ilgili sözleşmeli resmi sağlık kurumu ve kuruluşu tarafından yapılması/ hizmet alımı ile sağlanması halinde akrilik veya seramik veneer kron, hassas tutuculu kron, implant üstü kron v.b. metal destekli tek parça kron ve tek parça döküm kron için (malzeme dahil) 11 YTL, alt-üst çene iskelet dökümü için (malzeme dahil) 43 YTL döküm işçilik ücreti sağlık kurumunun faturasında belirtilmek kaydıyla ödenir. Söz konusu işlemlerin, protez tedavisini yapan sağlık kurumları tarafından yapılmayarak mevzuat hükümlerine dayanılarak başhekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılması ve hastaya fatura düzenlenmesi halinde fatura bedeli yukarıda belirtilen fiyatları aşmamak kaydıyla hastalara ödenir. Bu işlemlerin serbest diş hekimliklerinde yaptırılması halinde, ayrıca döküm işçilik ücreti ödenmez.

8.2. (Mülga:RG-31/1/2009-27127)⁽⁷⁾

9. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri

9.1. Bağışıklamaya yönelik sağlık hizmetleri

9.1.1 Kurumca finansmanı sağlanmayacak bağışıklama hizmetleri;

(1) Aşağıda sayılan bağışıklama hizmetleri Sağlık Bakanlığınca ücretsiz olarak sunulduğundan ayrıca Kuruma fatura edilmeyecektir.

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

9.1.2. Kurumca finansmanı sağlanacak bağışıklama hizmetleri;

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

(2) Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünespresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay–18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde yılda bir defaya mahsus olmak üzere ödenir.

(3) Pnömonokok aşısı bedeli (polisakkarit); iki yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular, orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünespresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dahil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendrom, kronik kalp hastalıkları, astım dahil kronik akciğer hastalıkları, siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kraniyal defektler ve dermal sinüsler dahil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir ödenir. 65 yaş ve üzerindeki kişilere rapor aranmaksızın beş yılda bir defa olmak üzere bedelleri ödenir.

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

9.2. Kurumca finansmanı sağlanacak erken tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri

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

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

(1) KETEM tarafından yapılmak şartıyla;

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

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

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

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

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

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

10. Yardımcı üreme yöntemi tedavileri

10.1. Tüp bebek tedavisi öncesi işlemler

(1) Tüp bebek tedavisi öncesi işlemlerin 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış kadınlara uygulanması durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

10.1.1. Klasik ovulasyon indüksiyonu

(1) 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 hekimisi tarafından reçete edilecektir.

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

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

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

10.1.2. İntra uterin inseminasyon (IUI)

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

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

10.2. Tüp bebek tedavisi işlemleri

10.2.1. Bir hastalığın tedavisi amacıyla uygulanan tüp bebek işlemleri

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

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

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

10.2.2. Diğer tüp bebek tedavisi işlemleri

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

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

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

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

ç) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması,

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

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

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

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

(4) Sağlık kurulu raporlarında, son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun belirtilmesi yeterli olup, ekinde veya raporda teşhise esas belge ve bilgiler ayrıca aranmayacaktır. Ancak bu

belgelerin hasta dosyasında bulunması ve gerektiğinde ibraz edilmesi zorunludur. Ayrıca, evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile eşler için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

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

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

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

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

10.2.3. Tüp bebek tedavisi işlem bedeli ve ödeme esasları

(1) Tüp bebek tedavisi SUT 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.

(2) Tüp bebek tedavisinde kullanılan ilaçlar katılım payından muaf değildir.

(3) (10.2.1) numaralı maddede belirtilen tüp bebek tedavilerinde her bir denemede, (10.2.2) numaralı maddede belirtilen tüp bebek tedavilerinde ise sadece birinci denemede en fazla bir yıla kadar embriyo freezing bedeli ayrıca ödenir.

(4) 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.

11. Kaplıca tedavileri

(1) Kaplıca tedavileri için **(Ek ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** resmi sağlık kurumlarınca, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Sağlık kurulu raporunda tanı, önerilen tedavi, seans ve gün sayısı bilgilerinin yer alması zorunludur.

(2) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Kaplıca tedavisine gerek görülenler, Sağlık Bakanlığınca İşletme İzni Verilen Kaplıca Tesislerine müracaat edebilirler. Kaplıca tedavilerine ilişkin yol giderleri ve gündelikler sağlık kurulu raporuna dayanılarak karşılanacak olup ayrıca sevk formu aranmayacaktır. Ödeme işlemleri, tedavinin sağlanabildiği en yakın kaplıca tesisinin bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak yürütülecektir. Raporla refakatın tıbben gerekli olduğunun belirtilmesi ve tedavinin yapıldığı tesis tarafından refakatçi kalındığının belgelenmesi halinde refakatçinin yol giderleri ve gündelikleri Kurumca karşılanır. Yol giderleri mutata taşıt bedeli üzerinden ödenir.

(3) Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilmeyen kaplıcalarda tedavi görenlerin, kaplıca tedavilerine ait bedeller Kurumca karşılanmaz.

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

12. Reçete ile sağlık raporu ve ilaç yazım ilkeleri

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

12.1. Reçete ve sağlık raporlarının düzenlenmesi

12.1.1. Ayaktan tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

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

(2) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Düzenlenen reçetelerde mutlaka teşhis, ilgili hekimin ıslak imzası ve bilgileri yer alacaktır. SUT eki EK-2/F Listesinde yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla yazılan ilaçlar için ayrıca teşhis aranmayacaktır.

(3) Reçetelerde, hekimin adı soyadı, kuruluş/kurumun adı, hekimin ana uzmanlık dalı 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, T.C.kimlik numarası veya Kurum sicil/ tahsis numarası, reçete tanzim tarihi, **(Değişik ibare:RG-22/10/2008-27032)⁽²⁾ MEDULA takip numarası veya protokol numarası** yer alacaktır. İmza dışındaki bilgiler, el

yazısı ile yazılabileceği gibi kaşe veya bilgisayar ortamında veya hastane otomasyon sistemleri tarafından basılan etiketin/barkodun yapılandırılması şeklinde olabilir. Bu reçetelerde, kurum başhekiminin onayı ve mühür aranmayacaktır.

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

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

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

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

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

12.1.2. Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

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

(2) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca temin edilemeyerek "ECZANEMİZDE YOKTUR, YATAN HASTA" kaşesi basılıp başhekimlik onayı ile reçete düzenlenerek hastaya aldırılması durumunda; reçetede yer alan ilaç bedelleri SUT hükümleri doğrultusunda beş günlük dozu (Ancak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 (bir) aylık miktarda tüberküloz ilaçları yazılabilir.) aşmamak kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sağlık kurumunca ihale (**Ek ibare:RG-22/10/2008-27032**)⁽²⁾ ve doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Tedavinin devam ettiği durumlarda "doz" bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.

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

(4) Ancak, günübirlik tedavilerde kullanılan ilaçların hastanelerce temini zorunlu olmayıp; hekim tarafından reçetede günübirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilebilecektir. (**Ek ikinci cümle:RG-29/1/2009-27125**)⁽⁶⁾ Özel sağlık kurumlarında yapılan günübirlik tedavilerde kullanılan ve tanıya dayalı işleme dahil olmayan ilaçların serbest eczanelerden temini esastır.

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

12.1.3. Sağlık raporlarının düzenlenmesi

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

(2) Sağlık raporlarının düzenlenmesinde, SUT'un 21 inci maddesi dikkate alınacaktır. Bu raporlar, SUT'ta yer alan istisnalar saklı kalmak kaydıyla 21.1 inci madde doğrultusunda uzman hekim tarafından düzenlenecek olup SUT'un 21.2 inci maddeye göre düzenlenen sağlık kurulu raporları da geçerli kabul edilecektir.

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

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

(5) Sağlık raporları, SUT'ta özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir. Kurum bilgisayar kayıtlarına süresiz olarak girilmiş sağlık raporları, 15.6.2007 tarihinden itibaren 2 yıl süre ile geçerli kabul edilir.

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

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

(8) (**Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) Kullanımı sağlık raporuna bağlı veya katılım payından muaf ilaç(lar) için düzenlenecek reçetelere ait aslı gibidir onayı yapılmış rapor fotokopisi, fatura ekinde Kuruma

gönderilecektir. Aslı gibidir onayı; raporu düzenleyen sağlık kurumu veya reçeteyi düzenleyen hekim veya reçeteyi karşılayan eczacı tarafından yapılacaktır.

(9) (**Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) SUT'un yürürlüğe girmesinden önce düzenlenen sağlık raporları, bu SUT hükümlerine uygun olması kaydıyla süresi sonuna kadar geçerlidir (Bu maddenin 5. fıkrası saklıdır). Bu SUT hükümlerine uygun olmayan raporlar, SUT'un (12.1.3) numaralı maddesi kapsamında bu SUT hükümlerine uygun hale getirilebildiği takdirde geçerli olacaktır.

12.2. Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

(1) (**Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) Ayaktan yapılan tedavilerde, 12.3 üncü maddede belirtilen durumlar dışında, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç yazılır ve her kalem ilaçtan bir kutunun (ilaçların parenteral ve topikal formları ile 12.5 inci maddede belirtilen durumlar hariç) bedeli ödenir. Parenteral formlar ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilecektir. Majistraller en fazla 10 günlük tedavi dozunda reçetelendirilebilecek olup, bu durum ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilecektir.

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

(3) (**Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) Antiinflamatuar 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, en küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edildiklerinde bedelleri ödenir. (**Mülga ikinci cümle:RG-29/1/2009-27125**)⁽⁶⁾

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

(5) Sağlık raporu aranmaksızın:

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

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

reçete edildiği takdirde bedeli ödenir.

(6) Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığınca verilen onayla mümkündür. Ancak SUT eki EK-2 Listesinde (*) yıldız işareti bulunan ilaçların haricinde yer alan ilaçların SUT eki EK-2 Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı kullanım onayı aranmaz.

12.3. Hasta katılım payından muaf ilaçlar

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

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

(3) Sağlık raporuna istinaden EK-2 Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılan ilaçlar için, 12.2 inci maddede belirtilen 4 kalem sınırlaması dikkate alınmaz.

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

12.4. Sadece yatan hastalara kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar

(1) SUT eki "Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-2/B) yer alan ilaçların (anestezikler dâhil) bedelleri, sadece sağlık kurumlarında yatan hastalarda ve/veya özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla gününbirlik tedavilerde kullanımı halinde ödenecektir.

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

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

(1) SUT eki "Ayaktan Tedavide Sağlık Kurulu Raporu İle Verilebilecek İlaçlar Listesi" nde (EK-2/C) yer alan ilaçların ayakta tedavilerde kullanımı gerektiği durumlarda, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı

kalmak kaydıyla, düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) SUT 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.

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

(4) Uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim 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)

(1) Kurumca bedeli ödenecek olan ilaçlar bu SUT'a 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

Aşağıda belirtilen düzenlemeler, ayaktan ve yatarak tedaviler için geçerlidir.

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

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

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

b) Leflunomid kullanım ilkeleri; romatoid artritli hastalarda, diğer 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 uzman hekim 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 diğer antiromatizmal ilaçlar ile tedavi yapılacaktır. Bu tedaviye cevap alınamaması durumunda ve tedavinin devamı gerektiğinde; uzman hekim raporu düzenlenecek, raporda ayrıca daha önce yapılan tedaviden alınan sonuçlar, tedavinin ne kadar süredir devam ettiği, yeni kullanılacak ilacın kullanım dozu, kullanım süresi ve ayrıntılı tedavi şeması da belirtilecektir.

ç) Biyolojik ajanlardan Anti TNF (infliksimab, etanarsept, adalimumab gibi) ilaçların ve rituksimab 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 (BASDAI) > 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 uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde Anti TNF ilaçlar kullanılabilir.

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

Söz konusu ilaçların;

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

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

İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan üç ay sonra bu ilaç için uzman hekim raporu düzenlemeye yetkili hekim tarafından değerlendirilerek tedaviye devam edileceği raporda belirtilir, yeterli cevap alınamamışsa (Romatoid artrit için, DAS 28'de 0.6 puandan, periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilit için, BASDAI'de 2 birimden daha az düzelme olması, 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 uzman hekim raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edildiğinde bedeli ödenir.

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

Crohn hastalığında; diğer tedavilere cevap vermeyen 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 uzman hekim raporuna dayanılarak sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanması ve iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Yukarıda bahsedilen durumların tedavisi için düzenlenen uzman hekim raporlarının süresi, **(Değişik:RG-22/10/2008-27032)** ⁽²⁾ ayrıca süre belirtilenler hariç olmak üzere bir yılı aşmayacaktır, raporun tekrarı halinde aynı kriterler geçerlidir.

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

12.7.2. Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri

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

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

b) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, Sertindol) 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.

Aripiprazolün; bipolar I bozukluğun akut mani epizotlarının tedavisi endikasyonunda, çeşitli nedenlerle diğer yeni nesil antipsikotik ilaçların kullanılmadığı ya da etkisiz kaldığının hasta adına düzenlenen raporda ya da reçetede belirtilmesi kaydı ile reçetelenmesi halinde bedeli ödenir."

Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin oral formları, psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna, **(Ek ibare:RG-22/10/2008-27032)** ⁽²⁾ parenteral formları ise yalnızca psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

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

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

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

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

12.7.3. (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)⁽⁴⁾

Aşı ve serum temini uygulaması

Enjektabl allerji aşı endikasyonları;

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

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

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

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

(2) Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

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

(4) Aşı tedavileri, arı venom alerjisi hariç 5 yılı geçemez. Bu amaçla yukarıda tanımlanan raporlarda tedaviye başlama tarihi yazılacaktır.

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

12.7.4. Rasburicase kullanım ilkeleri

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

12.7.5. Botulismus toksini Tip A

(1) Botulismus toksini, ayaktan ve yatan hastalarda yalnızca;

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

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

b) -Pediatrik serebral palsi endikasyonunda: Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastaneleri ile erişkin veya çocuk spastisite dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak belirtilen uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 10 yaşa kadar; sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fiks kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır.

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

12.7.6. Büyüme hormonu kullanım esasları

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

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

A) Çocuklarda;

(1) 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 yaşınının 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);

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

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

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

(4) Sonlandırma Kıstasları;

1) Epifiz hattı kapandığında veya

2) Yıllık büyüme hızı 5 cm ve altında olduğunda veya

3) Boy uzunluğu kızlarda 155 cm ye erkeklerde 165 cm ye ulaştığında veya

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

12.7.7. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri

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

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

(3) Diyaliz tedavilerinde, heparinler Taniya Dayalı İşlem Fiyatına dahil olduğundan reçete edilse dahi bedeli ödenmez.

12.7.8. Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri

a) Enteral beslenme ürünleri;

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

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

Raporda belirtilmek kaydıyla;

- Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya
- "Subjektif global değerlendirme kategorisi" C veya D olanlar veya

· Çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar,

malnütrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

b) Parenteral beslenme ürünleri;

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

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

a) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri;

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

1) Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda;

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/veya ferritin <100 µg/L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ≥ %20 ve/veya ferritin ≥ 100 µg/L olduğunda hemoglobin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasındır. 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. Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

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

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

2) Myelodisplastik sendrom endikasyonunda

Hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir.

Maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesi her reçeteye eklenir.

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

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

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

b) Sevelamer kullanım ilkeleri:

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

1) Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya

2) PTH düzeyinin 100 pg/ml değerinin altında olan (**Mülga ibare:RG-22/10/2008-27032**)⁽¹⁾⁽²⁾ dinamik kemik hastalığı olguları veya

3) Hastanın Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya

4) Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pg/ml ve üzerinde olan,

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

(**Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer**) Fosfor düzeyinin 3.5mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.

c) Parikalsitol kullanım ilkeleri:

1) Diyalizat kalsiyumunun 1.25 mmol/l ile kullanılmasına rağmen albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 9.2 mg/dl altında ve serum fosfor 5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/ml'nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda başlanır.

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

3) İlgili koşulların söz konusu olduğu hastalarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği hemodiyaliz raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

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

12.7.10. Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri

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

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

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

A) Gaucher Hastalığı Tedavi Esasları

1) Teşhis için:

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

b) Mutasyon analizi yapılacaktır.

2) Enzim tedavisi uygulama kriterleri:

Tedavi endikasyonu olan hastalık tipleri:

a) Tip I (Non Nöropatik Form)

b) Tip III (Kronik Nöropatik Form)tür.

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

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

4) İzleme kriterleri:

Tedaviye başlamadan önce karaciğer-dalاک boyutları, tam kan sayımı, karaciğer enzimlerinin tayini, karaciğer-dalاک boyutlarının volumetrik ölçümü, kemik lezyonları yönünden gerekli tetkikler yapılacaktır. Bu sonuçlar ilk düzenlenecek raporda belirtilecektir. Tedavi sırasında klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri ile

hastalığın ilerlemesinin durması veya 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 SUT'ta yer alan kriterlere göre değerlendirilecektir.

6) Enzim dışındaki tedavi seçenekleri (substrat inhibisyonu tedavisi gibi) çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekimlerinden birisinin bulunduğu sağlık kurulu raporunda enzim tedavisinin mümkün olmama gerekçelerinin (enzime karşı anafaktik reaksiyon, tedavi etkinliğini bozan antikor varlığı vb) belirtilmesi halinde uygun endikasyonları doğrultusunda reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.

B) Fabry hastalığı tedavi esasları

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

C) Mukopolisakkaridoz Tip I hastalığı tedavi esasları

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

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

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

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

D) Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları

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

12.7.11. Glokom ilaçları

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

12.7.12. İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri

A) Spesifik/hiperimmün iv immünglobulinlerin kullanım ilkeleri

Spesifik/hiperimmün immünglobulinler ayaktan tedavide, sadece Sağlık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda, düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekim tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde uzman hekim raporu şartı aranmayacaktır.

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

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

B) Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler

1) Pediatrik HIV enfeksiyonunda pediatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından,

2) Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji (yetişkin ve çocuk) uzman hekimi tarafından,

3) Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından,

4) Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin nasokomiyal enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyumsuzluklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından,

5) Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik şok) tedavisinde ilgili uzman hekimi tarafından, reçete edilebilir.

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

12.7.13. 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 uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

1) Kronik hepatit B'de;

a) Biyopsi ile "kronik aktif hepatit" (KNOPELL aktivite indeksi 4'ün üzerinde veya fibrozis skoru 2 ve daha üzerinde) tanısı konmuş ve HBV DNA pozitif [HBe Ag negatif olanlarda, 10^4 kopya/ml (2.000IU/ml) ve üzerinde; HBe Ag pozitif olanlarda ise 10^5 kopya/ml (20.000IU/ml) ve üzerinde] olanlarda,

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

b) Kompanse evre karaciğer sirozlarında;

HBV DNA düzeyi 10^3 kopya/ml (200IU/ml) veya daha yüksek ve ALT düzeyi 2 kat veya daha yüksek ise HBe Ag'nine bakılmaksızın,

bu durumları gösteren ilaç kullanım uzman hekim 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 interferon kontrendikasyonu var ise raporda belirtmek kaydıyla, Sağlık Bakanlığından izin alınarak ribavirin tek başına reçete edildiğinde de bedeli ödenir.

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 (KNOPELL 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 uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde antivirallerin bedeli ödenir.

Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, HBV DNA ve ALT yüksekliği bulunması koşulu aranmadan, başlama kriterlerine uygun olduğunu gösteren,

teşhisin konulduğu raporun fotokopisinin yeni rapora eklenmesi veya başlama kriterlerine uygun olduğunu gösteren, teşhisin konulduğu raporda belirtilen HBV DNA ve ALT değerleri ile raporun tarih ve sayısının, yeni raporda açık olarak belirtilmesi yeterlidir.

6) Teşhise esas olan bulgular ilaç kullanım uzman hekim raporunda belirtilecektir.

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

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

12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri

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

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

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

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

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

Bu ilaçların endikasyon dışı 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 ve uzman hekimlerce reçetelendirilecek 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, İbandronik Asit,

3) Özel düzenleme yapılmış ilaçlar;

a) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Tıbbi onkoloji veya çocuk onkolojisi uzman hekimlerinin bulunduğu tüm hastanelerde, bu hekimlerden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenerek bu

hekimlerce reçete edilir. Bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise, hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce sağlık kurulu raporu düzenlenir ve yine üçüncü basamak sağlık tesislerinde bu hekimlerce reçete edilir.

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

b) Hematoloji veya Çocuk Hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı 3.basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ve bu hekimlerce reçete edilecek ilaçlar.

Bortezomib, talidomid.

c) Tıbbi onkoloji veya çocuk onkoloji, hematoloji veya çocuk hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı 3.basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ve bu hekimlerce reçete edilecek ilaçlar.

İnterleukin-2

d) Özel düzenleme yapılan ilaçlar,

Trastuzumab; (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Metastik meme kanseri tedavisinde HER- 2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH (+) olan hastalarda progresyona kadar kullanılabilir. Hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tüm hastanelerde bu hekimin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunmadığı 3.basamak sağlık kurumlarında ise genel cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile ve yine 3. basamak sağlık tesislerinde genel cerrahi uzman hekimince reçete edilir.

Alemtuzumab: Kemik iliği tutulumu gösterir biyopsi sonucuyla, yeterli doz ve sürede alkileyici ajanlar alan ve fludarabin fosfat kürlerini tamamlayan 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.

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

Fulvestrant: Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekiminin yer aldığı, bu uzman hekimin bulunmadığı 3.basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşdaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ve bu hekimlerce;

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

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

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

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

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

Ritüksimab: Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı 3. basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş tedavi protokolünü de gösterir uzman hekim raporuna istinaden **(Ek ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer), yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde;** Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisi konmuş hastaların tedavisinde, evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda CVP (siklofosomid, vinkristin, prednisolon) tedavisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B

hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanımı endikedir. Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 doza kadar kullanımı halinde geri ödenir. Bu iki durumda rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen vakalarda ilave olarak 4 doz daha kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 doza kadar geri ödenir.

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

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

Azasitidin: Kemik iliği blast oranının %5 in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu heyet tarafından düzenlenen ve 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer (1er) aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.

Dasatinib: Sağlık Bakanlığı'nca onaylanan ilacın prospektüsünde yer alan endikasyonlarda kullanılmak üzere ilacın prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak içinde en az bir Hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli Sağlık Kurulu Raporu ile günlük 100 mg tedavi dozu aşılmamak kaydı ve Tıbbi Onkoloji veya Hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

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

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

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

İdame tedavisinde yine IGF-1 kontrolü yapılarak en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Tedavi sırasında IGF-1 ölçümlerine göre dozun azaltılması gerektiğinde yeni bir rapor düzenlenmesine gerek bulunmamaktadır. İdame tedavisi için düzenlenen raporda; başlangıç tedavisi için düzenlenen raporların tarih ve sayısı belirtilecektir.

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

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

Bu maddede belirtilen ilaç grupları için sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, (patoloji veya sitolojik inceleme yapılamamış ise teşhise esas teşkil eden bilgiler içeren bir epikriz) evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kemoterapiler bulunmalıdır.

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

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

12.7.15. Klopidoğrel kullanım ilkeleri

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

b) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü

veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra bir defaya mahsus olmak ve 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

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

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

12.7.16. Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığı

Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığında;

a) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle SUT eki EK-2/D ve SUT eki "Doğuştan Metabolik Hastalıklar ile Çölyak Hastalığında Kullanılan Ürünler Listesi" ne (EK-2/E) dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından yazılması halinde bedeli ödenir.

b) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları- üre siklus bozuklukları- organik asidemiler), (a) bendinde belirtilen özel tıbbi mamalara ilave olarak, hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi, çikolata, gofret vb.) bir aylık;

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

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

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

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

olacak şekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir.

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

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

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

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

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

olacak şekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir.

Unun 1 kg'ı için ödenecek tutar 5 YTL'nı

Geçemez.

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

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

12.7.17. (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Osteoporozda ilaç kullanım ilkeleri

1- Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat) yalnızca aşağıdaki endikasyonlarda ve aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği reçeteye eklenir. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

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

A. Senil osteoporoz, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağlı osteoporozda:

1) Osteoporotik patolojik kırık bulunan ve lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde L1,L2,L3,L4 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,L2,L3,L4 veya femoral bölgeden yapılan femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olduğu hastalarda,

uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce 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 ilaçlarının (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 nervroza, 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 uzman hekimlerce reçete edilir.

C. Sudek atrofisinde:

Altı ay boyunca uygulanan standart tedavilere (analjezik, fizyoterapi) rağmen yeterli cevap alınmadığının ve lokal kırığın raporda belirtilmesi halinde uzman hekim 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.

2-Paget, Uzun süreli kortikosteroid kullanımına bağlı osteoporoz ve juvenil osteoporoz:

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

12.7.18. Orlistat ve sibutramin etken maddesi içeren ilaçların kullanım ilkeleri

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

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

· Obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ olmalıdır.

· Bu grup ilaçlardan aynı anda sadece biri kullanılacaktır.

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

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

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

12.7.19. Migrende ilaç kullanım ilkeleri

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

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

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

12.7.20. Palivizumab kullanım ilkeleri

Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatın neonatoloji (yenidoğan), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanarak yatarak tedavilerde bu uzman hekimler tarafından belirtilen koşullarda kullanılması halinde bedelleri ödenir.

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

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

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

12.7.21. Anagrelid kullanım ilkeleri

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

12.7.22. Aktive Protein C kullanım ilkeleri

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

12.7.23. Amfoterisin-B ve kaspofungin ve vorikanazol Itrakanzol(infüzyon) kullanım ilkeleri

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

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

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

Itrakanzol'un oral formları, Ek-2/A Listesinin 95 inci maddesinde belirtildiği şekilde reçetelenebilecektir

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 biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

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

2. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde;

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

Formeterol ve salmeterol'ün inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri

tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

3. Mevsimsel alerjik rinit tedavisinde:

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

12.7.25. Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri:

a) Epilepside:

Yeni nesil antiepileptikler (Lamotrigin, topiramet, vigabatrin, 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 uzman hekim 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 hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

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

12.7.26. Levosimendan kullanım ilkeleri

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

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

12.7.27. Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri

A) Faktörler

(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından;

· Akut kanaması olduğu durumlarda ya da cerrahi girişimler öncesi,

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

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

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

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

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

B) Anti Rh kullanım ilkeleri

a) 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 uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

C) Antitrombin III kullanım ilkeleri

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

Ç) Human albumin kullanım ilkeleri

Human albümin preparatları yalnızca yatarak tedavi gören hastalara, albümin düzeyi 2.5g/dl ve altında ise uzman hekimlerce yazılabilir, laboratuvar sonuçları ve kullanılan miktar epikrizde belirtilecektir. Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca temin edilememesi durumunda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 (üç) günlük dozda "ECZANEMİZDE YOKTUR, YATAN HASTA" kaşesi basılıp başhekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sağlık kurumunca ihale yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Plazmaferezde ve karaciğer nakli yapılmış hastalarda kan albümin düzeyi şartı aranmaz.

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

12.7.28. Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri

(Değişik birinci cümle:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Aşağıda belirtilen hastalıklardan birini gösteren sağlık raporuna istinaden;

A- Daha önce ilaç kullanmayan hastalarda ilaca başlanma kriterleri:

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

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

B- (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Uzman hekim raporu iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenir ve rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. İlk uzman hekim raporuna son 6 ayda yapılmış, kan lipid düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren tetkik eklenir veya bu tetkik sonuçları raporda belirtilir. 01x01 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

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

Ç- Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dâhil);

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

b) Karaciğer enzimlerinden en az birinin (AST/SGOT yada ALT/SGPT) normal değer aralığının üst sınırının en az 3 kat üstüne çıkması 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 uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

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

(Mülga paragraf:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) ...

E) Raporlu hastalarda raporun yenilenmesi durumunda, yapılan tetkik sonucu dikkate alınmadan, daha önce alınmış ilacın teminine esas olan önceki raporun fotokopisinin rapora eklenmesi veya tedaviye başlama

tarihi ve başlama değerlerinin raporda belirtilmesi yeterlidir. Ancak yeni yapılan tetkikin sonucu başlama değerlerine uygunsu önceki rapora ait bilgilere gerek olmadan ilgili ilaçların 1X1 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

12.7.29. Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri

Bu grup ilaçların bütün formlarından;

1. Östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar

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

2. Progestojenler.

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

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

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

ç) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenecektir. Bu koşullar yatan hastalar için de geçerlidir.

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

12.7.31 Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde Ribavirin kullanım ilkeleri:

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

12.7.32. Non-iyonik radyo opak maddeler

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

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

12.7.33. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Makula Dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri;

Pegaptanib Sodyum, Ranibizumab ve Vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim rapora eklenerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenecek uygulanır. Pegaptanib Sodyum 6 haftada bir yılda en fazla 9 enjeksiyon, Ranibizumab etken maddeli ilaçlar da yılda en fazla 6 enjeksiyon uygulanabilir.

12.8. (Başlığı ile birlikte değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Güvenlik ve Endikasyon Formu ile Uyuşturucu ve Psikotrop İlaçlar

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.

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

13. 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 tarafından 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 yurt dışından temin ettikleri ilaçların bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilacın bedeli, aynı ilacın Kuruma mal oluş bedelinden fazla olamaz.

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

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

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

(Değişik:RG-22/10/2008-27032)⁽³⁾ Sağlık Bakanlığının izni ile yurt dışından temin edilerek tedavide kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması durumunda; SUT eki EK-2/D Listesine giriş talebinden itibaren, "Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" gereği talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi ve bu reçetelerin Sağlık Bakanlığınca onaylanması koşuluyla, Sağlık Bakanlığınca ilaca verilen perakende satış fiyatı üzerinden standart kamu iskontosu oranı uygulandıktan sonra kademeli eczane iskontosu uygulanarak sözleşmeli eczanelerden şahıslara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. Bu ilaçlardan SUT eki EK-2 Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

14. İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması

14.1. Uygulanacak indirim oranları

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

Ancak, KDV dâhil perakende satış fiyatı **3,56 YTL** ve daha az olan ilaçlar için perakende satış fiyatı (KDV dâhil) üzerinden % 4 oranında indirim uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

(Ek fıkra:RG-22/10/2008-27032)⁽²⁾ 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 Bakanlığınca 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.

14.2. Eşdeğer ilaç uygulaması

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

Eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilir 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 arasından en az %1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir eşdeğer ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesine ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" yetkilidir.

Bu esasa göre, belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde:

- a) SUT'un 14.1 inci maddesinde belirtildiği şekilde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.
- b) İndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dâhil ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen "indirimli birim bedel" hesaplanır.
- c) Gruptaki ilaçlar için bulunan bu indirimli birim bedeller karşılaştırılarak o eşdeğer ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel bulunur.
- 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, Kurumla sözleşme yapan eczanelerden temin edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan eczanelerden temin edilen ilaçların bedelleri Kurumca karşılanmaz. Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz eczanelerden acil haller nedeniyle temin ettikleri ilaç bedelleri acil halin Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır. Bu şekilde temin edilen ilacın/ ilaçların, SUT'un (14) numaralı maddesinde belirtildiği şekilde kamu iskontosu ile %4,5 eczacı indirimi ve hasta katılım payı düşüldükten sonra, kalan kısım Kurum tarafından ilgiliye ödenecektir. Bu ödemenin yapılabilmesi için, reçeteye ilaçların fiyat kupürlerinin tamamı ilacın ismi de yer alacak şekilde yapıştırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın da ilaç fiyat kupürleri yapıştırılmış olan reçete ile birlikte ibrazı zorunludur.

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

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

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

15.3. Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedelleri SUT 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.

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 kurum ve kuruluşlarınca, 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 kurum ve kuruluşları, hastalara kan temin ettirilmeyecektir. Sağlık kurum ve kuruluşları temin edilmesi zorunlu olduğu halde temin edilmeyerek hastaya aldırılan kan ve kan bileşenlerine ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarından mahsup edilir.

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

SUT eki EK-9 Listesi kapsamında yer alan işlemler için sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan kan ve kan bileşenleri, Taniya Dayalı İşlem 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 kurulu raporu üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir.

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

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

e) Kan ürünü reçeteleri, ilgili birimlerden alınacak sağlık kurulu raporlarına bağlı olarak uzman hekimler tarafından yazılabilecektir. Ancak, acil hallerde kullanılması zorunlu olan ürünlerden yalnız 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 hekim olmayan yerlerde, çıkan vakalara vaktinde müdahale edilebilmesi için yalnız kuduz ve tetanos immunglobulinleri 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) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

18. Organ ve doku nakli tedavileri

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

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

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

(4) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Yurtiçinde veya yurtdışında organın bulunması halinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş için nakliye/ transfer masrafları SUT'un (22) numaralı maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(5) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere kadavradan organ naklinde, kadavradan organ alımının, naklin yapıldığı sağlık kurumunca yapılması ve fatura edilmesi halinde, SUT eki "Taniya Dayalı İşlem Listesi" nde (EK-9) 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 SUT eki EK-9 Listesinde P911145 kodu ile yer alan "transplantasyon için kadavradan organ alımı" işlemi üzerinden ödenir.

(6) 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.

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

(8) Yurt içindeki kemik iliği doku bilgi bankaları arası akraba dışı birinci aşama kemik iliği verici taraması taleplerinde sevk istenmeyecektir. Kemik iliği doku bilgi bankalarının birinci aşama işlemlerin SUT eki EK-8 Listesinde yer alan "705.090" ve "705.110" işlem kodları üzerinden, adres, serolojik yöntem doku tipi doğrulama ve onay alma işlemlerinin "705.100" ve "705.120" işlem kodları üzerinden faturalandırılması gerekmektedir.

(9) 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.

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

(11) Tedavisi için kemik iliği nakli gereken ve yurt içinde uygun vericisi bulunmadığı ülkemizdeki kemik iliği doku bilgi bankalarının rapor edilen hastalar için, yurtdışındaki kemik iliği bankaları aracılığı ile 8/8 veya 7/8 doku

tipi uyumu gösteren (HLA A, B, DR düşük çözünürlük ve HLA DR yüksek çözünürlükte ya da HLA A, B, C ve DR düşük çözünürlükte) kan örnekleri, (bir defada en fazla 10, toplamda 25 kişiyi geçmemek üzere) beklemeden getirilerek SUT 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.

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

(13) Kemik iliği/kordon kanının yurt dışından Türkiye'deki nakil merkezlerine getirilmesi Türkiye'deki kemik iliği doku bilgi bankasının görevlendireceği bir kurye tarafından gerçekleştirilir. Kemik iliğinin Türkiye'deki nakil merkezine getirilme masrafları, Amerika ve Avustralya için **3000 Euro** karşılığı **YTL**, diğer ülkeler için **1500 Euro** karşılığı YTL'sini geçmemek şartıyla fatura karşılığı Kurumca ödenir. Masraflara; yurtdışı birimi ile yapılacak organizasyon işlemleri (telefon, faks vb.), kemik iliği bankası kuryesince taşınması ve konaklama ücreti dâhildir. Bankanın kuryesinin olmadığı durumlarda kemik iliği/kordon kanı Türkiye'deki nakil merkezine yabancı ülkenin kuryesi tarafından getirilir.

(14) Yurtdışından kemik iliği/kordon kanı getirilme sürecinde, yurt dışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kök hücre toplanması gibi işlemlerin her biri için Dünya Kemik İliği Vericileri Birliği (WMDA) tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığınca onaylanan bedel Kurumca (yurt içi doku bilgi bankasının ilişkilendirildiği sağlık işleri müdürlüklerince), yurtdışı veya yurt içi kemik iliği doku bilgi bankasına avans şeklinde ya da yurtdışı ilgili banka hesaplarına havale edilerek ödenir. Avans bir ay içerisinde belge karşılığında kapatılır.

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

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

19. Kurumca bedeli ödenecek bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları

19.1. ESWL metodu ile yapılacak taş kırılma tedavileri

(1) Böbrek ve üreter taşlarından kaynaklanan rahatsızlıklarının ESWL yöntemi ile yapılacak taş kırılma tedavileri için gerekli olan tek hekim raporu, üroloji veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince düzenlenecektir.

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

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

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

19.2. Hiperbarik oksijen tedavisi

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

(2) 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, seansın süresi
- bilgileri mutlaka yer alacaktır.

(3) 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.

(4) Hiperbarik oksijen tedavisi bedelleri SUT eki EK-9 Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.

19.3. Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi

(1) Kurumca radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi bedellerinin karşılanabilmesi için; radyasyon onkolojisi uzman hekimi ile beyin cerrahisi uzman hekimlerinin katılımı ile oluşturulacak sağlık kurumlarınca rapor düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavinin;

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

b) Metastatik beyin tümörlerinde (primeri kontrol altında olan 1–3 metastazı olan) cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan olgular, nedeniyle uygulanması halinde bedelleri SUT eki EK-9 Listesinde yer alan tutarlar üzerinden ödenir.

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

(4) 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

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

(2) Ekstrakorporeal fotoferez tedavisinin;

Kutanöz T hücreli lenfomalarda,

Graft Versus Host Hastalığı,

Sezary Sendromu,

Pemfigus Vulgaris,

Psöriasis,

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

nedeniyle uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

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

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

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

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

19.5. Diyaliz tedavileri

19.5.1. Hemodiyaliz tedavileri

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

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

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

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

(5) 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.

(6) Böbrek yetmezliği için yapılan asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavi giderleri SUT 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 seans sırasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar dahildir. **(Ek son cümle:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Ancak akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiğine dair rapor düzenlenmeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri SUT eki EK-8 Listesi "704.210" işlem kodundan faturalandırılır.

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, biyoyumlu 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 aranmaz.

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, SUT 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 SUT eki EK-9 Listesi üzerinden fiyatlandırılır.

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

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

19.7. Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri:

(1) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Ayaktan fizik tedaviler ile ayaktan/ yatarak tedavilerde uygulanan rehabilitasyon işlemleri için gerekli uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince düzenlenecektir. Raporda tanı ve uygulanacak seans sayısı yer alacaktır.

(2) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Rehabilitasyon işlemleri ile ayaktan fizik tedavi uygulamaları SUT eki EK-9 Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.

19.7.1. Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi uygulamaları;

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

(2) Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi uygulamaları bedellerinin ödenmesi için;

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

b) Hastaların, en az 5 m² lik hasta kabini tedaviye alınmış olmalıdır.

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

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

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

19.7.2. Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında rehabilitasyon uygulamaları;

(1) (**Değişik:RG-22/10/2008-27032**) Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından ayakta hastalar için sadece ortopedik, nörolojik, pediatrik ve el rehabilitasyon işlemleri, yatan hastalar için bunlara ilave olarak kardiyak ve pulmoner rehabilitasyon işlemleri fatura edilebilir.

(2) (**Değişik:RG-22/10/2008-27032**) Rehabilitasyon uygulamaları fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin gözetiminde fizyoterapistler tarafından uygulanmış olmalıdır.

(3) (**Değişik:RG-22/10/2008-27032**) Bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi gözetiminde aynı anda en fazla 2 hastaya rehabilitasyon işlemi uygulanabilir.

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

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

19.7.3. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Ekstrakorporal şok dalgası (ESWT) tedavisi

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

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

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

ESWT işlemi diğer fizik tedavi işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.

19.8. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan genetik tetkikler

(**Değişik:RG-22/10/2008-27032**)⁽²⁾ Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşlarında genetik branşı veya diğer branşlarca istenilerek Kuruma fatura edilen SUT eki EK-8 Listesinde yer alan genetik tetkiklere ait bedellerin ödenebilmesi için; tetkiklerin (immünoloji-genetik tetkikleri hariç) genetik hastalıklar tanı merkezi ruhsatı/ geçici çalışma izin belgesi olan (sitogenetik, moleküler genetik, biyokimyasal genetik ruhsatlarından hangisi veya hangilerine sahipse o tetkikleri yapmak üzere) sağlık kurum veya kuruluşunda, "Genetik Hastalıklar Tanı Merkezi Yönetmeliği"ne göre genetik tanı merkezi sorumlusunun niteliklerine haiz olan kişiler tarafından yapılmış olması gerekmektedir.

19.9.Kardiyak risk skorlaması

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

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

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

19.10. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Yoğun bakım tedavisi

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

(2) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-9 Listesinde yer alan ücretler üzerinden faturalandırılır. Ayrıca faturalandırmada aşağıdaki hususlar da dikkate alınacaktır.

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

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

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

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

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

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

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

19.11. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

İşlem tekrarı için süre sınırlaması

(1) SUT eki "İşlem Tekrarı İçin Süre Sınırlaması Listesinde" (EK-8/A) yer alan süre sınırlamaları yatarak tedaviler, acil haller ile onkolojik hasta takipleri için uygulanmaz.

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER			PUAN
1-	Yaş	60- 65 Yaş:1, 66-70 Yaş:2, 71 Yaş ve yaş üstü:3	
2-	Cinsiyet	Kadın	1
3-	Kronik Akciğer Hastalığı	1. Solunum Fonksiyon Testinde hava yolu darlığı bulunması (F1/FVC %70 in altında) ve/veya 2. Azalmış Akciğer hacmi: FVC: %80 in altında + F1/FVC:%70 in üstünde	1
4-	Ekstrakardiyak Arteriopati	%50'nin üzerinde karotis lezyonu, geçirilmiş veya kalp ameliyatı sonrasında planlanan abdominal aorta, karotis yada periferik damar operasyonu, radyolojik tanı	2
5-	Geçirilmiş Kardiyak Operasyon	Perikardın daha önce açıldığı operasyon anamnezi (Redo vaka)	3
6-	Böbrek fonksiyon bozukluğu	Serum Kreatinin >2.26mg/dl ve/veya GFR <60 ml/dk.	2
7-	Böbrek Yetmezliği + diyaliz hastaları (*6. Madde puanı eklenmez)	A-V hemodiyaliz fistülü ve/veya Diyaliz kateterinden diyalize giriyor olması	5
8-	Aktif Endokardit	Ekokardiyografi ve/veya pozitif kan kültürleriyle Endokardit tanısı alması	3
9-	Kritik Preoperatif Durum	Kardiy Pulmoner Canlandırma ile ameliyata alınan hasta ve/veya İABP takılmış olarak ameliyata alınması	3
10-	Diabetes Mellitus	İnsüline bağımlı Diabetes Mellitus varlığı	2
KARDİYAK FAKTÖRLER			
11-	LV Disfonksiyonu	Ekokardiyografi veya Sol Ventrikülografide EF %30-%50 arasında olması	1
12-		Ekokardiyografi veya Sol Ventrikülografide	3

		EF<%30	
13-	Pulmoner Hipertansiyon	Ekokardiografi veya Kateterizasyon sırasında; Sistolik Pulmoner Arter Basıncı >40 mmHg	2
OPERASYONLA İLGİLİ FAKTÖRLER			
14-	Torasik Aorta Cerrahisi	Asendan, arkus yada desendan aort patolojilerine girişim	4
15-	Post MI VSD	Ekokardiografi ve/veya Kateterizasyon sırasında tanı alması	5

Beklenen Mortalite (Lojistik skor):

Düşük Risk: 0-3 puan, Orta Risk: 4-6 puan,

TOPLAM Risk Puanı:

Yüksek risk: 7 ve üzeri puan

20. Tıbbi malzeme temini ve ödeme esasları

Ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, basit sıhhi sarf ve iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri tıbbi malzeme kapsamında değerlendirilir.

20.1. Tıbbi malzeme temin esasları

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

(2) SUT eki "**Sağlık Kurumları Fiyat Listesi**" nde (EK-8) yer alan birim fiyatlar "basit sıhhi sarf malzemeleri" dâhil olarak tespit edildiğinden, SUT eki "**Bedeli Ödenmeyecek Basit Sıhhi Sarf Malzemesi Listesi**" nde (EK-5/B) yer alan tıbbi malzemeler, hiç bir şekilde hastalara aldırılmaz ve sağlık kurumu faturalarında ayrıca gösterilemez.

(3) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzemeler; SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere Kurum Tıbbi Cihaz Bilgi Bankasına (Kurum Ulusal Bilgi Bankasına (UBB)) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış, UBB ile Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olmalıdır. Kuruma fatura edilen tıbbi malzemelerden UBB kayıt numarası bulunmayanların bedelleri ve Sağlık Bakanlığınca onaylanmamış tıbbi malzeme bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesinde UBB kayıt/ bildirim işlemi tamamlanmış olma ve UBB ile Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olma şartı aranmaz. (Ek son cümle:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Bir malzemenin UBB'na kayıtlı olması o malzemenin Kurumca ödenmesi için tek başına yeterli olmayıp aynı zamanda distribütör ve/veya ana bayice alt bayilerin de UBB'de tanımlanmış olması halinde fatura bedelleri kurumca karşılanır.

(4) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarınca, temin edilen tıbbi malzemelerin UBB kayıt numarası MEDULA sistemine kaydedilecektir.

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

(7) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarınca temin edilerek hastalara kullanılan malzemeler için; Türkçe düzenlenmiş etiketi ve UBB kayıt/ bildiriminde tanımlı barkod numara bilgisi, hasta güvenliği açısından, hasta işlem dosyalarında muhafaza edilir. (Ek son cümle:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Kurumca gerekli görüldüğü hallerde ibrazı zorunludur.

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

(9) Tıbbi malzeme teminine ilişkin sağlık raporları (SUT'ta geçerlilik süreleri ayrıca belirtilen sağlık raporları hariç) en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.

(10) Hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin bakım ve onarım masraflarından, garanti kapsamı süresi içinde hastanın kusuru olmaksızın oluşan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında hastanın kusuru olmaksızın oluşan masraflar, hasta kusurunun olmadığı ve bakım ve onarımın gerektiğinin Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından karşılanır. Kurum ihtiyaç duyduğunda bu tespiti teknik servis raporu veya hekim raporu ile de yapabilir. Hastanın kusuru hallerinde ise söz konusu masraflar hasta tarafından karşılanacaktır. (Ek son cümle:RG-31/12/2008-27097 7.

Mükerrer) Bu madde kapsamındaki tıbbi malzemelerin, garanti süresi bitiminden kullanım miadlarının sonuna kadar servis hizmeti verebileceğinin yüklenici firmalarca taahhüt edilmelidir.

(11) Miadlı tıbbi malzemelerin yenileme süreleri SUT'un (20.3) numaralı maddesinin ilgili alt maddelerinde belirtilmiş olup meme protezi için 2, diğer vücut organ protezleri (vücut dışında kullanılanlar) için 5 yıldır. Bu sürelerden önce söz konusu tıbbi malzemeler yenilenmez. Ancak, büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen miadlı tıbbi malzemeler, malzemenin çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenir.

(12) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/ protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler fark alınmaksızın ve kısıtlama (süre vb.) getirilmeksizin Kurumca karşılanır.

(13) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Tıbbi malzemelerin yenilenmesi için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında önceden verilen protez ve ortezin yenilenmesi gerektiğinin gerekçeleriyle birlikte belirtilmelidir. Kurumca temin edilen ortez ve protezlerin gerek kullanım sürelerinin dolması, gerekse sağlık kurulu raporu ile yenilenmesinin gerektiği durumlarda düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında daha önce kullanılan protez ve ortezin belirtilmesi gerekmektedir.

(14) SUT'ta günlük/ haftalık/ aylık vb. olarak reçetelendirilebilecek adet miktarları belirtilen tıbbi malzemelerin, belirtilen miktarlardan fazla reçete edilmesi ve hastalar tarafından fatura karşılığı temin edilmesi durumunda, fatura bedelleri reçetede belirtilen adetler esas alınarak (20.2.2) numaralı madde doğrultusunda belirlenen tutar üzerinden hastalara ödenir ve SUT'ta belirtilen adedin üzerindeki tıbbi malzemeye ilişkin hastaya ödenen tutar, ilgili sağlık hizmeti sunucusundan mahsup edilir.

(15) **(Ek fıkra:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Mücbir sebeplere bağlı olarak protez-ortezlerin kullanılamayacağı belgelendirilmesi halinde, Kurumun da uygun görmesi durumunda süreye bakılmaksızın yenilenir.

(16) **(Ek fıkra:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Hastanelerce demirbaş olarak kullanılan malzemelerin ve bunlara ait sarf malzemelerinin bedelleri kurumca karşılanmaz.

(17) **(Ek fıkra:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Tıbbi malzemelerin şahıs ödenmesine ilişkin fatura ve ekli belgeler;

-reçete

-sağlık raporu aslı (sürekli kullanım arz eden malzemelerde raporun onaylı sureti)

-fatura ve faturada UBB kodu, varsa emekli sandığı kodu (yatan hastalar için)

-fatura arkasında reçeteyi yazan hekim tarafından hasta üzerinde uygulandığı görüldüğü ve uygunluğunun belirtilerek onaylanması. (2007/82 sayılı genelge kapsamındaki ürünler hariç)

(18) **(Ek fıkra:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** İnterspinoz implantlar, viskosüplemantasyon ürünleri, sacral sinir stimilatörü (aksesuarları dahil) ve inflow kateter bedelleri ödenmez.

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;

Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilen tıbbi malzeme bedelleri, tıbbi malzemenin KDV dâhil alış fiyatı üzerine; % 15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca ödenir.

(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) 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 veya doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde; SUT'un 20.2.2 nci maddesine göre tespit edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir.

b) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Özel sağlık kurumlarında;

1. Sözleşmeli özel sağlık kurumlarınca temin edilen SUT eki Listelerde yer alan malzemeler, SUT eki listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden,

2. SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerden;

a) Kurum (devredilen T.C.Emekli Sandığı) ile protokollü firmaların protokol dâhili malzemeleri protokol fiyatları üzerinden,

b) Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı) tıbbi malzeme listelerinde fiyatı tespit edilemeyen tıbbi malzemeler, KDV dâhil alış fiyatı üzerinden,

Kuruma fatura edilen tutarı 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.

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

Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemeler, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere UBB kayıt/ bildirim işlemi tamamlanmış, UBB ile Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olmalıdır. Onaylanmamış tıbbi malzemelerin bedelleri onaylanıncaya kadar ödenmez.

Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemeler;

1) SUT eki Listelerde yer alan malzemeler, SUT eki Listelerde yer alan fiyatlar,

2) SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerden;

a) Kurum (devredilen T.C.Emekli Sandığı) ile protokollü firmaların protokol dâhili malzemeleri protokol fiyatları üzerinden,

b) Protokollü firmaların protokol dâhilinde olmayan tıbbi malzemeler ile Kurumla (devredilen T.C.Emekli Sandığı) protokolü olmayan firmalardan temin edilen malzemeler, Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı) tıbbi malzeme listelerinde tespit edilen en ucuz muadili üzerinden, (devredilen T.C.Emekli Sandığı ile protokolü iptal edilen tıbbi malzemelerin protokol fiyatları, ödenecek bedel tespitinde dikkate alınır)

c) (a) ve (b) bentlerine göre Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı) tıbbi malzeme listelerinde fiyatı tespit edilemeyen tıbbi malzemeler, piyasa araştırması yapılarak bulunan en düşük fiyatlar, esas alınarak fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir.

Kurum ile sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarınca acil haller nedeniyle yapılan ve SUT'un (5) numaralı maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanması gereken tıbbi malzeme bedelleri, bu madde hükümleri esas alınarak ödenir.

20.3. Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları

20.3.1. (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Myoelektronik kontrollü kol protezleri

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

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

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

(4) Tek taraflı dominant üst ekstremitte amputasyonu olanlara 2 kanallı myoelektronik kontrollü kol protezi ödenir.

(5) EMG ile tespiti yapılmış yeterli aksiyon potansiyeline sahip olmalıdır,

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

20.3.2. Hasta alt bezi

(1) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda tanı belirtilmek kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az iki yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 adedi geçmemek üzere en fazla 1 aylık miktarlarda hasta alt bezi reçetelendirilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Hasta alt bezi bedellerinin ödenmesinde, UBB kayıt/ bildirim işlemi tamamlanmış olma ve UBB ile Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olma şartı aranmaz.

(3) Hasta alt bezinin sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

20.3.3. (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Kolostomi, ürostomi torbası

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

(2) Sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce en fazla iki aylık dozlar halinde kolostomi ve ürostomide en fazla 60 torba, 20 adaptör ve 2 pasta; ileostomili hastada ise 90 torba, 30 adaptör ve 3 pastayı geçmemek üzere reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

(4) Kolostomi, ileostomi ve ürostomi torbası kullanan hastalara Ek-5/A listesi dışında kalan yardımcı ürünlerin bedeli kurumca karşılanmaz.

20.3.4. Yara bakım ürünleri

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere, tedavileri sırasında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden aşağıda belirtilen usul ve esaslara göre Kurumca karşılanır.

1) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide;

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

b) Ayaktan tedavide;

Resmi sağlık kurum/kuruluşlarında Genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

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

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

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

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

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

e) Tercih edilen yara bakım ürününün, tercih gerekçesi, tipi (kategori), ebatları, değiştirilme süresi, bilgilerinin yer alması zorunludur.

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

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

5) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)) Ayaktan tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ile plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

6) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Tek reçetede en fazla 15 (onbeş) günlük miktar yazılabilir. Reçete düzenlenirken SUT eki EK-5/D Listesinde belirtilen kriterler kapsamındaki miktarların bedeli kurumca karşılanır.

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

8) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Ayaktan tedavide, sadece hydrocolloid, köpüklü ve hidrofiber içeren yara bakım ürünleri, SUT eki Ek-5/A Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.

9) Bal ve bal içerikli yara bakım ürünlerinin bedelleri, yatan hastalar dâhil Kurumca karşılanmaz.

**10) 100 cm² ye kadar olanlar, küçük,
100–225 cm²ye kadar olanlar, orta,
225 cm² nin üstünde olanlar, büyük,**

yara örtüsü olarak kabul edilecektir.

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

20.3.5. Şeker ölçüm çubukları

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

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

b) Şeker ölçüm cihazlarına ait bedeller, 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 diabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet, hesabıyla, en fazla üç aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Ancak 18 yaşından küçükler, yukarıda belirtilen ilgili adetler, yüzde elli oranında artırılarak uygulanır.
ç) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi ile reçetenin asılları eklenecektir.
d) Kan şekeri ölçüm çubukları, sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir.

20.3.6. Kendinden jelli sonda

(1) Rekürrent üretra darlığı olan hastalara ayaktan tedavilerinde kullanılması gerekli görülen kendinden jelli sondaların, üroloji, nefroloji, çocuk nefroloji veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından; nörojenik mesane olgularında ise yukarıda sayılan hekimlere ilave olarak nöroloji, çocuk nöroloji veya fiziksel tıp veya rehabilitasyon uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri SUT'un (20.2) numaralı maddesi doğrultusunda ödenir.

(2) Raporda; teşhis, kullanım süresi ve günlük kullanım miktarı belirtilecektir.

(3) Kurumca günlük en fazla 6 (altı) adet sonda bedeli ödenir. Gerekli durumlarda, çocuk, genel sağlık sigortalısının kendisine ve böbrek nakilli hastalara raporda belirtilmiş olmak şartıyla en fazla 5 adet kendinden jelli sonda ile birlikte en fazla bir adet hidrokit sonda reçete edilebilir.

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

(5) Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

20.3.7. İşitme cihazları

(1) Kurumca sadece analog ve dijital işitme cihazı bedelleri ödenir.

(2) İşitme cihazı bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için;

Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca, işitmenin cihaz ile düzeltilmesinin mümkün olduğunun kulak burun boğaz uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

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

(4) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Odyoloji (cihazlı ve cihazsız) test sonuçlarını gösterir belgelerin aslı rapora eklenecektir. Odyoloji testlerinin, Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında/ kuruluşlarında veya raporu düzenleyen sağlık kurumunun hizmet alım sözleşmesi yaptığı sağlık kurumlarınca/ kuruluşlarınca yapılması ve odyometrist veya işitme testi yapmaya yetkili sertifikalı personel tarafından onaylanmış olması halinde kabul edilecektir.

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

(6) İşitme cihazı bedelleri SUT eki EK-5/C Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir. 18 yaş altı çocuklar için EK-5/C Listesinde yer alan tutarlar %50 oranında artırılarak uygulanır.

(7) İşitme cihazı kalıp ve pil bedelleri ödenmez.

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

20.3.8. Gözlük cam ve çerçevesi

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

(2) Gözlük cam ve çerçeveleri, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren ve Kurumla optik sözleşmesi imzalayan sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilecektir.

(3) Gözlük camlarının temininde, SUT eki "Gözlük Camları Fiyat Listesi" (EK-6) esas alınacak ve ödemeler buna göre yapılacaktır. Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilecektir.

(4) Göz hastalıkları uzman 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.

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

(6) Gözlük camı ve çerçeve 3 yılı geçmeden yenilenmez. Ancak görmeye 0.5 diyoptriklik değişiklik olması halinde süresinden önce gözlük camı yenilenebilir.

(7) Büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen gözlük cam ve çerçevelerinin çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce yenilenir.

(8) Kontakt lens bedelleri Kurumca karşılanmaz.

20.3.9. Sentetik greftler, kemik allogreftleri

(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Kemik allogreftleri Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamına alınıncaya kadar, bedellerinin ödenmesinde UBB kayıt/ bildirim işlemi tamamlanmış olma ve UBB ile Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olma şartı aranmaz. Sentetik greftler Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olup, UBB kayıt/ bildirim işlemi tamamlanmış olma ve UBB ile Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olma şartı aranır.

20.3.9.1. (Değişik başlık:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Kemik yapımını uyaran materyaller (DBM, DBM içeren "putty" "crunch", jel)

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

20.3.9.2. (Değişik başlık:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Kemik yerine geçen materyaller (liyofilize edilmiş "strut greft, kortikal ve spongioz kemik içeren yongalar, küpler)

- a) Fazla miktarda greftin gerektiği defektli ve çok parçalı kırıklarda,
- b) Ototogreft donör alımında morbidite bulunma riski olan hastalar,
- c) Daha önce otogreft uygulanmış ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,
- d) Tibia plato kırıkları, calcaneus kırıkları gibi yüksek enerji ile oluşan kırıkların cerrahi tedavisinde,
- e) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,
- f) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Üç veya daha fazla seviye implant uygulanması gereken omurga cerrahisinde, kullanılması halinde bedelleri ödenir.

20.3.9.3. Genel hükümler

- (1) Spinal stabilizasyon operasyonlarında her seviye için en fazla 10cc spongioz allogreft ödenir.
- (2) Spinal cerrahide tümör yada travma nedeniyle vertebrektomi boşluğuna titanyum yada çelik kafes yerleştirilmesi sırasında kafesin içinin otogreft ile doldurulması halinde bedelleri ödenir.
- (3) Servikal füzyon ameliyatlarında tıbben gerekli olduğu durumlarda, disk mesafesinde kafes içine en fazla 1 cc DBM içerikli allogreft ödenir.
- (4) Kemik greftlerinin birden fazla formunun birlikte kullanımı (allogreftlerin kombine kullanımı) halinde bedelleri ödenmez.

(5) **(Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Hidroksi apatit kristalleri mercan kaynaklı, tricalcium fosfat, cam granülleri kaynaklı kemik greftlerinin bedelleri kurumca karşılanmaz.

20.3.10. 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 reçetede ki ampul sayısı kadar) alındığına dair bir kayıt düşülerek ilgiliye imzalatılır. İlacın ampul veya şişe (flakon) olarak verilmesinde, enjektör sayısının ilaç miktarına ve dozuna uygun olup olmadığı dikkate alınacaktır.

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

20.3.11. Konuşma cihazı

(1) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla konuşma cihazı bedelleri, SUT'un (20.2) numaralı maddesi doğrultusunda Kurumca ödenir.

(2) Konuşma cihazının yenilenme süresi beş yıldır. Bu süreden önce yenilenen konuşma cihazı bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak, ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve Kurumca onarımının sağlanamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

20.3.12. Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere iade alınmak kaydıyla taahhütname karşılığı temin edilen tıbbi malzemeler;

- a) Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazları (CPAP, Auto CPAP, BPAP, BPAP-S, BPAP S/T, BPAP S/T AVAPS, ASV)
- b) Uzun süreli oksijen tedavisinde kullanılan cihazlar (Oksijen Konsantratörü, Oksijen tüpü ve başlığı)
- c) Nebulizatör
- d) Aspiratör
- e) Ev Tipi Ventilatör
- f) Mikro İnfüzyon Pompası (İnsülin Pompası)
- g) Desferal Pompası
- h) Tekerlekli Sandalye
- i) Akülü Tekerlekli Sandalye
- j) (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları

Kurum tarafından iade alınan cihazların, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan hastalara verilebilmesi için hastaların, sağlık kurulu raporu ile sosyal güvenlik il müdürlüklerine müracaatta bulunmaları gerekmektedir. Sağlık kurulu raporlarında, "iade cihazın temini için Kuruma müracaat edilmesi gerektiği" belirtilecektir. Müracaatı takiben, söz konusu tıbbi cihazların Kurum stoklarından temin edilmesi yoluna gidilecek olup, stoklarda yok ise Kurum stoklarında cihazın olmadığına dair onay alınmak suretiyle hasta tarafından temin edilen cihaz bedelleri 20.2 nci madde doğrultusunda Kurumca ödenir. Onay alınmadan hasta tarafından temin edilen cihazların bedelleri ödenmeyecektir.

20.3.12.1. Non-İnvaziv mekanik ventilasyon cihazlarının (NİMV) temini

A) Solunumsal uyku hastalıklarında NİMV cihazları verilme ilkeleri;

1. NİMV cihazı verilecek hastalıklar;

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre;

- a) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS),
- b) Santral Uyku Apne Sendromu,
- c) Cheyne Stokes Solunumu,
- d) Uykuyla ilişkili hipoventilasyon/ hipoksemik sendromlar (uyku ilişkili obstrüktif olmayan idiyopatik alveoler hipoventilasyon, konjenital santral alveoler hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon hipoksemi, alt solunum yolu hastalıklarına/kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı hipoventilasyon hipoksemi, nöromuskuler ya da göğüs duvarı hastalıklarına bağlı hipoventilasyon hipoksemi),

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

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

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

- a) Uyku evreleri (total uyku süresi, uykuya geçiş süreleri, uyku etkinliği),
- b) Oksijen saturasyonu ortalama ve en düşük değerleri,
- c) Oksijen desaturasyon indeksi,
- d) Apne – Hipopne indeksi veya solunum bozukluğu indeksi (respiratory disturbance index / RDİ)
- e) Apne – Hipopne veya RDI (Apne – Hipopne -Solunum çabasına bağlı uyanma reaksiyonu (respiratory effort related arousal: RERA)) süreleri,
- f) Bunların yatış pozisyonu ve uyku evrelerine göre dağılımı, bilgilerinin yer alması gerekmektedir.

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

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

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

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

9. Kamu sağlık kurumları dışında polisomnografi tetkiki yapılan uyku merkezinin akreditasyon yeterliliğinin bulunması ve bu merkezde çalışan hekimlerin uyku bozuklukları konusunda Sağlık Bakanlığı'nın onayını içerir

yeterlilik belgesine sahip olması gereklidir. Özel sağlık kurumu istendiği takdirde bu bilgileri Kuruma iletmekle yükümlüdür.

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

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

12. Bedeli Kurumca karşılanan NİMV cihazları

a) Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) Cihazı;

Polisomnografik olarak;

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

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

kullanılması gerekli görülen CPAP cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Oto-CPAP Cihazı:

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

c) Bilevel Positive Airway Pressure Therapy (BPAP) Cihazı:

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

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

(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP cihazı (auto BPAP hariç) bedelleri Kurumca karşılanır.

d) BPAP S/T Cihazı:

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

e) BPAP S/T AVAPS Cihazı:

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

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

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

f) Adaptif Basınç Destekli Servo Ventilasyon (ASV) Cihazı:

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

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

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

B) Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verilme ilkeleri;

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

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

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

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

1. BPAP- S Cihazı:

a) Restriktif akciğer hastalıklarında;

PaCO₂ ≥ 45 mmHg veya

En az 2 lt /dk akım hızında nazal O₂ desteği altında O₂ saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

İlerleyici nöromüsküler hastalıklar için maksimal inspiratuar basınç (MİP) ≤ 60 cm H₂O veya FVC ≤ %50, Olarak saptanması ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Obstrüktif akciğer hastalıkları:

Uygun bronkodilatör ve O₂ tedavisine rağmen;

PaCO₂ ≥ 55 mmHg veya

PaCO₂ 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt /dk akım hızında nazal O₂ desteği altında noktürnal O₂ saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

PaCO₂ 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yılda ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle hastaneye yatırılan,

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

2. BPAP S/T Cihazı:

BPAP- S cihazı için tanımlanmış kriterlere ek olarak inspirasyon basınç yüksekliği (İPAP ≥ 20 cm H₂O) veya yoğun bakımda izlendiği dönemlerde apne saptanan hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S/T cihazı bedelleri Kurumca ödenir.

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) 20.3.12.2. Evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazları

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

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

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

Evde uzun süreli oksijen tedavi cihazı verilme koşulları;

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

PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) ≤ 55 mmHg veya

SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) ≤ 88 olması halinde,

2. Korpulmonale varlığında;

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) PaO₂'de 55-59 mmHg veya SaO₂ ≤ 89 ile birlikte

EKG 'de " P Pulmonale" bulgusu olması veya,

Hematokrit > % 55 veya,

Konjestif yetmezlik olması halinde,

3. Akut solunum yetmezliğinde;

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

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

evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

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

Kurumca finansmanı sağlanacak evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazları;

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

Taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları, istirahat halinde PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) > 55 mmHg veya SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) > 88 olmasına karşın egzersiz durumunda veya iş sırasında desatüre (PaO₂ ≤ 55 mmHg veya SaO₂ ≤ 88) olması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

Oksijen Konsantratörü verilen kişilere, raporda belirtilmek koşuluyla oksijen tüpü önerilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

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

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) 20.3.12.3. Nebulizatör cihazı:

Nebulizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,

a) Erişkin hastalar için; göğüs hastalıkları uzmanı veya alerji hastalıkları uzmanı;

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

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

Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanacak olup Ultrasonik nebulizerler bedelleri karşılanmaz.

Cihazı verilmesine ilişkin şartlar;

Erişkin hastalar;

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

a) Stabil kronik akciğer hastalığı olanlarda;

FEV₁ ≤ 40 ise AKG değerlerine bakılmaksızın,

b) Persistan astımlı hastalarda;

FEV₁ veya PEF_R ≤ %60 veya

FEV₁ veya PEF_R % 60–80 arasında olup günlük PEF_R veya FEV₁ değişkenliği %30'un üzerinde ise,

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

Stabil dönemde FEV₁ ≤ 40

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

Çocuk hastalar;

a) Persistan astımlı hastalarda;

FEV₁ veya PEF_R ≤ %60 olan veya

FEV₁ veya PEF_R % 60–80 arasında olup günlük PEF_R veya FEV₁ değişkenliği %30'un üzerinde olması

veya

b) 14 yaşın üstündeki hastalarda;

FEV₁ veya PEF_R ≤ 40 olması veya

c) 6 yaşın altındaki hastalar ve 6 yaşın üstünde olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorun) nedeniyle solunum fonksiyon testi yapılamayanlar hastalarda bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmesi, koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca ödenir.

Solunum fonksiyon testi yapamayan ve Kronik Akciğer Hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adeleleri çalışmayan veya mental retarde (IQ ≤ 40) olan nörolojik sorunlu hastalarda PaO₂ ≤ 55 mmHg veya SaO₂ ≤ 88 olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) 20.3.12.4. Mikro infüzyon pompası

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

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

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 en fazla üç aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca 20.2 nci madde doğrultusunda ödenir.

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) 20.3.12.5. 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 Kurumca 20.2 nci madde doğrultusunda ödenir.

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) “Deferoksamine flakon için kullanılan uygulama seti” nin, desferal pompası için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak, kullanımını gerektiren ilaç ile birlikte reçete edilmesi ve ilaç reçetesinin suretinin ekte sunulması halinde bedeli ödenir. Hekim tarafından ilaç bitimine kadar, en fazla 3 aylık miktarlarda 60 adeti geçmemek üzere reçete edilecektir.

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) 20.3.12.6. 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 Kurumca ödenir.

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

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

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) 20.3.12.7. Akülü tekerlekli sandalye

(Değişik birinci fıkra:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya sakatlığının yanında

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

gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi yada hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığının tehlikeye gireceği durumlarda, bu durumlarının ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden birinin ve Kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları varsa ayrıca kardiyoloji uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa dahiliye uzmanı; Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları varsa ayrıca göğüs hastalıkları uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa dahiliye uzmanının yer aldığı;

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

Trafik tescilli zorunlu olan ve kullanımı için H sınıfı sürücü belgesi gerektiren motorlu malul arabalarının bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak, SUT'un yürürlük tarihinden önce Kurumca temin edilmiş motorlu malul arabalarının bakım ve onarım işlemleri SUT hükümleri doğrultusunda yürütülür.

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

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

20.3.12.8. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Ayakta Dik Pozisyonlama ve Yürütme Cihazları

20.3.12.8.1. Çocuklar İçin (Parapodium, Standing Table)

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

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

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

(2) Parapodium, Standing Table, cihazları birlikte temin edilmez.

(3) Ayrıca bu hastalara tekerlekli sandalye bedeli ödenmez.

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

(1) Üniversite veya Eğitim Araştırma Hastanelerinin fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

- Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan,
- Progresif hastalığı olmayan,
- Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,
- Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken,

hastalara (bu durumun Kurum sosyal güvenlik kontrol memurlarınca tespiti halinde) reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye (özelliiksiz, özelliikli, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazı bedeli ödenmez.

(3) Bu Tebliğin yürürlük tarihinden önce temin edilen tekerlekli sandalye (özelliikli, özelliiksiz, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazlarının kullanım süreleri tamamlanmadan erişkinler için Stand Up Wheelchair bedeli karşılanmaz.

(4) Akülü, motorlu, elektrikli, kalkış/ sürüş, merdiven inip çıkabilen ve benzeri cihaz bedelleri kurumca karşılanmaz.

(5) Stand Up Wheelchair yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde Kurumca bedeli ödenmez.

20.3.13. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

İşitmeye yardımcı implantlar/kulakla ilgili implantlar

20.3.13.1. Koklear implantlar (Kİ):

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

- Pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda (işitme cihazı hiç kullanmamış olanlar da dahil) 6 yaşını tamamlayıncaya kadar Kİ uygulanır.
- 7 yaş ve üzeri pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda kronolojik yaşla konuşma yaşı arasındaki fark 4 yıldan az ise Kİ uygulaması yapılır.
- Post-lingual işitme kaybı olanlarda Kİ uygulanır, ancak hiç işitme cihazı kullanmamış post-lingual işitme kaybı olanlarda 20 yıl geçmesi halinde Kİ uygulanmaz.
- Kİ sağlık kurulu raporu aynı resmi sağlık kurumunda çalışan üç kulak burun boğaz uzman hekimi ve iki uzman odyologdan oluşan bir ekip tarafından düzenlenir.
- Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olması ve koklear sinirin varlığı yüksek çözünürlükte CT ve/veya MRI ile gösterilmelidir.
- Eğitimsel, psikolojik değerlendirmeler ve uygunluğu ekte yer alan eğitim odyoloğu ve psikolog tarafından yapılmalı ve Kİ kurul raporunda belirtilmelidir.
- Menenjit sonrası oluşan işitme kaybı ve koklear ossifikasyon varlığında özel şartlar aranmaksızın acil operasyon Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.
- İşitsel Nöropati'de ayrıntılı değerlendirmeler sonunda Kİ uygulamasının yararlı olacağı Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.
- Kİ uygulaması sonrasındaki eğitimin takibi; cerrahi tedavi yapılan sağlık kurumunca; eğitim odyoloğu ve yer belirtilerek en az 5 yıllık süreyi içeren bir taahhütname ile belgelenmelidir.

Odyolojik Değerlendirme:

Odyometrik değerlendirme,

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

20.3.13.2. Beyinsapı İmplantı

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

20.3.13.3. Kemiğe İmlante Edilen İşitme Cihazı

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

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

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

20.3.13.4. Orta Kulağa İmlante Edilebilen İşitme Cihazları

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

- Alçak frekanslarda işitmesi iyi olup yüksek frekanslara doğru ani artışlar gösteren fakat 80 dB'i aşmayan sensori-neural işitme kaybı olan kişilerde (konvansiyonel endikasyon),
- Kemik yolu işitme eşikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst tip işitme kaybında, (yuvarlak pencere endikasyonu) uygulanır. Ancak hastanın her iki kulağı da daha önce en az bir kez opere edilmiş ve işitme kaybı düzeltilememiş olmalı ve yeni bir mikrocerrahi ile işitmenin düzeltilmesi şansının olmadığı belirtilmelidir.

20.3.14. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Servikal disk protezleri

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

20.3.15. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Pedikül vida yerleştirici

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

20.3.16. (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

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

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

21. Sağlık raporlarının düzenlenmesi

21.1. Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi

İlgili tek uzman hekim tarafından düzenlenecek olup başhekimlik mührü (özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür kaşesi) ve ıslak imza onayının bulunması zorunludur.

21.2. 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 (özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür kaşesi) ve ıslak imza onayının bulunması zorunludur. Sağlık kurulu raporlarına ait istisnai düzenlemeler SUT'ta ayrıca belirtilmiştir.

21.3. İstirahat raporlarının düzenlenmesi

(1) İstirahat raporlarının Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenmesi şarttır. Kurumla sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilen ve istirahat süresi 10 günü geçmeyen raporlar, Kurumla sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucusu hekimi tarafından, 10 günü aşan raporlar ise Kurumla sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulunca onandığı takdirde geçerli olur.

(2) Ayaktan tedavilerde hizmet akdiyle bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılan sigortalıya tek hekim raporu ile bir defada en çok 10 gün istirahat verilebilir. İstirahat sonrasında kontrol muayenesi raporda belirtilmiş ise toplam süre yirmi günü geçmemek kaydı ile istirahat uzatılabilir. Yirmi günü aşan istirahat raporları sağlık kurulunca verilir. Sağlık kurulunun ilk vereceği istirahat süresi sigortalının tedavi altına alındığı tarihten başlamak üzere altı ayı geçemez. Tedaviye devam edilmesi hâlinde malullük hâlinin önlenebileceği veya önemli oranda azaltılabileceği sağlık kurulu raporu ile tespit edilirse bu süre uzatılır.

(3) Hizmet akdiyle bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılan sigortalılara bir takvim yılı içinde tek hekim tarafından ayaktan tedavilerde verilecek istirahat sürelerinin toplamı kırk günü geçemez. Bu süreyi geçen istirahat raporları sağlık kurulunca verilir.

(4) Kurumca yetki tanınan işyeri hekimi bir kerede en fazla 2 gün istirahat verebilir.

(5) Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları hekimlerince yapılan muayeneleri sonucu istirahatlı bırakılmalarına gerek görülmemeyen veya ayakta 20 günü aşmayan müddetle tedavileri sağlanıp da iş görebilecek duruma gelen hizmet akdiyle bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılan sigortalılar için müdavi hekimlerce, işyerlerine ibraz etmeleri ve iş göremezlik ödeneğinin ödenebilmesi bakımından SUT eki "Çalışabilir Kâğıdı" (EK-11/A) düzenlenecektir.

(6) Söz konusu istirahatın 10 güne kadar olan kısmı ile ikinci 10 güne kadar olan kısmı SUT eki "İş Göremezlik Belgesi" (EK-11/B) açıklama bölümünde belirtilen esaslara göre düzenlenir ve onaylanır.

(7) İstirahat raporlarında sigortalının çalışıp çalışmayacağı veya kontrol muayenesinin yapılıp yapılmayacağı hususu belirtilir. İstirahat raporunun bir nüshası işyerlerine ibraz edilmesi için sigortalılara verilmek, bir nüshası Kuruma gönderilmek üzere en az iki nüsha olarak düzenlenir.

(8) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, geçici iş göremezlik belgeleri ile geçici iş göremezliğe ilişkin sağlık kurulu raporlarının birer nüshası düzenlendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde sigortalının iş yerinin kurulu bulunduğu sosyal güvenlik il müdürlüklerine/ sosyal güvenlik merkezlerine, sözleşmeli ülke sigortalısının belgeleri ise sağlık yardımı belgesini düzenleyen sosyal güvenlik il müdürlüklerine/ sosyal güvenlik merkezlerine gönderilir.

(9) Ülkemizin taraf olduğu sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri çerçevesinde akit ülke sigorta kurumu mevzuatına göre düzenlenen ve sözleşmenin uygulanmasına ilişkin formüllerle Kuruma bildirilen istirahat raporları aynen kabul edilir.

(10) Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmayan ülkelerdeki tedaviler sonucu verilen istirahat raporlarının ülkemiz dış temsilciliklerince onanması hâlinde Kurumca ayrıca tasdik aranmaz.

(11) Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunan ülke sosyal güvenlik kurumları sigortalılarının, muayene ve tedavileri sonucu düzenlenecek istirahat raporlarında bu Yönetmelikte belirlenmiş usul ve esaslar uygulanır. Bu raporların, akit ülke sosyal güvenlik kurumlarına intikal ettirilebilmesi için Kuruma verilmesi zorunludur.

(12) SUT'un (1.2.2) numaralı maddesi kapsamında sigortalı sayılanlara sadece iş kazası veya meslek hastalığı ya da analık halinde, yatarak tedavi süresince veya yatarak tedavi sonrası bu tedavinin gereği olarak istirahat raporu aldıkları sürede geçici iş göremezlik ödeneği ödendiğinden, bu durumun düzenlenecek raporda belirtilmesi gerekmektedir. Ancak doğum öncesi ve doğum sonrası çalışmadığı sürelerde geçici iş göremezlik ödeneğinin ödenebilmesi için yatarak tedavi şartı aranmaz.

22. (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Yol, gündelik, refakatçi, ambulans giderleri

22.1. Refakatçi yemek ve yatak gideri;

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

22.2. Yol gideri ve gündelik;

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya dış hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle hekim veya dış hekim tarafından tıbben lüzum görülmesi üzerine belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmeleri halinde kendilerinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol ve gündelik giderlerinin Kurumca ödenebilmesi için;

a) Sevkin, SUT eki EK-4/A formu tanzim edilerek yapılmış olması

b) Sevkin yapıldığı tarihten itibaren 3 (üç) işgünü içinde sevk yapıldığı sağlık hizmeti sunucuna müracaat etmiş olmaları, gerekmektedir.

(2) Ancak organ nakli tedavilerinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş için nakliye/transfer masrafları Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı esas alınmak kaydıyla karşılanır. Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı için, (22.2.1) numaralı madde doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/ bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.

(3) Kemik iliği/ kordon kanı nakline ilişkin yol giderleri, SUT'un (18) numaralı madde hükümleri doğrultusunda karşılanır.

(4) Sürekli iş göremezlik veya malûllük durumlarının tespiti, kontrolü veya periyodik sağlık muayenesinin yaptırılması için Kurumca yapılacak sevklerde yol, gündelik ve refakatçi giderleri sevk edilen yer esas alınarak karşılanır.

22.2.1. Yol gideri

(1) Sevklerin, teşhis ve tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmet sunucusuna yapılması esastır.

(2) Sağlık durumları dolayısıyla kendilerine başka birinin eşlik etmesinin tıbben gerekli bulunduğu sevk formunda belirtilmesi kaydıyla, bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri de Kurumca karşılanır. (18 yaşını doldurmamış kişiler için sevk formunda refakatçi belirtilmesi şartı aranmaz.)

(3) Tedavi sonrası kontrol muayeneleri de dâhil olmak üzere yerleşim yeri dışına yapılan sevklerde yol giderinin ödenmesi, kişinin muayene veya tedavi olduğu yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmetinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusu dikkate alınmak suretiyle yapılır. Kişinin daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna gitmesi/ sevk edilmesi hâlinde, en yakın sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerden itibaren oluşacak yol gideri farkı genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerce karşılanır. Daha önce kontrol muayenesine ilişkin yol gideri en yakın yer esas alınarak karşılanan kişilerin müteakip kontrollerine ilişkin yol giderleri, tedavi sonrası kontrole çağırıldığını belirtir aslı gibi onaylı sevk formu olması kaydıyla her seferinde sevk yapılması gerekmez en yakın yer esas alınarak Kurumca karşılanır.

(4) Sevk formunda, sevk vasıtası belirtilmediği sürece, mutata taşıt ücreti ödenir. Mutata taşıt giderleri fatura/bilet tutarını aşmamak kaydıyla Ulaştırma Bakanlığı tarafından onaylanan fiyat tarifesi esas alınarak karşılanır. Ancak fatura/ bilet ibraz edilememesi halinde anılan fiyat tarifesi üzerinden ödeme yapılır.

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

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

(7) Belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin cenazesinin nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanır.

22.2.1.1. Mutata taşıt dışı araç ile nakile ilişkin yol giderlerinin ödenmesi

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

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

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

(4) Mutata taşıt dışı araçlar (tarifeli uçak, taksi vb.) ile nakile ilişkin yol gideri ödemelerinde bilet/ fatura ibrazı şarttır.

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

(6) Hava ambulans ücretleri sadece SUT'un "Organ ve doku nakli tedavileri" başlıklı (18) numaralı maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/ dokunun naklin yapılacağı sağlık kurumuna, hava ambulansı dışında ki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulans bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde hava ambulans aracının ambulans görevi maksadıyla ilk kule teması "ambulans görevi" ifadesi ile temas kurulmuş olması, hava aracının uçucu ve teknik kayıtlarının (motor çalıştırma motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir. Ruhsatlandırılmış hava ve deniz ambulansları için belirlenen ücretler azami ücretler olup ücretlere tıbbi müdahale bakım ücretleri dâhildir.

a) Uçak ambulans ücretleri;

(1) Turbo prob motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.000,00 (ikibin) YTL + KDV,

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

b) Helikopter ambulans ücretleri;

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

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

c) Deniz ambulans ücretleri;

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

22.2.2. Gündelik ücreti

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevklerinde,

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

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

(2) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere refakat eden kimselere, gidiş-dönüş günleri ile muayene ve tedavinin ayaktan yapılması ve refakat halinin devamına tıbben lüzum gösterilmesi halinde, refakat süresince geçen her gün için gündelik ödenir.

(3) Yatarak tedavilerde, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile refakatçinin yemek ve yatak giderleri Kurumca karşılandığından ayrıca gündelik ödenmez.

(4) Gündelikler; il dâhilindeki sevklerde (ilçe-merkez arası) 50, iller arası sevklerde ise 100 gösterge rakamının devlet memurları aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden, 7 yaşını doldurmamış çocuklar için ise söz konusu tutarın yarısı üzerinden ödenir.

22.3. Ortak hükümler

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

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

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

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

(5) SUT'un (7.3) numaralı maddesi doğrultusunda, yurtdışına yapılacak sevklerde yol, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde (22) numaralı madde hükümleri uygulanır. Bu kişilerin tedavisi sırasında ölümü hâlinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş için gereken yol giderleri de Kurumca karşılanır.

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

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

23. İş kazası, meslek hastalığı, adli vaka ve trafik kazazedelerine ilişkin uygulamalar

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin geçirdikleri iş kazası, meslek hastalığı, adli vaka ve trafik kazası durumlarında Kurumun yaptığı/ yapacağı her türlü masraf; Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına, kastı veya kusurlu bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması veya savsaması nedeniyle sebep olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere rücu edildiğinden; Sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşları tarafından, iş kazası, meslek hastalığı, adli vaka ve trafik kazasına ilişkin tedavi giderleri Kuruma ayrı fatura edilecektir.

(2) Fatura ekinde iş kazası, meslek hastalığı, adli vaka ve trafik kazası geçiren kişilere ait kimlik, adres ve irtibat telefon numarası gönderilecektir.

(3) İş kazası, meslek hastalığı, adli vaka ve 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 mahsup edilir.

24. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve sağlanma yöntemleri

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

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

(3) Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, Kurumla sağlık hizmeti sunucuları arasında sağlık hizmeti satın alımı sözleşmeleri yapılması veya acil hallerde kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmetleri giderlerinin kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır. **(Ek ikinci cümle:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾** Ayrıca Kurum, ilaç teminine ilişkin serbest eczaneler ile yapacağı sözleşmeye esas oluşturmak üzere 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun 39 uncu maddesi (j) bendi kapsamında Türk Eczacıları Birliği ile protokol yapar.

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

(5) Kurumca yetkilendirilen işyeri hekimleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. Bu hekimler tarafından, sadece hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlara SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır.

(6) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, işyeri hekimlikleri ve kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan her hangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından, SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. 5258 sayılı Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan her hangi bir ücret talep edilemez.

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

(8) Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tedavileri ile ilgili olarak kişilerce Kuruma ibraz edilen tetkik ve/veya tahlille ilişkin fatura bedelleri sevk belgesine/ istem belgesine dayanılarak kişilere ödenir ve sevk belgesini/ istem belgesini düzenleyen sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşunun alacağından mahsup edilir.

(9) Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşları, bir başka sağlık kurum ve kuruluşundan hizmet alımı yoluyla sağladıkları tetkik ve/veya tahlil dışındaki tedavilere ait giderleri Kuruma fatura edemezler.

(10) Kurum ile sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, başka bir sağlık kurum veya kuruluşundan laboratuvar hizmeti almaları durumunda, hastayı hastane dışına numune almak için gönderemez veya alınan numunenin transferini veya sonucunu hasta veya yakını aracılığı ile isteyemez. Radyolojik görüntüleme hizmetlerinin hizmet alımı yoluyla sağlanması halinde hasta transferi sağlık kurumu tarafından yapılmak zorundadır.

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

24.1. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedelleri

Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen Kurumca ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır.

(Mülga ikinci fıkra:RG-22/10/2008-27032)⁽²⁾

Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerine SUT eki EK 9 Listesinde yanında (*) işareti olan işlemler ile EK 8 Listesi "8. Radyoloji Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuvar İşlemleri" bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen tutarlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

24.1.1. Ayaktan tedavilerde sağlık kurum ve kuruluşlarına ödeme

24.1.1.1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına ödeme

Birinci basamak 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.

(Ek ikinci fıkra:RG-29/1/2009-27125)⁽⁶⁾ SUT'un (2.1) numaralı maddesi (c) bendinde tanımlanan sağlık kuruluşlarına (serbest eczanelere) bu madde kapsamında herhangi bir ödeme yapılmaz.

24.1.1.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına ödeme

(1) "Ayaktan tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayaktan tedavilerde her bir başvuru için, hastaların hizmet aldıkları uzmanlık dallarına ve hizmeti sunan sağlık kurumunun bulunduğu sınıflamaya göre, SUT eki "Ayaktan Tedavilerde Ödeme Listesi" nde (EK-10/B) tutarlar ve yapılması halinde SUT eki "Ayaktan Tedavilerde İlave Olarak Faturalandırılabilir İşlemler Listesi" nde (EK-10/C) yer alan işlemler ile genetik tetkiklerinin bedelleri Kurumca ödenir.

(2) Sağlık kurumlarının sınıf kodları, yatak sayıları da dikkate alınarak SUT eki "Ayaktan Tedavilerde Sağlık Kurumları Sınıf ve Kodları Listesi" nde (EK-10/A) belirtilmiştir.

(3) Ayaktan tedavi için başvurularda, Tebliğ eki EK-10/C Listesinde yer alan işlemlerin faturalandırılması;

a) İşlemin SUT eki EK-9 Listesinde yer alması halinde bedelleri "Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme" yöntemi ile faturalandırılır bu durumda EK-10/B de yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

b) İşlemin sadece SUT eki EK-8 Listesinde yer alması halinde, SUT eki EK-10/ B Listesinde yer alan tutarlara ilave olarak; işlem bedeli ayrıca faturalandırılabilir.

(4) Ek-10/C Listesinde yer alan işlemlerde kullanılanlar hariç olmak üzere ayaktan tedavilerde kullanılan tıbbi malzeme ve ilaç bedelleri Kuruma fatura edilemez.

Ancak, SUT eki Ek-10/C Listesinde yer alan işlem yapılması halinde;

a) İşlem, SUT eki EK-9 Listesinde yer alıyorsa "Taniya Dayalı İşlem Ücreti" ne dahil olmayan tıbbi malzeme ve ilaç bedelleri,

b) İşlem, sadece SUT eki EK-8 Listesinde yer alıyorsa bu işlemle ilgili ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri, SUT hükümleri doğrutusunda ayrıca faturalandırılabilir.

(5) SUT eki EK-9 Listesinde yer alan tedavi işlemlerinden sağlık kurumlarında ayaktan tedavide uygulanabilenler, "Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme" yöntemi ile faturalandırılır. Bu durumda EK-10/B de yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

(6) İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ayakta tedavilerde, pratisyen hekimlerce verilen poliklinik hizmetleri, SUT eki EK-10/A Listesinde sağlık kurumunun bulunduğu sınıf esas alınarak SUT eki EK-10/B Listesinde "9999" kodu ile yer alan "diğer dallar" bölümünden faturalandırılır.

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

(8) Ayaktan tedavi için başvurularda, aynı gün günübirlik tedavi kapsamında SUT eki EK-9 Listesinde yer alan tanı amaçlı bir işlem yapılması halinde, EK-9 Listesinde yer alan işlem "Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme" yöntemi ile faturalandırılır. Bu durumda EK-10/B de yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

(9) Hastanın 10 gün içinde ayaktan ilk başvurusundan sonraki aynı dala ayaktan başvurularının;

a) Aynı sağlık kurumuna olması halinde sadece SUT eki EK-10/C Listesinde yer alan işlem bedelleri faturalandırılabilir.

b) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Farklı sağlık kurumuna olması halinde ise ilk müracaat edilen branş tarafından sevk edilmesi durumu hariç olmak üzere sağlık hizmeti giderleri faturalandırılmaz. (Bu bent hükmü 01 Nisan 2009 tarihinde uygulamaya konulacaktır.)

(10) Hastanın, aynı gün içinde aynı sağlık kurumunda ilk muayenesini takip eden diğer branşlardaki ayaktan tedavi kapsamında başvuruları, "ayaktan tedavide ödeme uygulaması" kapsamında değerlendirilmez ve SUT eki EK-10/B de yer alan tutarlar Kuruma fatura edilemez. Ancak SUT eki EK-8 Listesi üzerinden muayene ücreti ve yapılması halinde SUT eki EK-10/C Listesinde yer alan işlem bedelleri faturalandırılabilir.

(11) Hastanın aynı gün içinde aynı sağlık kurumundaki ilk başvurusunun ana branş, sonraki başvurusunun ilk başvurulan ana branşın yan dalı olması durumunda yan dala başvuru için; SUT eki EK-10/B Listesinde belirtilen tutarlar ile yapılması halinde SUT eki EK-10/C Listesinde yer alan işlem bedelleri faturalandırılabilir. Bu durumda ana branşa başvuru, ayaktan tedavide ödeme uygulaması kapsamında değerlendirilmez ve SUT eki EK-10/B de yer alan tutarlar Kuruma faturalandırılmaz. **(Değişik son cümle:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Ancak SUT eki EK-8 Listesi üzerinden muayene ücreti ve yapılması halinde SUT eki EK-10/C Listesinde yer alan işlem bedelleri faturalandırılabilir.

(12) Üniversite Tıp Fakültesi Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri tarafından SUT eki EK-10/C Listesinde yer alan işlemler, listede yer alan tutarlara %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

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

24.1.1.3. Ayakta tedavilerde sağlık kurum ve kuruluşlarında “Ayaktan Tedavide Ödeme Uygulaması”na dâhil olmayan işlemler

24.1.1.3.1. Birinci basamak sağlık kuruluşları

- 112 acil sağlık hizmeti birimince verilen hizmetler,
- Diş tedavisine yönelik işlemler,
- Enjeksiyon işlemi (Başka bir sağlık kurum ya da kuruluşunda hizmet almış hastaların yapılan enjeksiyonları için sadece enjeksiyonun bedeli ödenir.)
- Kalıtsal hemoglobinopati tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan, SUT eki EK-8 Listesinde yer alan, 904.690 kod no'lu “Hemoglobin elektroforezi HPLC ile” ve 904.700 kod no'lu “Hemoglobin elektroforezi Aqar jel ile” işlemleri,

(Değişik son cümle:RG-31/1/2009-27127)⁽⁷⁾ SUT eki EK-8 listesinde yer alan tutarlar üzerinden ücretlendirilir.

24.1.1.3.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları

(1) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki;

- a) Özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleri dışındaki sağlık kurumlarınca verilen acil sağlık hizmetleri,
- b) İş kazasına yönelik sağlanan sağlık hizmetleri,
- c) Adli vakalara sağlanan sağlık hizmetleri,
- d) Trafik kazazedelerine sağlanan sağlık hizmetleri,
- e) Meslek hastalıkları hastanelerince sağlanan meslek hastalığına yönelik sağlık hizmetleri,
- f) Onkolojik vakalar (bütün dallarda),
- g) Organ ve doku nakline ilişkin donöre yapılan hazırlık tetkik ve tahlilleri,
- h) Radyasyon onkolojisi branşınca sunulan sağlık hizmetleri,
- ı) Diş tedavilerine yönelik işlemler,

hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

24.2. Yatarak tedavide ödeme

(1) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-9 Listesinde yer alıyorsa (üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri için EK-9 Listesinde yanında (*) işareti bulunan işlemler zorunludur), “Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme” yöntemi ile EK-9 Listesinde yer almıyorsa, “Hizmet Başı Ödeme” yöntemi ile fatura edilir.

24.2.1. Hizmet başına ödeme yöntemi

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

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

(3) Hizmet başına ödeme yönteminde refakatçi ücreti SUT'un (Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) (22.1) numaralı maddesi doğrultusunda faturalandırılır.

(4) İnvitro diagnostik kit kontrolü ile ilgili çalışma yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında (serokonversiyon paneli ya da doğrulama testleri hariç) bu amaçla yapılan test bedelleri Kurumca ödenmez.

(5) Aynı seansta birden fazla ameliyatın yapıldığı durumlarda:

Aynı kesiden yapılan ameliyatlarda ücreti yüksek olan ameliyatın ücreti tam, sonraki ameliyatların ücretleri ise her birinin %30' u alınarak,

Ayrı kesiden yapılan ameliyatlarda ücreti yüksek olan ameliyatın ücreti tam, sonraki ameliyatların ücretleri ise her birinin %50' si alınarak,

fiyatlandırılır.

(6) Kurumla sözleşmeli eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerine SUT eki EK 8 Listesi “8. Radyoloji Görüntüleme ve Tedavi” ile “9. Laboratuar İşlemleri” bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen tutarlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

24.2.2. Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi

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

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

(3) Birden fazla kesi ve birden fazla ameliyatlarda;

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

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

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

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

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

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

24.2.2.2. Tanıya dayalı işlemlerin kapsamı

(1) Tanıya dayalı ödeme listesi işlem fiyatlarına; yatak ücreti, yatış dönemindeki muayeneler ve konsültasyonlar, 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 dâhildir. Ancak fiyatlar, her tanıya dayalı işlem fiyatı için ayrı ayrı belirtilen istisnaları kapsamaz. Bu istisnalar, ayrıca faturada gösterilerek faturalandırılır.

(2) **(Ek:RG-22/10/2008-27032)**⁽²⁾ Tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin hastalara temin ettirildiğinin tespiti halinde ilaç ve/veya tıbbi malzemeler için Kurumca ödenen tutar ilgili sağlık kurumundan mahsup edilir.

24.2.2.3. Ameliyat öncesi hazırlık işlemleri

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

24.2.2.4. Hizmetin iptal olması veya yarım kalması

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

24.2.2.5. Ameliyat sonrası kontroller ve testler

(Değişik:RG-22/10/2008-27032) Hastanın taburcu olduktan sonraki, aynı sağlık kurumundaki aynı branşta; 15 gün içerisinde yapılan muayeneleri, 15 inci günden sonra yapılan ilk kontrol amaçlı muayenesi ve bu muayeneler sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikler tanıya dayalı ödeme işlem fiyatına dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

24.2.2.6. Tanıya Dayalı İşleme dahil olmayan tıbbi malzemeler

- Plak+çivi+vida,
- Kemik çimentosu,
- 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)
- SUT eki Ek-9 listesi açıklama bölümünde tanıya dayalı ödeme işlem fiyatına dâhil olmadığı belirtilen malzemeler,

24.2.2.7. Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar

a) Tanıya dayalı işlem kapsamında tedavisi yapılan hastada, SUT eki EK-9 Listesinde yer almayan bir tedavi gerektiren komplikasyon ortaya çıkması durumunda, komplikasyonun tedavisine ait bedeller, hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilir. Ancak bu durumda SUT eki EK-8 Listesinde yer alan işlem bedelleri %10 indirimli olarak faturalandırılır.

Ancak hastanın önceden bilinen risk faktörleri (diabetes mellitus, hipertansiyon, morbid obezite, alkolizm, vb) veya eşlik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immun ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) bulunması ve bunlarla ilgili olarak gelişen komplikasyonlarda bu indirim uygulanmaz.

b) Tanıya dayalı işlem kapsamında tedavisi yapılan hastanın eşlik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler vb) tedavisine ilişkin sağlık hizmetlerinin bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilir.

c) Hastanın tedavisinin ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle, aşağıda belirtilen tedavi sürelerini aşması 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 komplikasyona ilişkin tedavi hizmetlerinin bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilir.

ç) Hastaya uygulanan tanıya dayalı işlem sonrasında, işleme bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyon (yara revizyonu gibi) nedeniyle ikinci bir müdahaleye gerek duyulması halinde bu müdahalenin aynı sağlık kurumu tarafından gerçekleştirilmesi durumunda bu müdahaleye ait sağlık hizmetleri Kurumca ödenmez.

24.3. İlave ücret

24.3.1. İlave ücret alınması

(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 30'una kadar, kişilerden ilave ücret alınabilir. Söz konusu sağlık kurum ve kuruluşları SUT'un yürürlük tarihinden itibaren otuz gün içinde % 30 luk tavan dâhilinde belirledikleri sağlık hizmeti fiyatlarını Kuruma bildireceklerdir. Fiyat değişiklikleri ise 5 iş günü içinde Kuruma bildirilir. Tavanlar dâhilinde de olsa sözleşmelerde belirtilen süreden önce bu fiyatlarını artıramazlar.

(2) Kurumla sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları otelcilik hizmetleri için SUT'un (24.3.5) numaralı maddesi, istisnai sağlık hizmetleri için SUT'un (24.3.4) numaralı maddesi doğrultusunda kişilerden ilave ücret talep edebilirler.

(3) Kurumla sözleşmeli eczaneler eşdeğer ilaçların azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ücretini, Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseseleri de kişinin talep ettiği gözlük cam ve çerçevenin bedeli ile Kurumca ödenen gözlük cam ve çerçeve bedeli arasında oluşacak fark ücretini kişilerden talep edebileceklerdir. **(Değişik son cümle:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Bu fark ücretinde %30 luk tavan uygulanmaz ve ilave ücret olarak değerlendirilmez.

24.3.2. İlave ücret alınmayacak kişiler;

(1) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla,

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

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

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

(Ek ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden otelcilik hizmetleri ile istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınmaz.

24.3.3. İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri;

1) Acil servislerde sunulan sağlık hizmetleri ile acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,

2) Yoğun bakım hizmetleri,

3) Yanık tedavisi hizmetleri,

4) Kanseri tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),

5) Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,

6) Organ, doku ve hücre nakilleri,

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

8) Diyaliz tedavileri,

9) Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) için herhangi bir ilave ücret alınmaz.

24.3.4. İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması

Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve SUT eki EK-12 Listesinde yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden üç katını geçmemek üzere ilâve ücret alabilir.

24.3.5. Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması

Sözleşmeli sağlık kurumlarınca Kurumca belirlenen standartların üzerinde sunulan otelcilik hizmetleri ücretleri SUT eki "Otelcilik Hizmetleri Fiyat Listesi" nde (EK-12/A) belirtilmiştir. Sözleşmeli sağlık kurumları sundukları otelcilik hizmeti için SUT eki EK-12/A Listesinde yer alan ücretlerin 3 (üç) katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir.

Otelcilik hizmetleri Kuruma fatura edilemez.

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 başhekimisi 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.

25.2. Fatura Düzenlenmesi

25.2.1. MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum ve kuruluşları faturalarının düzenlenmesi

MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan tüm kişiler için, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak hem de MEDULA sisteminden elektronik olarak; tek bir fatura düzenleyeceklerdir.

Ancak, Kurumca örnekleme dâhil edilmeksizin tamamı inceleneceğinden;

a) Trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarında her hasta için ayrı ayrı,

b) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere ve MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmaya kadar manuel,

c) **(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;

1) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** İş kazasına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

2) "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürlü olduğu özürlü sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

3) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tespit edilen kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

4) Acil haller nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere (sadece acil hal nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir) manuel,

5) Koruyucu sağlık hizmetleri nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere (sadece koruyucu sağlık hizmeti bedelleri ödenir) manuel,

6) **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık halini kapsayan analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürlülük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

7) **(Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı manuel,

d) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, radyofarmasötik ajan kullanılarak yapılan tetkik ve tedaviler, ağız ve diş tedavileri ile ilgili olarak damak yarığı protezi, yeni doğanda preoperatif aparey, velum uzantılı konuşma apareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplike çene defektlerinin protetik tedavileri, yüz protezleri ayrı ayrı,

e) SUT'un (1.2.4.) numaralı maddesinin b, c, ç, d, e, f, ve ğ bendlerinde ve (1.2.8.) numaralı maddesinde sayılan kişilerden T.C. kimlik numarası bulunmayıp sayılan maddelerde belirtilen Kanunlara tabi olduklarını gösterir belge ile müracaat edenlere (MEDULA sisteminden müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar manuel),

f) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınamadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilenlere ait faturaların ayrı ayrı manuel,

g) (Ek:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Mücavir alan dışı ambulans ücretleri, her hasta için ayrı ayrı manuel,

düzenlenmesi gerekmektedir.

25.2.2. Eczane faturalarının düzenlenmesi

Eczaneler tarafından, her ayın ilk ve son gününü kapsayan döneme ait reçeteler, o ayın son günü tarihini taşıyacak şekilde sonlandırılır ve faturalandırılır.

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilerin reçetelerine ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere manuel,

b) (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;

1) İş kazasına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı (sadece iş kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir) olmak üzere manuel,

2) "Özürülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında, yetkilendirilmiş özürülü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürülü olduğu özürülü sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

3) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tespit edilen kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

4) Acil haller nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

5) Koruyucu sağlık hizmetleri nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

6) Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık halini kapsayan analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürülük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

7) Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı manuel,

c) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere,

d) Yatan hasta reçeteleri, gününbirlik tedavi reçeteleri ve **(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

e) Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

f) SUT'un (1.2.4.) numaralı maddesinin b, c, ç, d, e, f, ve ğ bendlerinde ve (1.2.8.) numaralı maddesinde sayılan kişilerden T.C. kimlik numarası bulunmayıp sayılan maddelerde belirtilen Kanunlara tabi olduklarını gösterir belge ile müracaat edenlere (MEDULA sisteminden müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar manuel),

g) Yukarıdaki grupların dışında kalan reçetelere ait faturalar,

ayrı ayrı üçer nüshalı (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

Bu maddenin (a), (b) (c) ve (f) bendlerinde belirtilen reçeteler hariç olmak üzere; içeriğinde en az bir raporlu ilaç, kan ürünü veya hemofili ilacı bulunan reçeteler, ilgisine göre (d) veya (e) bendlerinde belirtilen reçete grubuna dâhil edilerek faturalandırılacaktır.

25.2.3. Optik faturalarının düzenlenmesi;

Optisyenlik müesseseleri, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üçer nüshalı), hem de MEDULA-optik sisteminden elektronik olarak; Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyeceklerdir.

Ancak;

1) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere ve MEDULA-optik sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmaya kadar manuel düzenlenecektir.

2) SUT'ta sağlık raporu ile temin edileceği belirtilen gözlük/ cam/ çerçeve reçeteleri için diğer reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenecektir.

3) SUT'un (1.2.4.) numaralı maddesinin b, c, ç, d, e, f, ve g bendlerinde ve (1.2.8.) numaralı maddesinde sayılan kişilerden T.C. kimlik numarası bulunmayıp sayılan maddelerde belirtilen Kanunlara tabi olduklarını gösterir belge ile müracaat edenlere (MEDULA sisteminden müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar) manuel fatura edilecektir.

25.3. Sağlık hizmet sunucuları için fatura eki belgeler

25.3.1. 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**;

· **(Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Hastanın adı soyadı ve telefon ve/ veya adres bilgileri,

· T.C. Kimlik Numarası,

· Muayene tarihi,

· Ön tanı veya tanı (kısaltma yapılmayacak),

· İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,

· Başvuru başına ödeme uygulamasına dahil olmayan ve SUT'ta belirtilen işlemlere ait birim fiyatlar ve tutar,

belirtilecektir.

4- (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan "Diş Müstahaklık Belgeleri",

Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları, büyük-orta-küçük operasyonları vb.de açıklayıcı operasyon bilgileri,

Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise).

5- Geçirdikleri iş kazası nedeniyle prim ödeme gün sayısı şartına bağlı olmaksızın sağlık yardımları Kurumca karşılanan ve iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı ile müracaat eden kişilere, verilen sağlık hizmetlerine yönelik düzenlenecek fatura ekinde, iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı,

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

7- SUT ve eki listelerde ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler.

25.3.2. 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.

- (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer) Hastanın adı soyadı ve telefon ve/ veya adres bilgileri,
- Hasta bazında hizmet tutarı
- Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı.

3- Yatan hastalar için epikriz

Epikrizlerde;

- Epikriz notu, bilgisayar çıktısı olarak veya daktilo ile yazılmış olmalıdır.
- Hasta tarafından beyan edilen adres ve telefon numarası yer almalıdır.
- Hasta yatış ve çıkış günlerinin tarihleri belirtilmiş olmalıdır.
- İlgili hekimin bilgileri ve imzası bulunmalıdır.
- Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu ve uygulanan tedavi belirtilmelidir.
- Epikrizlerdeki ameliyat isimleri SUT'taki terminolojiye uygun olarak yer almalı ve ilgili kod numarası yazılmış olmalıdır.

· Patolojik işlem fatura edilmişse patoloji tanısı yer almalıdır.

· Anestezi tipinin belirtilmesi gerekir.

· Kullanılan kan ve kan bileşenleri, miktarları ve ünite numaraları belirtilmiş olmalıdır.

· Hastaya kullanılan iyileştirici nitelikteki (endoprotez vb.) tıbbi malzemeler

· SUT'un 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,
- Provizyon no/MEDULA takip no,
- Muayene tarihi,
- Ön tanı ve/veya tanı (kısaltma yapılmayacak),
- İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,
- Tıbbi malzemelerin adı, adetleri, birim fiyatları, SUT'ta yer alanların SUT kodları, varsa devredilen Emekli Sandığı protokol kodları, onaylanmış ürün numarası,
- Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında değil, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı ,

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

6- Sevkle başvuran hastalar için tedavi sevk belgesi,

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

8- Geçirdikleri iş kazası nedeniyle prim ödeme gün sayısı şartına bağlı olmaksızın sağlık yardımları Kurumca karşılanan ve iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı ile müracaat eden kişilere verilen sağlık hizmetlerine yönelik düzenlenecek fatura ekinde, iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı,

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

10- Mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri kupürleri.

11- (Değişik:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)

Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan “Diş Müstahaklık Belgeleri”,

Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları, büyük-orta-küçük operasyonları vb.de, bilgisayar çıktısı ya da daktilo ile yazılmış açıklayıcı operasyon bilgileri,

Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise).

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- Radyofarmasötik ajanlar için sağlık kurumunun alış faturasının bir örneği,

14- SUT'un (1.2.4.) numaralı maddesinin b, c, ç, d, e, f, ve ğ bendlerinde ve (1.2.8.) numaralı maddesinde sayılan kişilerden T.C. kimlik numarası bulunmayanlar için ilgili Kanunlara tabi olduklarını gösterir belge fotokopisi, (MEDULA sisteminde müstahaklık sorgulaması yapılmıyca kadar)

15- SUT ve eki listelerde ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler.

25.3.3. Eczane ve optisyenlik müesseseleri için fatura eki belgeler

Eczane ve optisyenlik müesseseleri için SUT'ta ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde belirtilen belgeler faturaya eklenecektir.

25.4. Fatura eki belgelerin tasnifi

25.4.1. Sağlık kurum ve kuruluşlarının fatura eki belgelerinin tasnifi

Fatura klasörleri;

- Ayaktan tedaviler için branş bazında ayrılmış olarak,
- **(Mülga:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)**
- Yatarak tedaviler için branş bazında ayrılmış olarak,
- SUT'un (25.2.1) numaralı maddesinde ayrı fatura edileceği belirtilen işlemler ayrılmış olarak, ayrı klasörlerde düzenlenmiş olmalıdır.

25.4.2. Eczane ve optisyenlik müesseselerinin fatura eki belgelerinin tasnifi

SUT'un 25.2.2 ve 25.2.3 numaralı maddelerinde ayrı fatura edileceği belirtilen reçeteler ayrı ayrı tasnif edilmiş olmalıdır.

25.5. Fatura ve eki belgelerin teslimi

Sağlık hizmeti sunucuları, fatura ve eki belgeleri Kurumun www.sgk.gov.tr adresinde duyurulan ilgili birimine teslim edeceklerdir. Kargo veya iadeli taahhütlü veya normal posta ile gönderilen belgeler, Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih esas alınarak işlem görecektir.

Kurumun ilgili birimindeki “evrak kayıt” servisinde, sağlık hizmet sunucusu tarafından teslim edilmek üzere getirilen faturaların usulüne uygun olarak tasnif edilip edilmediğine, klasör veya klasörlerdeki fatura üst yazısında yer alan bilgilerin uygun olup olmadığına bakılır ve uygun görülmeyenler iade edilir. Kargoyla iade edilen fatura ve ekleri ödemeli olarak gönderilir. Uygun olduğu tespit edilen faturalar “evrak kayıt numarası” verilerek teslim alınır.

25.5.1. Sağlık kurum ve kuruluşlarının fatura ve eki belgelerinin teslimi

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. **(Ek son cümle:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi mücbir sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmeyen fatura olarak değerlendirilmez.

Örnek; sağlık kurum ve kuruluşu, Ağustos ayının 15'ine kadar teslim etmesi gereken Temmuz ayına ait fatura ve eklerini 18 Ağustos günü teslim ederse, bu fatura ve ekleri için inceleme ve ödeme süreci 15 Eylül 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 dâhil edilmesi halinde ödeme süreci, faturanın teslim edildiği ayı takip eden ayın 15 inci günü olarak kabul edilerek bu tarihten itibaren başlar.

25.5.2. Eczane ve optisyenlik müesseselerinin fatura ve eki belgelerinin teslimi

Eczane ve optisyenlik müesseseleri tarafından fatura ve eki belgeler, eczane ve optik sözleşmelerinde belirtilen esas ve usullere göre Kuruma teslim edilecektir.

25.6. Ödeme işlemleri

(1) Sağlık hizmeti sunucularınca Kuruma teslim edilen fatura ve eki belgeler, teslim tarihinden itibaren 45 (kırkbeş) gün içinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre incelenerek mutabakata varılmış olan faturalara ilişkin ödenecek tutar, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun banka hesap numarasına ödenir. Ancak Kurumun

“muhasabe birimince” fatura ekinde teslim alınan talep yazısında belirtilen; sağlık kurumunca temin edilen faturalandırılabilir tıbbi malzeme ve yatarak tedavilerde kullanılan faturalandırılabilir ilaç tutarı, fatura teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde ödenir. Sağlık kurumlarına yapılacak ödemelerde ödenmesi gereken tutardan, daha önce ödenmiş olan ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri düşülerek ödeme yapılır.

(2) 45 (kırkbeş) gün içerisinde incelenmesi tamamlanamayan faturalar için sağlık hizmeti sunucularına, tahakkuk etmiş alacaklarının % 75-90 oranındaki tutar, alacaklarından mahsuben 45 inci gün avans olarak ödenir ve inceleme işlemlerine devam edilir. Sağlık kurumlarına, tahakkuk etmiş alacaklarının %75-90 oranındaki tutardan daha önce ödenmiş olan ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri düşülerek ödeme yapılır. Fatura ve eki belgelerin inceleme işlemleri 90 (doksan) gün içinde tamamlanır ve ödenmesi gereken tutardan daha önce ödenen toplam avans tutarı düşülerek geri kalan tutar ödenir. İnceleme sonucu fazla ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; yapılan fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdan alacağından mahsup edilir. Alacağının bu miktarı karşılamaması veya alacağının bulunmaması durumunda genel hükümlere göre tahsil edilir.

(3) Kurum tarafından, fatura teslim tarihinden itibaren 90 günlük süre içinde fatura ve eki belgelerin incelemesinin tamamlanamaması hâlinde, fatura tutarından daha önce ödenen toplam avans tutarı düşülerek geri kalan tutar sağlık hizmeti sunucusuna ödenir ve inceleme işlemlerine devam edilir. İnceleme sonucu fazla ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; yapılan fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdan alacağından mahsup edilir. Alacağının bu miktarı karşılamaması veya alacağının bulunmaması durumunda genel hükümlere göre tahsil edilir.

26. Tedavi giderlerine ait katma değer vergisi

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

27. Duyurular

(Ek birinci cümle:RG-22/10/2008-27032) Kurum, bu Tebliğ hükümlerinde yapacağı değişiklikleri genelge ile duyurur. Kurumun her türlü duyuruları www.sgk.gov.tr adresinde yayımlanacaktır.

28. Geçici madde

SUT'un (1.2.4) numaralı maddesi (b) ve (g) bentlerinde sayılanlar için SUT hükümleri; bu kişiler için sağlık hizmetlerini sağlayan kamu idarelerinden kayıt ve işlemlerin Kurum tarafından devralındığı tarihe kadar uygulanmaz. Devir tarihi Kurumca duyurulur. Devir tarihine kadar geçecek sürede bu kişilerin sağlık hizmetleri, yürürlükten kaldırılan kanunlardaki hak ve yükümlülükler çerçevesinde ilgili kamu idarelerince sağlanmaya devam edilir.

29. Yürürlük

a) SUT'un diğer hükümleri 01 Ekim 2008 tarihinde

b) SUT eki EK-8/A Listesi **(Değişik ibare:RG-31/12/2008-27097 7. Mükerrer)** 01 Nisan 2009 tarihinde, yürürlüğe girer.

30. Yürütme

SUT hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

Tebliğ olunur.

[Ekleri İçin Tıklayınız](#)

(1) : *Mülga edilen ibare : [biyopsi ile belgelenmiş](#)*

(2) : *Bu değişiklik 1/10/2008 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.*

(3) : *31/12/2008 tarihli ve 27097 7. Mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan değişiklik Tebliğinin 38 inci maddesi uyarınca, bu değişiklik 1/10/2008 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.*

(4) : *31/12/2008 tarihli ve 27097 7. Mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan değişiklik Tebliğinin 56 ncı maddesi uyarınca, bu değişiklik 1/10/2008 tarihinde yürürlüğe girer.*

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

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

(7) : *Bu değişiklik 29/1/2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.*