

TEBL

Maliye Bakanlı ından:

TEDAVI YARDIMINA İLİŞKİN UYGULAMA TEBL

(SIRA NO: 6)

1. Amaç, kapsam ve dayanak

1.1. Amaç

Bu Tebliğin amacı; kapsama dâhil hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımına ilişkin i lemlerde, kurumlararası uygulama birli inin sağlanması, sağlık hizmetlerinin ödeme kriterlerinin ve bunlara ilişkin esas ve usullerin tespit edilmesidir.

1.2. Kapsam

Bu Tebliğin hükümleri;

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

b) 2914 sayılı Yüksekö retim Personel Kanunu, 2802 sayılı Hâkimler ve Savcılar Kanunu ve 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri için Hizmet Kanunu kapsamında bulunan personel (Erba ve erler bu Tebliğin hükümleri haricindedir. Erba ve er reçeteleri ile ilgili olarak ahıslara mali külfet getirmemek ko uluyla gerekli düzenlemeler Milli Savunma Bakanlı ınca yapılacaktır) ile bunların bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri,

c) 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Ye il Kart Verilerek Devlet Tarafından Kar ılanması Hakkında Kanun kapsamındaki hak sahipleri, (3816 sayılı Kanun ile Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Ye il Kart Verilerek Devlet Tarafından Kar ılanması ve Ye il Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla),

hakkında uygulanır.

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

1.3. Dayanak

Bu Tebliğin ; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 5234 sayılı Kanunla de i ik 209 uncu maddesi, 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine 5234 sayılı Kanunla eklenen (p) ve (r) bendleri, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze

Giderleri Yönetmeli i ile kapsama dahil ki ilerin tedavi yardımı sa lanmasına ili kin ilgili di er mevzuatları hükümleri çerçevesinde düzenlenmi tir.

2. Hasta sevk i lemleri ve tanımlar

2.1. Kısaltmalar

Bu Tebli de geçen;

Yönetmelik: Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeli ini,

Bakanlık: Maliye Bakanlı ını,

TEB: Türk Eczacıları Birli ini,

Tebli : Bu Tebli i,

ifade eder. Tebli in ekleri için 25 inci maddede yer alan düzenleme çerçevesinde i lem yapılacaktır.

2.2 Sa lık kurum ve kurulu larının tanımı

Birinci basamak resmi sa lık kurulu u: Kurum hekimlikleri, sa lık oca ı, verem sava dıspanseri, ana-çocuk sa lı ı ve aile planlaması merkezi, sa lık merkezi ve toplum sa lı ı merkezleri ile aile hekimli i sözleşmesi yapılmı aile hekimleri, 112 acil sa lık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sa lık üniteleri, birinci basamak resmi sa lık kurulu ları olarak kabul edilir.

Birinci basamak özel sa lık kurulu u: Ayakta Te his ve Tedavi Yapılan Özel Sa lık Kurulu ları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler, A ız ve Di Sa lı ı Hizmeti Sunulan Özel Sa lık Kurulu ları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan a ız ve di sa lı ı hizmeti veren özel sa lık kurulu ları, birinci basamak özel sa lık kurulu ları olarak kabul edilir.

İkinci basamak resmi sa lık kurumu: E itim ve ara tırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere ba lı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sa lık Bakanlığı na ba lı a ız ve di sa lı ı merkezleri ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin e itim ve ara tırma hastanesi olmayan hastaneleri, ikinci basamak resmi sa lık kurumu olarak kabul edilir.

İkinci basamak özel sa lık kurumu: Özel Hastaneler Yönetmeli ine göre ruhsat almı hastaneler ile Ayakta Te his ve Tedavi Yapılan Özel Sa lık Kurulu ları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ile Ayakta Te his ve Tedavi Yapılan Özel Sa lık Kurulu ları Hakkında Yönetmeli in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve özel dal merkezleri ikinci basamak özel sa lık kurumları olarak kabul edilir.

Üçüncü basamak sa lık kurumu: E itim ve ara tırma hastaneleri, özel dal e itim ve ara tırma hastaneleri, üniversite tıp fakültesi hastaneleri ile bu hastanelere ba lı semt poliklinikleri ve üniversitelerin di hekimli i fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine ba lı tıp fakültesi hastanesi ile e itim ve ara tırma hastaneleri, üçüncü basamak sa lık kurumu olarak kabul edilir.

2.3. Tedavi kategorileri ve ili kili tanımlar

2.3.1. Yatarak tedaviler

Sa lık kurumlarında yatı tarihinden itibaren taburcu i lemi yapıncaya kadar uygulanan tedaviler.

2.3.2. Günübirlik tedavi

A a ıda belirtilen ve sa lık kurumlarında yatı ve taburcu i lemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan tedaviler.

Günübirlik tedavi kapsamındaki i lemler;

- 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 i lemler,
- ç) Diyaliz tedavileri,
- d) Kan, kan bile eni, kan ürünü, Tebli eki "Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek laçlar Listesi" nde (EK-2/B) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu, palivizumab uygulaması.

Günübirlik tedavilerde kullanılan faturalandırılabilir ilaçlar için Tebli hükümleri geçerlidir.

Günübirlik tedavilerde Tebli eki "Tanıya Dayalı lem Listesi" nde (EK-9) yer alan i lemler için gündüz yatak ücreti faturalandırılmaz.

Günübirlik tedavilerde refakatçi ücreti ödenmez.

2.3.3 Ayakta tedavi

Tebli in (2.3.1) numaralı maddesinde açıklanan durumlar dı nda kalan ve hastaların sa lık kurum ve kurulu larında veya bulundu u yerde yatırılmaksızın sa lık hizmetlerinin sa lanması, ayaktan tedavi olarak kabul edilir.

2.4. Sevk i lemleri

5258 sayılı Aile Hekimli i Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gere i aile hekimli i uygulamasına geçilen illerde, öncelikle aile hekimine ba vurulması, aile hekimince lüzum görülmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurumlarına aile hekimince sevkin yapılması te vik edilecektir. Pilot uygulamanın sa lıklı bir ekilde yerle mesini temin etmek ve sa lık hizmetlerine eri imi engellemek amacıyla bu süreçte aile hekimli i uygulamasına ba lanan illerde sevk zorunlulu u olmayıp sevk i lemleri bu maddedeki di er hükümlere göre yapılabilir.

Aile hekimli i uygulaması bulunmayan illerde, memurlar varsa kurum tabibine gönderilecek, kurum tabibinin gerekli görmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurumuna sevk edilecektir. Kurum tabibi bulunmadı ı takdirde memurlar belediye sınırları ve mücavir alan içinde bulunan birinci, ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurum veya kurulu una do rudan ba vurabilirler. Kurum hekimli i veya di er birinci basamak sa lık

kurulu undan ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurumlarına yapılacak sevk i lemlerinde hastane ve hekim adı belirtilmez.

Memurun bakmakla yükümlü oldu u aile fertleri, kurum hekimli ine veya belediye sınırları ve mücavir alan içerisindeki birinci, ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurum ve kurulu larına do rudan veya sevkli olarak ba vurabilirler.

Tıbbi gereklilik halleri di nda muayene ve tedavi i lemlerinin yukarıda belirtilen esaslar çerçevesinde öncelikle belediye sınırları ve mücavir alan içinde tamamlanması esastır. Bunun mümkün olmaması halinde, Yönetmelikteki genel esaslar geçerli olmak üzere, memuriyet mahalli dı na yapılacak sevk i leminin, bulunulan yerdeki ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurumlarınca hastanın sevk edilece i ilçe veya ilin ismi belirtilerek, tedavinin sa lanabilece i en yakın yerdeki ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurumuna yapılması gerekmektedir.

Bulunulan yer dı nda sürekli olarak tedavisi gereken ve hastane tarafından kontrol amacıyla ça rılan hastalar, bu durumun sevk evrakı üzerinde veya ayrı bir raporla belgelendirilmesi ve kontrole ça rılmasına esas olan ilk sevk i leminin usule uygun olması kaydıyla, kurum hekimlikleri tarafından veya kurum hekimli i bulunmadı ı takdirde di er birinci basamak sa lık kurulu ları tarafından sevk edilebilirler.

Aynı sevk ka ıdı ile bir sa lık kurumuna müracaat edenlerin ilk muayenesini müteakip yeni bir sevk ka ıdına gerek kalmaksızın de i ik bölümlerde aynı sevk ka ıdı ile muayene, tetkik, tahlil ve tedavi olmaları mümkün bulunmaktadır. Bunun için yeterli sayıda nüsha içeren hasta sevk ka ıdının düzenlenmesi ve sa lık kurumlarınca tüm nüshaların ilk nüsha gibi de erlendirilerek i lem yapılması esastır. Sonraki muayeneler konsültasyon olarak kabul edilir.

Sa lık kurumlarında yatırılarak tedavi altına alınan hastalar için üniversite veya e itim hastanelerinden ilgili dal uzmanı ça rılmak suretiyle konsültasyon hizmeti alınması durumunda, ikinci bir sevk i lemine gerek kalmaksızın, konsültasyon ücreti konsültan hekimce düzenlenen epikrize dayalı olarak tahakkuk ettirilecek faturaya istinaden hastayı yatıran sa lık kurumu tarafından konsültan hizmeti veren sa lık kurumunun döner sermayesine aktarılır.

Sa lık kurumlarında yatırılarak tedavi altına alınan hastaların yapılamayan tetkik ve tahlilleri için di er sa lık kurumlarına sevkinin gerekti i durumlarda, ikinci bir sevk i lemine gerek kalmaksızın yapılan tetkik bedeli, hastayı sevk eden sa lık kurumu tarafından tetkiki yapan kurumun döner sermayesine aktarılır.

Ayakta tedavi gören hastalara ait sevk evrakının hastalara verilen suretlerine (tek hekim tarafından verilen istirahat raporlarına ili kin sevk evrakı hariç) muayene ve tedavi i lemlerinin tamamlanması sonrasında, kurum ba hekiminin onayı ve mühür tasdik i lemi yapılmayacaktır.

Sevk i lemleri, ehir içi sevklerde 3 (üç) i günü, ehir dı ı sevklerde 5 (be) i günü geçerlidir.

2.5. Yol masrafı ve gündelikler

Tedavi amacıyla memuriyet mahalli dı na sevk edilenlere 6245 sayılı Harcırah Kanununun 18 inci maddesinin (c) bendi hükümlerine göre yol masrafı ve gündelik ödenir. Gündelik, tedavinin ba lamasına kadar geçecek günler (bu süre be günü geçemez.) ile sa lık kurumu tarafından öngörülmesi kaydıyla ayakta tedavi gördü ü günler için verilir. Yatarak tedavide geçen süreler için gündelik ödenmez.

Memuriyet mahalli dı na sevk i leminde yol masrafı, hastanın bulundu u yer ile sevk edildi i sa lık kurumunun bulundu u yer arasındaki mutata it ücreti esas alınarak ödenecektir. Ancak, sa lık kurumunca hastanın memuriyet mahalli dı na sevk i lemi sırasında ilgili hekim tarafından, hastalığın ne oldu u, mutata it ile seyahat edememe ve ambulans veya uygun görülen herhangi bir tı tla gitmesinin gerekçelerini belirten ayrı bir rapor düzenlenmesi ve bu raporun ba hekimlik tarafından da onaylanması halinde ambulans ücreti veya uygun görülen tı t bedeli ilgilinin kurumunca ödenecektir.

Ayrıca bunlara anılan Kanunun 33 üncü maddesinin (d) fıkrasına göre yatacak yer temini için ödedikleri ücretleri belgelendirmeleri halinde, belge bedelini a mamak ve her defasında on gün ile sınırlı olmak üzere gündeliklerinin tamamına kadar olan kısmı ödenecektir.

Sevk yapılmaksızın veya usulüne uygun sevk yapılmaksızın bulundu u yerden bir ba ka yerde bulunan sa lık kurumuna müracaat eden ki ilere harcırah ödenmez.

Sa lık kurumuna ait ambulans ile memuriyet mahalli dı na yapılan hasta nakil ücreti ve acil ambulans ücreti hastanın kurumunca 7/12/2006 tarih ve 26369 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Ambulanslar ve Acil Sa lık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeli i"nin 28 inci maddesi gere i belirlenen fiyatlar dikkate alınmak ve rayiç bedeli a mamak üzere ödenir. Ancak, hasta nakillerinde hastanın ambulansla sevkinin gereklili inin ilgili hekim tarafından tevsiki gerekmektedir.

Resmi sa lık kurum ve kurulu ları arasındaki hasta nakilleri ile diyaliz ve kemoterapi tedavileri için hasta naklinde kullanılacak hasta servis hizmetleri, ilgili mevzuat çerçevesinde döner sermaye imkanları ile kar ılanabilir.

2.6. E lik etme zorunlulu u

Hastanın tedavi edilmek üzere ba ka bir yere gönderilmesi durumunda, yanında bir kimsenin bulundurulmasının zorunlu oldu unun hastayı gönderen sa lık kurulu unun raporunda veya hasta sevk ka ıdı üzerinde belirtilmesi ve raporun veya sevk ka ıdının ba hekimlik tarafından imzalanması halinde, hastaya biri e lik ettirilir. E lik eden kimseye de memurun ba lı oldu u kurumca 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre harcırah ödenecektir.

2.7. Hasta yollama (hasta sevk) ka ıdına ili kin i lemler

2.7.1. Yönetmelikte yapılan de i iklik ile memurun bakmakla yükümlü bulundu u aile fertlerinin sa lık kurum ve kurulu larına hasta yollama ka ıdı olmaksızın müracaat edebilecekleri esası getirilmi tir.

Yönetmelikte yapılan bu de i iklik paralelinde a a ıda belirtilen açıklama ve düzenlemelerin yapılması gerekli görülmü tür.

2.7.2. Memurun kendisi, hastalanması halinde sa lık kurum veya kurulu una halen oldu u gibi sa lık karnelerinin yanında hasta yollama ka ıdı (hasta sevk ka ıdı) ile birlikte müracaat edecektir.

2.7.3. Memurun bakmakla yükümlü bulundu u aile fertleri (hasta) ise sa lık kurum veya kurulu larına hasta yollama ka ıdı olmaksızın sa lık karnesi ile birlikte müracaat edeceklerdir. Aile fertleri için sa lık kurum ve kurulu ları tarafından düzenlenecek olan faturaların ekinde sevk ka ıdı istenmeyecektir.

2.7.4. Hastanın tedavi amacıyla bulunduğu mahalden başka bir yere sevkini gerekmesi durumunda, sağlık kurum veya kurulu tarafından sevk işlemi sağlık karnesine yazılacaktır. Sağlık kurum ve kurulu hastanın sevk edileceği il ve hangi polikliniğe gitmesi gerektiğini, refakatçi gerekiyor ise bu durumu sağlık karnesinde belirtecektir.

2.7.5. Sağlık kurumu, sağlık karnesinde sevkli olarak gelen hastanın sağlık kurumuna müracaat tarihini ve uyguladığı tedaviyi gösterecektir.

Hasta ayakta tedavi görmüş ve tedavi süresi bir gün ise sağlık karnesinin tarih sütununda belirtilen tarih, sağlık kurumuna müracaat tarihi olarak kabul edilecek, hastanın tedavisi bir günden fazla sürmüş ise hastanın hangi tarihler arasında tedavi gördüğü ayrıca belirtilecektir.

Hasta yatarak tedavi görmüş ise, hastanın polikliniğe ilk müracaat ettiği tarih, servise yatırılmasının yapıldığı tarih ve taburcu edildiği tarih belirtilecektir.

2.7.6. Hastanın tedavi amacıyla bulunduğu mahalden başka bir yere sevk edilmesi nedeniyle harcırah beyannamesi vermesinin gerektiği hallerde, beyannameye sağlık karnesinin sevk işleminin yazıldığı sayfası ile hastanın tedavisinin yapıldığı sağlık kurumu tarafından doldurulan sayfası eklenecektir.

2.7.7. Hastanın diğeri tedavisi amacıyla özel sağlık kurum veya kurulu una sevkini yapılması halinde, Tebliğin 5.2 nci maddesine göre resmi sağlık kurumu tarafından tedavi için sevk edilen hastanın sağlık karnesine tedavinin türü ve sevki gerektiren süre açıkça belirtilecek ve ilgili diğeri hekimi tarafından imzalandıktan sonra başka hekimlikçe onaylanacaktır.

2.7.8. Sağlık karnelerinin ön yüzünde hak sahipliğine ilişkin güncel bilgiler gösterilecek, ayrıca hastanın T.C. kimlik numarası ile memurun emekli sicil numarası da yer alacaktır. Hastanın T.C. kimlik numarası ile memurun emekli sicil numarası hasta reçetesinde de bulunacaktır.

2.7.9. Türk Silahlı Kuvvetleri Çeşitli Hizmet Kanunu kapsamında bulunan personelin bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertleri ile Türk Silahlı Kuvvetlerinde görevli 657 sayılı Kanuna tabi personelin bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertlerinin sağlık kurum ve kurulu larındaki tedavileri nedeniyle düzenlenecek faturalara "sağlık muayene fişinin ön yüz fotokopisi"de eklenecektir.

3. Acil vakalarda tedavi

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

a) Yurt içinde (resmi tatil günleri hariç) 30 gün,

b) Yurt dışında 90 gün,

içerisinde hazırlanıp ilgili kuruma verilmesi gerekmektedir.

Acil haller; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda, olayın meydana gelmesini takip eden 24 saat içinde en yakın sağlık kurum veya kurulu una

ba vurulmasını gerektiren ve ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadı ında hayatın ve/veya sa lık bütünlü ünün kaybedilme riskinin do aca ı kabul edilen durumlardır.

Acil vakalara ili kin tedavilerde, sa lık kurumu tarafından verilen hizmetlerin bedelleri Tebli eki "Tanıya Dayalı İlem Listesi"nde (EK-9) yer alması durumunda bu liste fiyatları, bu fiyat tarifesinde yer almıyorsa Tebli eki "Sa lık Kurumları Fiyat Listesi" (EK-8) esas alınarak ödenir. Maliye Bakanlığı ı ile sözleşme imzalamayan sa lık kurum ve kurulu larında acil haller di ında yapılan tedavilere ait bedeller ödenmez.

4. Yurt dı ına tedaviye gönderme

Yurt içinde tedavisinin mümkün olmadığı ı anlaşılan hastalıkların tedavisinin yurt dı ında yaptırılmasına ili kin uygulama; 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri ı Hizmet Kanunu, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandı ı Kanununda de i iklik yapan 29/7/1998 tarihli ve 4375 sayılı Kanun ile bu Kanunun 4 üncü maddesi gere ince, 11/8/1999 tarihli ve 23783 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan ve 9/7/1999 tarihli ve 99/13144 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlü e konulan "Kamu Personeli ve Bunların Emeklilerinin Yurt Dı ında Tedavilerine İli kin Yönetmelik" esaslarına göre yürütülecektir.

Söz konusu düzenlemeler uyarınca hastaların tedavi için yurt dı ına gönderilmeleri için Sa lık Bakanlığı nca yetkili kılınan hastanelerin sa lık kurullarınca (EK-1/B) de belirtilen formata uygun olarak düzenlenen raporların, ilgili dallarda e itim hastaneleri ile i birli i yapmak kaydıyla, Ankara Numune E itim ve Ara tırma Hastanesince teyit edildikten sonra Sa lık Bakanlığı nca onaylanması gerekmektedir.

Yurt dı ı tedavilerine ili kin sa lık kurulu raporlarında; Türkiye'de tedavisi yapılamayan ancak, yurt dı ında yapılması mümkün olan hastalık açık olarak yazılacak, hastalı a ili kin klinik bulgular ve laboratuvar bulguları, radyolojik ve görüntüleme ile ilgili bulgular, tedavinin Türkiye'de yapılamama gerekçeleri belirtilecek, karar bilimsel/tıbbi gerekçelere dayandırılacak ve verilen kararlarda "ileri teknoloji ile tedavi gerekli vb gibi" ifadeler kullanılmayacaktır. Raporlarda, memurun ve hastanın adı-soyadı, memura yakınlık derecesi, çalı tı ı kurum, dosya ve protokol numarası, raporu veren anabilim dalı/bilim dalı/klinik adı belirtilecektir. (EK-1/B rapor örne i).

Yurt dı ı tedavileri için sa lık kurulu raporu düzenlenmesi amacıyla olu turulacak resmi sa lık kurullarınca; en az biri ilgili dal uzmanı olmak kaydıyla üniversite hastanelerinde 5 ö retim üyesi, e itim ve ara tırma hastanelerinde 5 klinik efi veya ef yardımcısı, (EK-1)'de yer alan di er hastanelerde 5 uzman hekim bulunması zorunludur.

Yurt dı ı tedavilerine ili kin raporların Sa lık Bakanlığı nca (ilgili personel için Milli Savunma Bakanlığı nca) onaylanmasından itibaren 3 ay içinde yurt dı ına çıkmak üzere i lem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekir. Yurt dı ına çıkı sonrasında yurt dı ında kesintisiz tedavi süresi azami 1 yıldır.

Yurt içinde tedavilerinin sa lanamayaca ı anlaşılanların tedavi için yurt dı ına gönderilmeleri hususunda Sa lık Bakanlığı nca yetkili kılınan tam tekküllü hastaneler ile bu hastanelerce düzenlenen raporları teyit edecek hastane adları (EK-1) sayılı listede gösterilmiştir.

Yurt dı ında doku veya organ nakli amaçlı sa lık kurulu raporunun, Sa lık Bakanlığı nca ruhsatlı (EK-1/C) de belirtilen yetkili doku ve organ nakli merkezlerinden alınması zorunludur.

Yurt dı ına tedavi amacıyla gönderilenlerin tedavi süreci kurumlarınca izlenerek Kanun ve Yönetmelik hükümlerine uygun i lem tesisi yönünde azami hassasiyet

gösterilecektir. Her bir yurt dışı tedavisi sonrasında hastaların yurda dönmelerini müteakip Tebliğe ekli çizelge (EK-1/A) doldurularak Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

Yurt içinde mümkün olmayan kemik iliği nakli haricindeki 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 nakli işlemi için yurt dışına gönderilecektir. Bu konudaki gerekli koordinasyon işlemi, hastanın kurumu tarafından Sağlık Bakanlığı nezdinde yürütülecektir.

4.1. Yurt dışında tetkik işlemleri

Yurt içinde yapılamayan tetkik ve tahliller, numunenin gönderilmesi ya da numunenin yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunca alınması gerektiğinin ilgili sağlık kurulu raporunda ayrıntılı gerekçeleri ile belirtilmesi kaydıyla ki ilerin tetkik için yurt dışına gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılır ve tetkik veya tahlil bedeli Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tutar üzerinden karılanır.

Yurt içinde yapılamayan tetkik ve tahlillerin kurumlarca ödenebilmesi için, tetkik ve tahlilin yapılmasını isteyen üçüncü basamak sağlık kurumunca; ayrıntılı gerekçeleri ve yurt içinde yapılamadığını belirten sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eritim ve Arayış Hastanesi tarafından tetkikin ve tahlilin yurt içinde yapılamadığının teyit edilmesi gereklidir.

5. Diş tedavileri

5.1. Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri

5.1.1. Diş tedavileri ile ilgili sevk işlemlerinde, Yönetmeliğin 8 inci maddesinde belirtilen hastanın hastane veya sağlık merkezlerine yollama işlemlerinde üzerinde taşıması gereken hasta yollama kâğıdı kullanılacaktır. Kurumlar, söz konusu sevk kâğıdını Devlet Malzeme Ofisi Genel Müdürlüğünden veya kendi imkânları ile sağlayacaklardır.

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

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

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

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

gerekmektedir.

5.1.4. Resmi sağlık kurumunda veya personelin bağlı olduğu kurum bünyesinde kurulan diş protez ünitesindeki tedavi sırasında yapılamadığının belgelendirilmesi ve

tedaviyi yapan sa lık kurumunun faturasında yer almaması artıyla, resmi sa lık kurumlarından ilgili mevzuat hükümlerine dayanılarak ba hekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılan akrilik veya seramik veneer kron, hassas tutuculu kron, implant üstü kron v.b. metal destekli tek parça kron ve tek parça döküm kron için (malzeme dahil) 11 YTL, alt-üst çene iskelet dökümü için (malzeme dahil) 43 YTL döküm i çilik ücreti ödenecek, bunu a an kısmı ise hasta tarafından kar ılanacaktır.

Personel yetersizli inden dolayı bölümlü ve tam protez taleplerinin kısa sürede kar ılanamaması ve randevu sürelerinin uzaması durumunda, hasta yararı gözetilmek suretiyle istekli olan ki iler kendi talepleri do rultusunda ve bedelini kendilerinin ödemesi kaydıyla, bölümlü ve tam protez laboratuvar i ve/veya i lemleri resmi sa lık kurumlarında ilgili mevzuat hükümlerine dayanılarak ba hekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılabilir.

Serbest di hekimliklerinde yaptırılan tedaviler için ayrıca döküm i çilik ücreti ödenmeyecektir.

5.1.5. Di tedavileri sırasında; altın, platin, palladyum+platin, irruyum+platin, iropal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve polliag-M gibi bile iminde kıymetli maden bulunan maddeler kullanılması zorunlu olsa dahi, Yönetmeli in 31 inci maddesine göre hiçbir ekilde ödenmeyecektir.

5.1.6. Kemik içi dental implantların bedelleri ödenmez. Ancak, maksillofacial travma ve tümörler sonucu a ırı kemik kaybı olan ya da damak yarısı gibi deformiteleri olan hastalar ile rutin tedavilerle ba arılı olunamayan rezorbe alt-üst çene vakalarında (en az 2 en fazla 4 implant ile sınırlı kalmak ko uluyla) klasik protez ile çözülemeyen ve implant tedavisinin zorunlu oldu unun üniversite di hekimli i fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer ö retim üyesinin katılımıyla olu acak sa lık kurulu tarafından karara ba lanması ve kaç ünite yapılaca ının sa lık kurulu raporunda belirtilmesi artıyla bu Tebli in eki (EK-7) Di Tedavileri Fiyat Listesindeki tedavi bedeli ile implant malzemesi bedeli olarak (her ünite için) 90 YTL ödenir. Bu bedelin üzerindeki malzeme bedelleri hastalarca kar ılanır.

5.1.7. Hareketli ve sabit protezlerin yenilenme süresi 4 yıldır. Bu süreden önce yenilenen protez bedeli kurumlarca ödenmez.

5.2. Özel sa lık kurum ve kurulu larında di tedavisi

5.2.1. Özel sa lık kurum ve kurulu larındaki di ünitelerinde yapılan tedavi giderlerinin ödenebilmesi için Tebli in bu bölümünde belirtilen sevk usul ve esaslarına uyulması zorunludur. Di tedavisi amacıyla özel sa lık kurum ve kurulu larına do rudan yapılan ba vurularda tedavi gideri ödenmez.

5.2.2. Yönetmeli in 8 ve 10 uncu maddelerinde, özel sa lık kurulu ları sayılan serbest hekimliklere sevk ilke olarak öngörülmemi tir. Bu nedenle, di tedavileri için hastaların kendilerine en yakın resmi sa lık kurumlarına sevk edilmeleri gerekmektedir. Ancak, di tedavisi sırasında kar ıla ılan güçlükler dikkate alınarak Tebli kapsamında yer alan ki iler, do acak fiyat farkını kendilerinin ödemesi kaydıyla, kendilerinin talepleri üzerine serbest di hekimliklerine, a a ıda belirtilen esaslara göre sevkleri yapılabilir.

5.2.3. Di tedavisi için sevk edildi i resmi sa lık kurumunda herhangi bir sebeple kron ve protez tedavisine 90 gün, dolgu tedavisine 30 gün, di er di tedavilerine ise 45 gün içinde ba lanamayaca ının ilgili di hekimi tarafından belirtilmesi ve aynı sa lık kurumu ba hekimi tarafından onaylanması suretiyle istekli olan hastaların serbest di hekimliklerine veya özel sa lık kurum/kurulu larına sevkleri yapılabilir. Ancak,

bunun için kurumca gönderildi i resmi sa lık kurumu di hekimi tarafından hasta muayene edilip te his konulduktan sonra, yapılması gereken bütün tedaviler ve bo lukların ayrıntılı olarak belirlenmesi ve hangi di in tedavi edilece inin a ız eması üzerinde i aretlenmesi gerekmektedir.

Yalnız çocukluk ve okul ça ı olarak kabul edilen 5–15 ya grubundaki çocuklarda yer tutucu ve ortodontik tedaviler ile 6 ve 12 ya (1. ve 2. daimi büyük azı) di lerinin tedavilerinde (münhasıran kanal, dolgular) 90 günlük süre kaydı aranmaz ve birinci basamak resmi sa lık kurulu unda görevli di hekimlerince de yukarıda belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde serbest di hekimliklerine veya özel sa lık kurum/kurulu larına sevkleri yapılabilir.

Yukarıda belirtilen di tedavilerine ait giderlerin ödenebilmesi için, tedavi sa landıktan sonra sevk ka ısında belirtilen tedavinin yapıldı ının, kurumun di hekimi veya sevk yapan resmi kurum veya kurulu taki di hekimlerince onaylanması zorunludur.

5.2.4. Resmi sa lık kurumu bünyesinde di hekimi bulunmayan ilçelerde serbest di hekimi bulunması halinde, resmi sa lık kurumu ba hekimi tarafından serbest di hekimliklerine veya özel sa lık kurum veya kurulu larına sevk yapılabilecektir. Bu ekilde sa lanan tedavilerde, sevk ka ısında ve faturada/serbest meslek makbuzunda belirtilen tedavinin usulüne uygun yapıldı ının ilçenin ba lı oldu u bölge di hekimleri odasının temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Özel kurumlarda tedaviyi yapan di hekiminin oda temsilcisi olması halinde, onaylama i lemi en yakın yerdeki oda temsilcisi tarafından yapılacaktır.

5.2.5. Hastaların do acak fiyat farklarını kendilerinin ödeyece ini beyan ederek yapılan sevkler üzerine, yukarıda (5.2.3.) ve (5.2.4.) numaralı bentlerde belirlenen usullere uygun olarak serbest di hekimliklerinde veya özel sa lık kurum/kurulu larında yaptırılan te his, tedavi veya proteze ili kin giderlerden (EK–7) sayılı listede yer alan di tedavileri fiyat listesindeki kadarı kar ılanacak, bunu a an kısmı ise hasta tarafından ödenecektir.

5.2.6. Bu Tebli in eki “Di Tedavileri Fiyat Listesi”nde (EK–7) tespit edilen, beher kron için 40 YTL ve alt ve üst çenede tam protez için 300 YTL esas alınmak suretiyle, serbest di hekimliklerinde veya özel sa lık kurum ve kurulu larında yaptırılan kron ve proteze ili kin giderlerden;

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

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

üzerinden ödeme yapılacaktır.

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

5.2.7. Yukarıda belirtilen esaslara göre özel sa lık kurum ve kurulu ları ile serbest di hekimliklerinde yaptırılan di tedavilerine ait ücretlerin ödenmesine ili kin olarak, 5.2.5 ve 5.2.6 ncı maddelerde belirtilen fiyat tarifesine göre de il, konuyla ilgili olarak yeni bir düzenleme yapılıncaya kadar, Danı tay kinci Dairesinin 26/3/2008 tarihli ve 2007/2863 Esas sayılı yürütmeyi durdurma kararı do rultusunda i lem yapılmasına devam edilecektir.

5.2.8. Anılan listede (*) i aretli olan tedavilere ait giderlerin kar ılanabilmesi için, tedavinin konularında uzman veya doktoralı di hekimleri tarafından yapıldı ının belgelendirilmesi gerekmektedir.

5.2.9. Serbest di hekimliklerinde yaptırılan di tedavileri için yukarıdaki esaslara göre ödenecek tutarlar azami tutarlar olup, bunun dı ında hastaya serbest di hekimliklerine gidi -geli için harcırah veya benzeri herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

5.2.10. Aynı yerde birden çok resmi sa lık kurumu bulunması halinde, memurların di tedavilerini serbest di hekimliklerinde veya özel sa lık kurum/kurulu larında yaptırabilmeleri için, tedavilerinin o yerde bulunan ve bünyesinde di hekimi olan resmi sa lık kurumlarının sadece birinde yapılamayacağı nın belgelendirilmesi yeterlidir.

5.2.11. Serbest di hekimlikleri veya özel sa lık kurum/kurulu larında yapılan di tedavileri sonucunda yapılacak ödemeler sırasında, tedavinin bir bölümünün resmi sa lık kurum ve kurulu larında yapılmı olabilece i de dikkate alınarak gerçekleştirme görevlileri ve muhasebe yetkililerince gerekli itina gösterilecek ve mükerrer ödemelere sebebiyet verilmeyecektir.

5.2.12. % 40 ve üzerinde özürlü ki iler, di tedavileri için özür lülük durumunu belgelendirmek suretiyle, tüm sa lık kurum ve kurulu larına veya serbest di hekimliklerine do rudan ba vurabilirler. Ancak ba ta zihinsel özürlü olmak üzere ileti im kurulamayan veya algılama güçlü ü ya anan özürlü ki iler, di tedavileri lokal anestezi altında gerçekleştirilemiyorsa ve genel anestezi altında müdahale gereklili i söz konusu ise tedavinin, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanının sorumlulu unda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulundu u genel anestezi ile müdahale birimi olan özel sa lık kurumlarında yapıldı ının belgelendirilmesi gerekmektedir.

Özür lülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özür lülere Verilecek Sa lık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeli e uygun olarak alınan raporun onaylı bir örne i düzenlenecek faturaya eklenecektir.

5.2.13. Hastalar, ba vurdukları sa lık kurum ve kurulu larında görevli ilgili hekim tarafından, di tedavileri yapılmak üzere, hekimin kendisinin, e inin veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerine/özel sa lık kurum ve kurulu larına sevk edilemezler. Bu e kilde, sevki yapan ve tedaviyi sa layan hekimin aynı oldu u veya e i veya ortakları tarafından yapıldı ı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmeyecektir. Tek özel di hekiminin veya özel sa lık kurum veya kurulu unun bulundu u yerle im birimlerinde bu tür sevkler en yakın di er bir yerdeki ba ka bir sa lık kurumuna yapılacaktır.

6. Kan ve kan bile enlerinin temini ve bedelinin ödenmesi

Kan ihtiyacının kar ılanmasında güvenli kan temini esas olup, hasta yakınlarının kan verecek ki ileri bulmasının sebep oldu u sa lık ve sosyal sorunları önlemek için, Kızılay kan birimlerinde kan ve kan bile enlerinin bulundu u durumlarda, replasman kan alınma yöntemi tercih edilmeyecektir.

İkinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarınca, hastalar için hekimler tarafından gerekli görülen kan ve kan bile enleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.), Sa lık Bakanlığı inca ruhsatlandırılmı kan merkezleri ile Kızılay'a ait kan birimi bulunan yerlerde, bu birimlerden temin edilir. Sa lık kurumlarınca, hastalara kan temin ettirilmeyecektir.

Sa lık kurumunca temin edilmesi zorunlu oldu u halde sa lık kurumlarınca temin edilmeyerek hastaya aldırılan kan ve kan bile enlerine ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sa lık kurumundan mahsup edilir.

Tebli eki EK-8 sayılı liste üzerinden faturalandırılan tedaviler için kullanılması gerekli görülen ve sa lık kurumlarınca temin edilen kan ve kan bile enlerinin bedelleri, epikrizde kan bile eninin adı, sayısı, ünite numaralarının belirtilmesi kaydıyla, EK-8 sayılı liste fiyatları esas alınarak sa lık kurumuna ödenir.

Tebli eki EK-9 sayılı liste kapsamında yer alan i lemler için sa lık kurumlarında kullanılan kan ve kan bile enleri, Taniya Dayalı lem fiyatına dâhil oldu undan kuruma fatura edilemez.

Resmi sa lık kurumlarınca Kızılay kan birimlerinden temin edilen kan ve kan bile enlerine ili kin bedel; bu Tebli in eki Sa lık Kurumları Fiyat Listesindeki (EK-8) birim fiyatlar üzerinden % 10 indirimli olarak resmi sa lık kurumunca Kızılay kan birimine ödenir.

7. Faktör ve di er kan ürünlerinin reçetelenmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunlulu u

a) Hemofili te hisi konulan hastalar, te hisi koyan hastane tarafından "Hemofili Bildirim Formu" düzenlenerek, Sa lık Bakanlığı na bildirilecektir.

b) Hemofili hastaları bildirim formu, eksiksiz olarak doldurulacaktır.

c) Hemofili hastaları için en az bir hematoloji uzman hekiminin imzasının da bulundu u sa lık kurulu raporu düzenlenecektir. Hemofili hastaları için düzenlenen sa lık kurulu raporlarında, faktör düzeyleri ve hematoloji uzman hekimi ibaresi mutlaka belirtilecektir. Hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde sa lık kurulu raporu üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir.

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

d) Faktör dı ındaki di er 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 sa lık kurulu raporlarına ba lı olarak uzman hekimler tarafından yazılabilecektir. Ancak, acil hallerde kullanılması zorunlu olan ürünlerden yalnız tetanoz ve anti D immünglobulinleri için sa lık kurulu raporu ve mor reçete artı aranmayacaktır.

Hastanelerde yatan hastalarda; faktör dı ındaki kan ürünleri için sa lık kurulu raporu gerekli de ildir.

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

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

g) Hemofili takip karnesini alamadan herhangi bir nedenle hastalanmış olanların ilaçları, ilgili uzmanlar tarafından, bir kereye mahsus olmak üzere Sağlık Kurulu raporuna istinaden "Kan Ürünleri Reçetesi"ne yazılabilir.

Karnesiz ikinci defa tedavi görme 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 birleştiren tek bir form halinde Sağlık Bakanlığına gönderecektir.

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

i) Hastanın bağlı bulunduğu kurumun de i mesi halinde, bu de i klik ilgili kurum tarafından Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

j) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

8. Organ ve doku nakli tedavileri

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

Organ nakli tedavileri, bünyesinde "Organ Nakli Merkezi" bulunan Sağlık Kurumlarında gerçekleştirilecektir.

Yurtiçinde veya yurtdışında organın bulunması halinde organın bulunduğu yere en kısa sürede ulaşılabilmelerinin temini veya gerek yurtiçi gerekse yurtdışında bulunan organın, organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesi için kullanılacak muhtat vasıta, özel uçak veya helikopter ile ilgili nakliye/transfer masrafları hastanın kurumunca karşılanır.

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

Sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilere kadavradan organ naklinde, kadavradan organ alımının, naklin yapıldı ı sa lık kurumunca yapılması ve fatura edilmesi halinde, Tebli eki EK-9 sayılı listede P911145 kodu ile yer alan "transplantasyon için kadavradan organ alımı" i lem bedeli ödenir. Kadavradan organ alımının nakli yapan sa lık kurumunca yapılmaması durumunda organ alımının yapıldı ı sa lık kurumunca, organın sa lık yardımlarından yararlandırılan ki iye nakil yapıldı ının belgelenmesi ve Kuruma fatura edilmesi halinde, söz konusu i lem bedeli, organ alımının yapıldı ı sa lık kurumuna Tebli eki EK-9 sayılı listede P911145 kodu ile yer alan "transplantasyon için kadavradan organ alımı" i lemi üzerinden ödenir.

Kemik ili i nakli tedavilerinde, hastaların anne, baba, karde ve çocuklarından HLA doku grubu uyumlu vericisi bulmak amacı ile yapılan doku uyumluluk testlerinin giderleri (dü ük rezolüsyon DNA veya serolojik testler) ile bu adaylar arasından uygun vericisi bulunamayan hastaların toplam 10 adayı geçmemek üzere dördüncü dereceye kadar akrabalarından (dördüncü derece dâhil) ek HLA doku grubu belirleme testlerinin giderleri hastanın kurumu tarafından ödenir.

Aile içi ve/veya geni letimli aile taraması sonucu uygun verici bulunamadı ı takdirde; Tebli eki "Kemik ili i Doku Bilgi Bankaları Listesi"nde (EK-1/Ç) yer alan Sa lık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmi yurt içindeki kemik ili i doku bilgi bankalarınca, öncelikle yurt içi verici kaynakları taranacak olup tarama sonucu uygunluk gösteren kemik ili i verici adayı bulunamaması veya tarama süresi 1 ayı geçti inde, yurtdı ı verici kaynaklarının taranmasına da ba lanabilecektir.

Yurt içindeki kemik ili i doku bilgi bankaları arası akraba dı ı birinci a ama kemik ili i verici taraması taleplerinde sevk istenmeyecektir. Kemik ili i doku bilgi bankalarınca birinci a ama i lemlerin Tebli eki EK-8 sayılı listede yer alan "705.090" ve "705.110" i lem kodları üzerinden, adres, serolojik yöntem doku tipi do rulama ve onay alma i lemlerinin "705.100" ve "705.120" i lem kodları üzerinden faturalandırılması gerekmektedir.

Yurt içi ön taramalarda belirlenen verici adaylarının, "Doku Tipleme Laboratuvarları Listesi" nde (EK-1/F) yer alan Sa lık Bakanlığı nca ruhsatlandırılmı laboratuvarlarda yapılan yüksek çözünürlük DNA testi ile HLA doku grubu do rulama testleri giderleri, toplam 20 adayı geçmemek üzere kurum tarafından kar ılanır.

Akraba dı ı kemik ili i vericisinin ülkemizde bulunması halinde "yurt içi kemik ili i temini" bedeli Tebli eki EK-9 sayılı liste üzerinden kemik ili i doku bilgi bankasına fatura kar ılı ı fatura bedelini a mamak üzere ödenir.

Tedavisi için kemik ili i nakli gereken ve yurt içinde uygun vericisi bulunmadı ı ülkemizdeki kemik ili i doku bilgi bankalarınca rapor edilen hastalar için, yurtdı ndaki kemik ili i bankaları aracılı ı ile 8/8 veya 7/8 doku tipi uyumu gösteren (HLA A, B, DR dü ük çözünürlük ve HLA DR yüksek çözünürlükte ya da HLA A, B, C ve DR dü ük çözünürlükte) kan örnekleri, (bir defada en fazla 10, toplamda 25 ki iyi geçmemek üzere) beklemeden getirtilerek Tebli eki EK-1/F sayılı listede yer alan yurt içi laboratuvarlarda yüksek çözünürlükte DNA yöntemi ile HLA doku grubu analizine tabi tutulur. Bu testlerin ücretleri kurum tarafından kar ılanır.

Uluslararası kemik ili i bankalarından yapılan taramalarda 8/8 veya 7/8 uyumlu verici adayı bulunamayan hastalar için e er hastaya nakil yapacak merkez ve hekimi onaylıyorsa daha az HLA uyumu gösteren kordon kanı ara tırılır ve uygun bulunursa getirtilir.

Kemik ili i/kordon kanının yurt dı ndan Türkiye'deki nakil merkezlerine getirilmesi Türkiye'deki kemik ili i doku bilgi bankasının görevlendirece i bir kurye

tarafından gerçekleştirilir. Kemik iliğinin Türkiye'deki nakil merkezine getirilme masrafları, Amerika ve Avustralya için 3000 Euro karlıdır. YTL, diğer ülkeler için 1500 Euro karlıdır. YTL'sini geçmemekle birlikte fatura karlıdır kurumca ödenir. Masraflara; yurtdışı birimi ile yapılacak organizasyon giderleri (telefon, faks vb.), kemik iliği bankası kuryesince taşınması ve konaklama ücreti dahildir. Bankanın kuryesinin olmadığı durumlarda kemik iliği/kordon kanı Türkiye'deki nakil merkezine yabancı ülkenin kuryesi tarafından getirilir.

Yurtdışından kemik iliği/kordon kanı getirilme sürecinde, yurtdışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kök hücre toplanması gibi giderlerin her biri için Dünya Kemik İliği Vericileri Birliği (WMDA) tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı'na onaylanan bedel kurumca (yurt içi doku bilgi bankasının ilgilendirildiği sağlık giderleri müdürlüklerince), yurtdışı veya yurt içi kemik iliği doku bilgi bankasına ön ödeme ekinde ödenir. Ön ödeme bir ay içerisinde belge karlıdır kapatılır.

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

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

9. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri

9.1. Bulaşıcı hastalıklara yönelik sağlık hizmetleri

9.1.1 Bedeli ödenmeyecek bulaşıcı hastalıklara yönelik hizmetleri

Aşağıda sayılan bulaşıcı hastalıklara yönelik sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na ücretsiz olarak sunulduğundan ayrıca bedeli ödenmeyecektir.

a) Sağlık Bakanlığı'na Genel İhtilaf Bulaşıcı Hastalıklar Programı kapsamında yer alan aşılar,

b) "Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı" kapsamında yapılan tıbbi aşı bedelleri,

c) (9.1.2) numaralı maddede sayılmayan bulaşıcı hastalıklara yönelik hizmetlerinin bedeli;

9.1.2. Bedeli ödenecek bulaşıcı hastalıklara yönelik hizmetleri

Sağlık Bakanlığı'na Genel İhtilaf Bulaşıcı Hastalıklar Programı kapsamına dahil olmayan aşı bedelleri, kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünyüpresif tedaviye bağlı olarak bulaşıcı hastalık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden ödenir.

Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakım evi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelemeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; astım dahil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu,

hemoglobinopatisi veya immün yetmezlikli olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay–18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde yılda bir defaya mahsus olmak üzere ödenir.

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

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

9.2. Bedeli ödenecek erken tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri

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

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

KETEM tarafından yapılmak üzere;

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 i lemler

Tüp bebek tedavisi öncesi i lemlerin 23 ya ını doldurmu , 40 ya ından gün almamı kadınlara uygulanması durumunda bedeli ödenir.

10.1.1. Klasik ovulasyon indüksiyonu

Her siklus için kadın hastalıkları ve do um uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu düzenlenecektir. Raporu da, kaçınıcı siklus oldu u belirtilecek ve gerekli ilaçlar kadın hastalıkları ve do um uzman hekimi tarafından reçete edilecektir.

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

En fazla 2 (iki) siklus ve toplamda 3000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedeli ödenir. ki uygulamadan (siklus) sonra yapılan klasik ovulasyon indüksiyonu tedavisi için uygulanan gonadotropin bedeli ödenmez.

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

10.1.2. ntra uterin inseminasyon (IUI)

Tüp bebek tedavisi i lemleri için belirlenen kriterler, intrauterin inseminasyon (artifisiel inseminasyon) için de geçerlidir.

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

10.2. Tüp bebek tedavisi i lemleri

10.2.1. Bir hastalı ın tedavisi amacıyla uygulanan tüp bebek i lemleri

Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin ba ka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve tıbben zorunlu görülmesi halinde bu çocu un tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi karde do masına yönelik olarak Kemik li i Transplantasyon Merkezi bulunan üçüncü basamak sa lık kurumlarının sa lık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildi i tıbbi genetik uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tüp bebek tedavilerine ili kin giderler kurumlarca kar ılanır.

Aileler, söz konusu sa lık kurulu raporuna istinaden Sa lık Bakanlı ı tarafından ruhsatlandırılmı üremeye yardımcı tedavi merkezlerinden (tüp bebek merkezi) birine ba vurabilirler.

Tüp bebek tedavisinde kullanılacak ilaçlar, söz konusu sa lık kurulu raporuna istinaden tüp bebek tedavisinin yapıldı ı üremeye yardımcı tedavi merkezinin kadın hastalıkları uzman hekimlerince yazılacaktır. Her bir tüp bebek denemesine ili kin olarak toplamda 3000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedeli kurumlarca kar ılanır.

10.2.2. Di er tüp bebek tedavisi i lemleri

Evlî olmakla birlikte e llerden herhangi birinin evlat edinilmi çocukları hariç soyba ı kurulmu sa çocu unun olmaması ko uluyla kadın ise kendisinin, erkek ise bakmakla yükümlü oldu u karısının;

a) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadı ının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabilece ine dair sa lık kurulu raporu düzenlenmi olması,

b) 23 ya ını doldurmu , 40 ya ından gün almamı olması,

c) Son üç yıl içinde di er tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamı oldu unun sa lık kurulları tarafından belgelenmesi,

artlarının birlikte gerçekleştirilmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavilerine ili kin giderler kurumlarca kar ılanır.

Tüp bebek tedavi bedeli, Sa lık Bakanlı ınca ruhsatlandırılmı üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde yapılması halinde ödenir. Sa lık kurulu raporuna ba lı olarak ki iler tercih ettikleri tüp bebek merkezine müracaat edebilirler.

Tüp bebek tedavisi için düzenlenecek sa lık kurulu raporu, bünyesinde kadın hastalıkları ve do um klini i ile üroloji klini i (bünyesinde üroloji klini i bulunmayan ancak, üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptı ı, e itim veren kadın-do um hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak sa lık kurumlarında iki kadın hastalıkları ve do um uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile olu turulan sa lık kurulları tarafından düzenlenecektir. Sa lık kurulu raporlarında, hastanın ya ı ve kimlik bilgilerinin yanında, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

Sa lık kurulu raporlarında, son üç yıl içinde di er tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamı oldu unun belirtilmesi yeterli olup, ekinde veya raporda te hise esas belge ve bilgiler ayrıca aranmayacaktır. Ancak bu belgelerin hasta dosyasında bulunması ve gerekti inde ibraz edilmesi zorunludur. Ayrıca, evli çiftlerin çocuklarının olup olmadı ı ile e ller için vukuatlı nüfus kayıt örne i, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

Tebli eki ilaç listelerinde yer almak kaydıyla tüp bebek tedavisinde kullanılacak ilaçlar, sa lık kurulu raporuna istinaden tüp bebek tedavisinin yapıldı ı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları uzman hekimlerince yazılacaktır.

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

En fazla 2 (iki) siklus ve toplamda 6000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedeli kar ılanacaktır.

Tüp bebek tedavisine ba lanan kadının deneme öncesi 40 ya ından gün almı olması durumunda, yardımcı üreme yöntemi tedavisine ait bedeller, tedaviye daha önce ba lanmı olsa dahi kar ılanmaz.

Örnek; 8 Mart 1985 do umlu kadının, tüp bebek tedavisi giderlerinin kar ılanabilmesi için; 8 Mart 2008 tarihinden sonra, 8 Mart 2024 tarihinden önce tedavinin yapılmı olması gerekir.

10.2.3. Tüp bebek tedavisi i lem bedeli ve ödeme esasları

Tüp bebek tedavisi Tebli eki EK-9 sayılı listede 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 i lemi öncesi kadın ve erke e yapılan tetkik ve tahlil bedelleri ile kullanılan her türlü sarf malzemesi dahildir. Birinci ve ikinci denemelerde en fazla birer yıla kadar embriyo freezing bedeli ayrıca ödenir.

Tüp bebek tedavi bedelleri, kadın ve erke in farklı kamu sa lık güvencelerine sahip olması halinde tedaviye ba lanılmasını gerektiren faktörlere ba lı olmaksızın, kadının kurumunca kar ılanır.

Do al yollarla veya tüp bebek yöntemiyle bir veya birden fazla çocuk sahibi olan ailelerin, daha sonra erkek ve/veya kadında geli en kısırlı a (sekonder infertilite) ba lı olarak çocuk sahibi olamadıkları gerekçesiyle tüp bebek tedavisi yaptırılmaları durumunda, bu durumları sa lık kurulu raporu ile belgelendirilse dahi tüp bebek tedavisine ait giderler kar ılanmayacaktır.

Üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, tüp bebek kapsamında yapılan her türlü tıbbi i lemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların do ru ve sa lıklı bir ekilde tutulması ve muhafazasında, merkez sorumlusu ve ruhsat (uygunluk belgesi) sahibi ki iler, mü terek ve mü teselsilen yükümlüdür. Ayrıca, evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile kadının ya nını tespit etmek için vukuatlı nüfus kayıt örne i, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

11. Kaplıca tedavileri

Kaplıca tedavileri için gerekli sa lık kurulu raporları, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin de yer aldığı en az üç uzman hekimden olu an sa lık kurullarınca düzenlenecektir. Sa lık kurulu raporunda, tanı, önerilen tedaviler, seans ve gün sayısı bilgilerinin yer alması zorunludur.

Yönetmeli in 28 inci maddesine göre, sa lık kurulları tarafından kaplıcalarda tedavilerine gerek görülenler, Sa lık Bakanlı nca ruhsat verilen kaplıcalarda tedavi ettirilirlir. Sa lık Bakanlı ı tarafından ruhsatlandırılmayan kaplıcalarda tedavi görenlerin kaplıca tedavilerine ait bedeller ödenmez.

Kaplıca tedavisi amacıyla memuriyet mahalli dı na gönderilenlere 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre yol masrafı, gündelik ve anılan Kanunun 33 üncü maddesinin (d) fıkrası gere ince yatacak yer temini için ödedikleri ücretleri belgelendirmeleri halinde, belge bedelini a mamak ve her defasında on gün ile sınırlı olmak üzere, gündeliklerinin tamamına kadar olan kısmı ayrıca ödenecektir. Bunların dı nda ayrıca yatak ve yemek bedeli kar ılanmayacaktır. Kaplıca tedavisine ili kin sa lık kurulu raporunda öngörülmesi kaydıyla refakatçi için de harcırah ödenecektir.

Kaplıca tedavilerine ait giderler, hasta tarafından kar ılanacak olup tedaviye ili kin fatura ve sa lık kurulu raporuna dayanılarak, her bir gün için, bir adet olmak üzere Tebli eki EK-8 sayılı listede 702.020 kodu ile yer alan "banyo-kaplıca" bedeli üzerinden hastaya ödenir. Tebli de yer alan di er i lemler faturalandırılırsa dahi bedelleri ödenmez.

12. Reçete ile sa lık raporu ve ilaç yazım ilkeleri

İlaç bedellerinin kurumlar tarafından ödenebilmesi için, reçete yazımında ve rapor düzenlenmesinde a a ıda belirtilen hususlar uygulanacaktır.

12.1. Reçete ve sa lık raporlarının düzenlenmesi

12.1.1. Ayaktan tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

Sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilere ayakta tedavi sırasında kullanılması gerekli görülen ilaçlar için, sa lık karnelerinde bulunan reçetelerin kullanılması zorunludur.

Düzenlenen reçetelerde mutlaka te his yer alacaktır. Reçetede yazılı ilaçlar ile te his arasında, Tebli de te hise dayalı düzenleme yapılan ilaçlar hariç endikasyon uyumu aranmayacaktır.

Reçetelerde, hekimin adı soyadı, kurulu /kurumun adı, hekimin ana uzmanlık dalı ile birlikte var ise yan uzmanlık dalı, asistanlar için ihtisas yaptı ı uzmanlık dalı ve hekimin diploma numarası veya Sa lık Bakanlığı nca verilen doktor diploma tescil numarası bilgileri ve hekimin ıslak imzası mutlaka yer alacaktır. Ayrıca reçetelerde hasta adı soyadı, reçete tanzim tarihi ve protokol numarası yer alacaktır. mza dı ındaki bilgiler, el yazısı ile yazılabilece i gibi ka e veya bilgisayar ortamında veya hastane otomasyon sistemleri tarafından basılan etiketin/barkodun yapı tırılması ekinde olabilir. Bu reçetelerde, kurum ba hekiminin onayı ve mühür aranmayacaktır.

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

Üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, e itim aldıkları bran uzman hekiminin yazması gereken ilaçlar ile Tebli ve eki listelerde uzman hekimlerce yazılabilece i belirtilen ilaçları yazabilir.

Herhangi bir uzman hekim tarafından reçete edilebilen tüm ilaçlar, aynı uzmanlık e itimi üzerine yan dal uzmanlı ı yapmı olan hekimlerce de reçete edilebilecektir.

Sa lık Bakanlığı nca aile hekimli i sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimli i uzman hekiminin yazabildi i tüm ilaçları reçete edebilirler.

Sa lık raporuna istinaden yazılacak ilaçlar, Tebli ve eki listelerde aksine bir hüküm olmadıkça, bu sa lık raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

12.1.2. Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

Yatarak tedavilerde hastanede kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur. Hasta tarafından kullanılması gereken ilacın hastane tarafından temin edilmeyerek hastaya dı ardan aldırılması durumunda, hastanın kurumu tarafından reçete muhteviyatı ilaca ait faturada yer alan tutar hastaya veya eczaneye ödenecek ve sa lık kurumunun faturasından ilaç için ödenen tutar kadar kesinti yapılacaktır.

Resmi sa lık kurumunun ba hekimli i tarafından hastaya aldırılan ilacın ihale yöntemi ve do rudan alım ile temin edilemedi inin, eksik ödemenin yapıldı ı faturanın bir örne inin/fotokopisinin ekli oldu u bir yazı ile hastanın kurumuna bildirilmesi halinde, eksik ödenen tutar sa lık kurumuna ödenecektir.

Yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlar için 4 kalem ilaç sınırlaması dikkate alınmaz.

Günöbirlik tedavilerde kullanılan ilaçların hastanelerce temini zorunlu olmayıp, reçeteyi düzenleyen hekim tarafından günöbirlik tedavi kapsamında oldu unun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar serbest eczanelerden de temin edilebilir.

Taburcu olan hastalar için reçeteye yazılan ilaçlar, ayaktan tedavi kapsamında de erlendirilir.

12.1.3. Sa lık raporlarının düzenlenmesi

Sa lık raporu formatları konusunda Sa lık Bakanlı ı düzenlemelerine uyulacaktır.

Sa lık raporlarının düzenlenmesinde, Tebli in 19 uncu maddesi dikkate alınacaktır. Bu raporlar, Tebli de yer alan istisnalar saklı kalmak kaydıyla 19.1 inci madde do rultusunda uzman hekim tarafından düzenlenecek olup 19.2 nci maddeye göre düzenlenen sa lık kurulu raporları da geçerli kabul edilecektir.

Sa lık raporlarında, Tebli ve eki listelerde özel düzenleme yapılmı ilaçlar hariç olmak üzere, ilaç dozlarının belirtilmesi art olmayıp, etken madde adının yazılması yeterli olacaktır. Sa lık raporuna etken madde adının yazılmasının yeterli oldu u ilaçlar için hastanın kullanaca ı ilacın etken madde miktarı ve günlük kullanım dozu reçete ile düzenlenecektir. Raporda ilacın etken madde miktarının ve günlük kullanım dozunun ayrıntılı olarak belirtilmi olması halinde belirtilen doz miktarı a ılamaz.

Hasta katılım payı muafiyeti için düzenlenen sa lık raporlarında, te his ve ICD-10 kodu yer alacaktır.

Sa lık raporları, Tebli de özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir. Bu Tebli in yürürlü e girmesinden önce düzenlenen sa lık raporları, süre bitim tarihlerine kadar geçerlidir.

Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ili kin yazım hataları ile Tebli hükümlerine göre eksikli i bulunan sa lık raporları (ilacın kullanım dozu, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi eması, ICD-10 kodu), aslına sadık kalmak kaydıyla raporun çıktı ı hastanede raporu düzenleyen hekimin ka e ve imza onayı ile düzeltilmesi ve bunun ba hekimlik mührü ve imzası ile onaylanması ko uluyla düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren rapor süresinin sonuna kadar geçerlidir.

Sa lık raporlarına dayanılarak reçete edilen ilaçlar için, hastalardan ve raporu düzenleyen sa lık kurumlarından, Tebli ve eki listelerde belirtilen özel durumlar haricinde ek bilgi ve belge talep edilmeyecektir.

12.2. Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

Ayaktan yapılan tedavilerde, 12.3 üncü maddede belirtilen durumlar dı ında, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç yazılır ve her kalem ilaçtan bir kutunun (ilaçların parenteral ve topikal formları, lavman, majistraller 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.

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.

Antiinflatuar ve antiromatizmal grubu ilaçların solid-oral formlarında büyük ambalaj kapsamına giren ilaçlar ayaktan tedavide, tek uzman hekim tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak reçete edildiklerinde, küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edildiklerinde bedelleri ödenir. Bunların dışında kalan ilaçlarda da ayaktan tedavide küçük ambalaj verilmesi esas olup, aynı dozda birden fazla formu olan emme ilaçlarının 4 haftalık tedavi dozunu geçen ambalaj formları için sağlık raporu düzenlenmesi zorunludur.

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.

Sağlık raporu aranmaksızın:

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

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

reçete edildiği takdirde bedeli ödenir.

Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığı'nca verilen onayla mümkündür. Tebliğ ve eki ek-2 sayılı listede yanında (*) yıldız işaretli bulunan ilaçların haricinde yer alan ilaçların Tebliğ ve eki ek-2 sayılı listede belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı'nın endikasyon dışında kullanım onayı aranmaz.

12.3. Hasta katılım payından muaf ilaçlar

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

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

Sağlık raporuna istinaden EK-2 sayılı listede yer alan hastalıklarda kullanılan ilaçlar için, 12.2 nci maddede belirtilen 4 kalem sınırlaması dikkate alınmaz.

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

12.4. Yatan hastalarda kullanımı halinde bedeli ödenecek ilaçlar

Tebli eki "Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi"nde (EK-2/B) yer alan ilaçların (anestezikler dâhil) bedeli, sadece sa lık kurumlarında yatan hastalarda veya özel düzenlemeler saklı kalmak kaydı ile günübirlik tedavilerde kullanımı halinde ödenecektir.

Tebli eki EK-2/B sayılı listede yer alan ilaçların reçete edilmesinde, Tebli in 12.1.2 maddesindeki esas ve usullere uyulacaktır. Bu ilaçların ayakta tedavilerde reçetelere yazılması durumunda ödeme yapılmayacaktır.

12.5. Ayakta tedavide kullanımı sa lık raporuna ba lı ilaçlar

Tebli eki "Ayakta Tedavide Sa lık Raporu ile Verilebilecek İlaçlar Listesi"nde (EK-2/C) yer alan ilaçların ayakta tedavilerde kullanımı gerekti i durumlarda, Tebli ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, düzenlenen sa lık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Tebli eki EK-2/C sayılı listede yer alan ilaçlar için raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilecektir. Düzenlenen raporlar, tedavi süresi boyunca geçerlidir. Bu süre iki yılı geçemez.

Tebli eki EK-2/C sayılı listede yer almakla birlikte, "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi"nde (EK-2) yer almayan ilaçlardan hasta katılım payı alınacak, Tebli eki EK-2 sayılı liste kapsamında olanlardan ise katılım payı alınmayacaktır.

Uzman hekim tarafından düzenlenen sa lık 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

Bedeli ödenecek olan ilaçlar bu Tebli e ekli (EK-2/D) sayılı "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi"nde belirtilmi tir. Bu listede ticari isimleri ve barkot numaraları yer almayan ilaçların bedelleri ödenmez. Yurt dı ından temin edilen ilaçlar için özel düzenlemeler saklıdır.

12.7. Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ili kin düzenlemeler

A a ıda belirtilen düzenlemeler, ayakta tedavi 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 (eri kin 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, di er hastalık modifiye edici ilaçlarla kontrol altına alınamadı ı veya bu ilaçların kullanımının

kontrendike oldu u iç hastalıkları, romatoloji, immünoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporunda belirtilmek artıyla bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Raporunda ilacın kullanım dozu ve kullanım süresi belirtilecektir.

c) Altın preparatları kullanım ilkeleri; altın preparatları kullanımından önce di er antiromatizmal ilaçlar ile tedavi yapılacaktır. Bu tedaviye cevap alınamaması durumunda ve tedavinin devamı gerekti inde; uzman hekim raporu düzenlenecek, raporda ayrıca daha önce yapılan tedaviden alınan sonuçlar, tedavinin ne kadar süredir devam etti i, yeni kullanılacak ilacın kullanım dozu, kullanım süresi ve ayrıntılı tedavi eması da belirtilecektir.

ç) Biyolojik ajanlardan Anti TNF (infliksımab, etanarsept, adalimumab, rituksımab gibi) ilaçların kullanım ilkeleri;

Romatoid artritli hastalarda, en az 2 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az 3'er ay olmak üzere kullanımı olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadı ı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5.1) veya yan etki nedeniyle bu ilaçların kullanılmadı ı 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 kullanılmadı ı 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 ndeksi (BASDA) > 4, Visual Analog Skoru (VAS) 0-10cm) kullanılmadı ı hallerde,

-Psöriatik artritli hastalarda, hastalık modifiye edici ajanlardan en az ikisi (tek tek veya kombinasyon ekinde) standart dozda en az altı ay kullanımı sağ ve yanıt alınmaması (bir ay arayla yapılmı iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç i eklem olması) veya toksisiteden dolayı altı aydan daha kısa sürede yukarıdaki ilaçlar kesilmek zorunda kalınması;

bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde Anti TNF ilaçlar kullanılabilir.

Bu maddenin (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen ilaçlar; eriklin/ pediatrik romatoloji veya eriklin/ pediatrik 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;

intravenöz 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 tekni i konusunda hastaya veya hasta yakınına

e itim verildikten sonra ilgili uzman hekim uygun gördü ü ve uzman hekim raporunda "Mahallinde tedavisi sürdürülebilir" ibaresine yer verdi i taktirde hastane dı ında uygulanmak üzere üç aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

lacın etkinli i, ilaca ba landıktan üç ay sonra bu ilaç için uzman hekim raporu düzenlemeye yetkili hekim tarafından de erlendirilerek tedaviye devam edilece i raporda belirtilir, yeterli cevap alınamamı sa (Romatoid artrit için, DAS 28'de 0.6 puandan, periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilit için, BASDA '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 di er antiromatizmal ilaçlar, gerekli oldu u hallerde raporda belirtilmek ko uluyla ve yukarıda belirtilen artlarda, kombine olarak da kullanılması halinde bedeli ödenir.

Psoriyazis vulgariste; üniversite hastaneleri veya e itim ve ara tırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekimince düzenlenen, di er hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli oldu unu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten uzman hekim raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edildi inde bedeli ödenir.

Efalizumab; psoriyazis hastalı ının tedavisinde hastanın klinik durumuna göre öncelikle topik tedaviler (topik steroidler, topik v.b.) bunlardan cevap alınamadı ında sistemik tedavilerin (retinoik asit, metotreksat v.b.) kullanılması ve bu tedaviden de cevap alınamaması durumunda bunların belirtildi i üniversite hastaneleri ve e itim ve ara tırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin bulundu u 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 hastalı ında; di er tedavilere cevap vermeyen fistülize vakalarda bu durumun ve daha önce almı oldu u 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 sa lık tesislerinde klinik ko ullarda uygulanması ve iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Yukarıda bahsedilen durumların tedavisi için düzenlenen uzman hekim raporlarının süresi, ayrıca süre belirtilenler hariç olmak üzere bir yılı a mayacaktır, raporun tekrarı halinde aynı kriterler geçerlidir.

Rituksimab, Romatoid Artritli hastalarda; methotrexat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artritli bulunan ve bir veya daha fazla TNF (tümör nekrozis faktör) inhibitörü tedavilerine kar ın hastalı ı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU>5.1 OLAN) eri kin hastalarda, en çok 2 kür (4 infüzyon eklinde) olarak, yalnızca üniversite veya e itim ve ara tırma hastanelerinde bulunan romatoloji veya klinik immünoloji bilim dallarında veya kliniklerinde hazırlanan en az bir romatoloji veya klinik mmünoloji uzmanının bulundu u sa lık kurulu raporuna dayanılarak, bu hekimler tarafından reçetelenmek ve klinik ortamda uygulanmak kaydı ile 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 (eri kin ve çocuk), nöroloji (eri kin ve çocuk) uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri

tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildi inde bedeli ödenir.

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

Aripiprazolün; bipolar I bozuklu un akut mani epizotlarının tedavisi endikasyonunda, çe itli nedenlerle di er yeni nesil antipsikotik ilaçların kullanılmadı ı ya da etkisiz kaldı ının hasta adına düzenlenen raporda ya da reçetede belirtilmesi kaydı ile reçetelenmesi halinde bedeli ödenir.

Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin oral formları, psikiyatri (eri kin ve çocuk) veya nöroloji (eri kin ve çocuk) uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna, parenteral formları ise yalnızca psikiyatri (eri kin ve çocuk) uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak di er hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Yeni nesil (Atipik) antipsikotikler dı ndaki 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 artlarda, tek doz olarak, di er 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 di er hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

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

12.7.3. A ı ve serum temini uygulaması

Enjektabl allerji a ı endikasyonları;

nhalen alerjen duyarlılı ı oldu u cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmi , en fazla 2 farklı grup inhalen allerjene kar ı duyarlı ı olan, en az 3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ile hastalı ın kontrol altına alınamadı ı ;

1. Allerjik bron astımı,
2. Allerjik rinit,
3. Allerjik konjoktivit,
4. Venom alerjisi,

durumlarında, bu durumların allerji veya klinik immünoloji uzman hekimlerinden birinin yer aldı ı, tedavi protokolunu gösterir resmi sa lık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedeli kurumlarca kar ılanır. İlk reçetelendirme allerji veya klinik immünoloji uzman hekimleri tarafından yapılacaktır.

Sa lık kurulu raporuna istinaden tedavinin devamı niteli indeki di er reetelendirmeler bu hekimlerin yanı sıra, ocuk sa lı ı ve hastalıkları, kulak burun bo az, göz hastalıkları, göz s hastalıkları, iç hastalıkları veya aile hekimli i uzman hekimleri tarafından yapılabilir.

Tedavi arı venom alerjisi hariç 5 yılı geçemez.

Alerji a ıllarının oral formları ödenmez.

Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sa lık raporu aranmaksızın ödenir.

12.7.4. Rasburicase kullanım ilkeleri

Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli veya akut lösemi tanısı almı ve beyaz küre sayısı 100.000/mm³'den fazla olan, allopurinol ve hidrasyon tedavisine ra men böbrek fonksiyonları bozulmu (kreatin > 2 mg/dl, kreatin klerensi < 50 ml/dakika) veya allopurinoln kontrendike oldu u hastalarda prospektüs artlarına (en fazla 5 günlük tedavi) göre yatan hastalarda kullanılır. ocuk veya eri kin hematoloji, tıbbi onkoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu do rultusunda bu uzman hekimlerden birinin yazdı ı reçeteye göre, raporda laboratuvar sonuçlarının yer alması kaydıyla bedeli ödenir.

12.7.5. Botulismus toksini Tip A

Botulismus toksini, ayaktan ve yatan hastalarda yalnızca;

a) Gz adalesi fonksiyon felçleri bozuklukları,

-Blefarospazm,

-Hemifasiyal spazm,

-Servikal distoni (spazmodik tortikollis),

-EMG esnasında uygulanacak fokal distoni,

-Eri kinlerde inme sonrası gözlenen fokal spastisite,

endikasyonlarında sadece organik nedenleri ekarte edilmi ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren niversite hastaneleri, e itim ve ara tırma hastanelerinde uygulamayı yapacak; göz hastalıkları veya nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının herhangi cnn yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

b) Pediatrik serebral palsi endikasyonunda: Üniversite hastaneleri veya e itim ve ara tırma hastaneleri ile eri kin veya ocuk spastisite dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ocuk nörolojisi veya ocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak belirtilen uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 10 ya a kadar; sistemik hastalı ı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fikst kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır.

Yukarıda sıralanan tüm endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrarı dü ünülen hastalarda 6 ay sonra yeni bir sa lık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1000 üniteyi a mamak üzere yapılabilir. Bu endikasyonlar dı nda bedeli ödenmez.

12.7.6. Büyüme hormonu kullanım esasları

Hastanın ya grubuna göre çocuk veya eri kin endokrinoloji uzman hekimlerinin birinin yer aldığı sa lık 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 ya ı ve fiziki boy uzunlu u bu rapora yazılacaktır.

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

A) Çocuklarda;

Tedaviye ba lanabilmesi için hastanın ilgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyüme hızı izlendikten sonra; büyümeyi etkileyen sistematik bir hastalı ı veya beslenme bozuklu u olmayan hastalarda;

1) Yıllık büyüme hızı;

-0-4 ya 6 cm'nin altında,

-4 ya üzeri 4,5 cm'nin altında,

-Puberte'de; izleme süresi ve büyüme hızı hastanın di er bulgularına göre endokrinoloji/çocuk endokrinolojisi uzman hekimince de erlendirilmesi;

2) Kemik ya ı;

-Puberte öncesi için kronolojik ya a 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 telar ın olması, kemik ya ının kızlarda 8'in, erkeklerde 10'un üzerine çıkması, pubertenin ba langıcı olarak kabul edilecektir.)

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

Hastanın ya 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 ya ı takvim ya ına 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 ra men e er büyüme hormonu salınımında bir bozukluk söz konusu ise, yani nörosekretuar disfonksiyon söz konusu ise ya da; hastada biyoaktif büyüme hormonu saptanmı 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 artılar aranmaz.

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

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

Sonlandırma kriterleri;

1. Epifiz hattı kapandı mı veya
2. Yıllık büyüme hızı 5 cm ve altında oldu mu veya
3. Boy uzunluğu kızlarda 155 cm ye erkeklerde 165 cm ye ulaştı mı veya
4. Tedavi esnasında boy 25 percentile ulaştı mı, tedavi sonlandırılacaktır.

B) Erikinlerde;

1) Epifiz hatları açık olan erikin yaşı 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 kapandı mı için tedavisi kesilen hastalarda tekrarlanan iki adet büyüme hormonu uyarı testine yetersiz yanıt alınması (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erikin dozda büyüme hormonu tedavisi başlanabilir.

b) Erikin yaş grubunda hipotalamohipofizer hastalıklara bağlı büyüme hormonu eksikliği düşünülen hastalarda, 2 adet büyüme hormonu uyarı testine yetersiz yanıt alınması (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erikin 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 olduğu raporda belirtilmesi gereklidir.

5) Büyüme hormonu, büyüme hormonu tedavisine karar verilen hastalara erikin endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak erikin endokrinoloji, iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmiş bedeli

ödenecektir. Rapora tedavi eması ile ilgili ayrıntılı bilgi yazılacaktır. Bu rapor en fazla 6 ay süreyle geçerli olacaktır.

12.7.7. Düşük molekül a ırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri

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.

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

Diyaliz tedavilerinde, heparinler Tanıya Dayalı İlem 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 a ırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya

-“Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar veya

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

malnütrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

b) Parenteral beslenme ürünleri;

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

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

a) Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri:

Eritropoietin ve darbepoetin preparatları sadece kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili kili anemi endikasyonunda a ıda belirtilen koşullarda kullanılacak olup, diğer endikasyonlarda kullanılmaz.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) de erlerine bakılacaktır. Bu de erler 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 oldu unda hemoglobin de eri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin de eri 11-12 gr/dl arasındır. Hemoglobin de eri 11 gr/dl'ye ulaşmaya 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. idame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandı ında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır. Bu de erlere 3 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesi reçeteye eklenir. Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı ekinde olması art olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

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

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

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

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 di er fosfor düşürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanılması olması ve bu hususun raporda belirtilmesi olması gerekir. Bu süre sonunda:

- 1) Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya
- 2) PTH düzeyinin 100 pg/ml de erinin altında olan dinamik kemik hastalıkları veya
- 3) Hastanın Kt/V de eri 1.4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya
- 4) Kt/V de eri 1.4'ün üzerinde olan hastanın PTH de eri 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 edildi inde 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.

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 konuların 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, tehis 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 aşımayacak 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 emasına göre adı geçen uzman hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince klinik konularda uygulanır.

A) Gaucher hastalığı tedavisi esasları

1) Tehis için:

a) Hastanın enzim düzeyi (Glucocerebrosidase) belirlenecek (enzimatik tehis) 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-dalak boyutları, tam kan sayımı, karaciğer enzimlerinin tayini, karaciğer-dalak boyutlarının volumetrik ölçümü, kemik lezyonları yönünden gerekli tetkikler yapılacaktır. Bu sonuçlar ilk düzenlenecek raporda belirtilecektir. Tedavi sırasında klinik ve laboratuvar de erlendirmeleri ile hastalığın ilerlemesinin durması veya düzelme gözlenmesi tedaviyi veren hekim tarafından tedavi sonrası devam kriteri olarak müteakip raporda ifade edilecek, tedavinin devamına veya kesilmesine hekim karar verecektir.

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

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

B) Fabry hastalığının tedavi esasları

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

C) Mukopolisakkaridoz Tip I hastalığının tedavi esasları

1) Hastanın enzim düzeyi (L-uronidase) 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 için Wechsler 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-Schier ve Schier formlarında haftada bir 0.58 mg/kg'dır.

Hurler tipinde enzim tedavisi esnasında en kısa sürede kemik iliği transplantasyonu yapılmalıdır. Enzim tedavisine başladıktan 1 yıl sonra transplantasyonun yapılamaması halinde tedaviye devam edilip edilmeyeceği, yukarıda belirtilen uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu sa lık kurulu raporunda belirtilecektir. Transplantasyondan sonra gerekliliği halinde enzim tedavisine 3 ay daha devam edilecek, klinik düzelme olduğu takdirde tedavi sonlandırılacaktır. Transplantasyonun etkisi olmaması 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; eriklinik hastalar için endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, gastroenteroloji, nöroloji uzman hekimlerinden oluşan sa lık kurulu tarafından karar verilecektir. Tedavinin sonuçları hakkında yıllık rapor yazılacak ve bu rapor kurul tarafından de erlendirilerek 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 artırılamazdır.

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 immünglobulinin, 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 karaciğerde 10.000 IU, ameliyattan sonra ise her gün (yedi gün boyunca) 2.000 IU eklindedir. 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. Guillain-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 antibiyotik tedavisine yardımcı olarak iddetli 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

nterferonlar, kronik hepatit tedavisinde çocuk veya eri kin gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya iç hastalıkları veya çocuk sa lı ı 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 konmu ve HBV DNA pozitif [HBe Ag negatif olanlarda, 104 kopya/ml (2.000IU/ml) ve üzerinde; HBe Ag pozitif olanlarda ise 105 kopya/ml (20.000IU/ml) ve üzerinde] olanlarda,

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

b) Kompanse evre karaci er sirozlarında;

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

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

Tedavi süresi;

interferon tedavisinin ilk defa ba lanıldı ı tarihten itibaren HBe Ag pozitif hastalarda 6 ay, (6 ay sonunda HBe Ag titrasyonunda dü me halinde 6 ay daha kullanılabilir),

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

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

yukarıdaki kriterler do rultusunda 18 ya 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 oldu u kanıtlanan olgularda 2-4 üncü aydan itibaren pegil interferonlar 6 ay süreyle, Kronik B ve Kronik C hepatitinde kullanıldı ı dozlarda reçete edildi i 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 karaci er hastalı ı bulguları olan hastalara ribavirinle kombine uygulanır. Tek ba ına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur. Ancak interferon kontrendikasyonu var ise

raporda belirtmek kaydıyla, Sağlık Bakanlığı'ndan 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 düşmesi olmaması veya 6. ncı 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. Nüksiyon 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 ribavirin tedavisi süresi 6 aydır.

3) Hepatit-D'de 6 aydan fazla süredir ALT düzeyi normalin en az 2 katından fazla veya biyopsi ile (KNOVELL aktivite indeksi 4'ün üzerinde veya fibrozis skoru 2 ve daha üzerinde) tanı konmuş, anti deltası pozitif olan ve kronik hepatit saptanmış 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.

ilaç 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 bağımlı 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 durumlardaki 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:

Altı 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 sonucu 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, bağımlı kriterlerine uygun olduğu gösteren,

te hisin konuldu u raporun fotokopisinin yeni rapora eklenmesi veya ba lama kriterlerine uygun oldu unu gösteren, te hisin konuldu u raporda belirtilen HBV DNA ve ALT de erleri ile raporun tarih ve sayısının, yeni raporda açık olarak belirtilmesi yeterlidir.

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

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

Multipl skleroz hastalı nda beta interferon ve copolymer-I ilaç bedellerinin kurumlarca ödenebilmesi için;

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

b) Olguların remitting-relapsing türü olması,

artlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun nöroloji uzman hekimi 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 sa lık kurulu raporu düzenlenecektir.)

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

b) Sa lık Bakanlığı tarafından, endikasyon dı ı kemoterapi kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil di er tedavileri de gösteren tıbbi onkoloji veya çocuk onkolojisi (hematolojik maligniteler için tıbbi onkoloji, çocuk onkolojisi, hematoloji veya çocuk hematolojisi) uzman hekimlerinden birinin bulundu u sa lık kurulu raporu aranır.

c) Kanser tedavisinde kullanılan ilaçların bedellerinin ödemesinde a a ıdaki 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, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, streptozosin, tamoksifen, tioguanin, tiotepa, vinblastin, vinkristin.

Bu ilaçların endikasyon dı ı kullanımı için Sa lık Bakanlığı ı izni aranmaz.

2) Üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sa lık 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 enjekteabl form ile başlanması artıyla tedavinin 8 inci günü oral formları maksimum 120 mg/21 gün dozda kullanılır.) zolendronik asit, bandronik Asit,

3) Özel düzenleme yapılmı ilaçlar;

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

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

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

interleukin-2

d) Özel düzenleme yapılan ilaçlar,

Alemtuzumab: Kemik iliği tutulumu gösterir biyopsi sonucuyla, yeterli doz ve sürede alkileyici ajanlar alan ve fludarabin fosfat kürlerini tamamlayan ya da 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 artıyla, 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, insitu 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 üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili bran daki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi

protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ve bu hekimlerce;

Do al veya yapay postmenapozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmı hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden (öncelikle tamoksifen, sonra aromataz inhibitörlerinden biri [anastrozole, exemastane, letrozole] kullanıldıktan) sonra ilerlemeye devam etmi hastalarda, hazırlanan raporda bunların belirtilmesi ko uluyla reçete edilebilir.

britumomab 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 kullanıldı ında maksimum iki doza kadar geri ödenir.

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

miquimod (Yalnızca bu madde kapsamında ödenir.), yüzeysel bazal hücreli karsinom tedavisinde, cilt hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak cilt hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

Oktreotid ve lanreotid: Akromegali tedavisinde endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı sa lık 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 sa lık kurumlarında ise hastalıkla ilgili bran lardaki uzman hekimlerce düzenlenmi tedavi protokolünü de gösterir uzman hekim raporuna istinaden; Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma te hisi konmu 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 emasına 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 geli en 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 ba ına 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 sa lık kurumlarında ise hastalıkla ilgili bran lardaki uzman hekimlerce düzenlenmi ve tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilebilir.

Floxuridin: Sadece kolon kanserinin karaci ere 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 sa lık kurulu raporu ile yatarak tedavide kullanılmak üzere tıbbi onkoloji uzmanları, genel cerrahi uzmanları ve gastroenteroloji uzmanları tarafından reçete edilir.

Azasitidin: Kemik ili i blast oranının %5 in üzerinde artmı oldu unun belirtildi i,

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 (1'er) 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 alınmamak kaydı ve tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

Pegvisomant: Bu ilaç cerrahi ve/veya radyasyon tedavisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon tedavisine uygun olmayan aktif akromegalisi olan ve en az 6 aylık süre ile ve tam dozda uzun etkili somatostatin analogları ile tedaviye rağmen IGF-1 düzeyleri ya da göre belirlenen normal değerlerin üstünde kalan hastalarda kullanılabilir. Bu hastalar için eğitim ve ara tırma 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 iki'er aylık iki rapor daha düzenlenebilecek ve bu şekilde başlangıç tedavi süresi toplam 6 ayı tamamlayacaktır.

Düzenlenen raporlarda; varsa bir önceki raporun tarih-sayısı ile kaçınca rapor olduğu belirtilmelidir.

Yeni 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.

Yeni tedavisi için düzenlenen raporda; başlangıç tedavisi için düzenlenen raporların tarih ve sayısı belirtilmelidir.

Reçeteler, endokrinoloji ve metabolizma uzmanları tarafından yazılacaktır. Yeni tedavisi sırasında en fazla iki'er aylık ilaç ihtiyacına yönelik reçetelenecek ve reçetelere IGF-1 ölçümleri yazılacaktır.

Sunitinib: Metastatik veya rezekt edilemeyen gastrointestinal stromal tümörlerin (GIST) veya sitokin (interferon veya interleükin) 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 tedavi esasları temel alan patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, (patoloji veya sitolojik inceleme yapılamamış ise tedavi esasları temel alan 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 yapılmı 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) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müdahaleye alınan hastalarda EKG de ST yükselemesiz miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

c) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkalı 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 dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kapalı 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. Dozdan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığı

Dozdan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığında;

a) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle Tebliğin eki EK-2/D sayılı liste ve "Dozdan Metabolik Hastalıklar ile Çölyak Hastalığında Kullanılan Ürünler Listesi"ne (EK-2/E) dahil edilmemiştir. Ancak, dozdan metabolik hastalığı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan 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 sebebiyle hayati öneme haiz özel

formüllü un ve özel formül içeren ürünler (makarna, ehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi, çikolata, gofret vb.) bir aylık;

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

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

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

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

olacak ekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir.

Bu ürünlerin bedeli; çocuk metabolizma hastalıkları veya eri kin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da çocuk veya eri kin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sa lı ı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından yazılması halinde; ödenir.

c) Çölyak hastalı nda; özel formüllü un ve özel formüllü un içeren ürünlerin (makarna, ehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) bedelleri, çocuk veya eri kin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

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

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

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

olacak ekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir.

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

Geçemez.

Do u tan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalı ı 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, "Hastalı a Özel (Do u tan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis, nek Sütü Alerjisi ve Çölyak Hastalı ı) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi" nde (EK-2/E) belirtilmi olup, bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumlarca kar ılanmaz.

12.7.17. Osteoporozda ilaç kullanım ilkeleri

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

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

A. Senil, postmenopozal ve cerrahi menapoza ba lı osteoporozda:

1) Osteoporotik patolojik kırık bulunan ve lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan kemik mineral yo unluk (KMY) ölçümünde L1,L2,L3,L4 veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde "T" de erlerinden herhangi birinin -1 veya daha dü ük oldu u 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" de erlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha dü ük oldu u hastalarda,

uzman hekim raporuna dayanılarak reçete edilir.

B. Senil, postmenopozal ve cerrahi menapoza ba lı osteopenide (T-skorunun -1 ile -2.5 arasında olması)

A a ıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya di er osteoporoz ilaçların (raloksifen, stronsiyum ranelat) kullanımında raporda tedavi süresi belirtilir, omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örne i ile belirlenen hastalıklara ait raporun bir örne i reçeteye eklenir.

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

C. Sudek atrofisinde:

Altı ay boyunca uygulanan standart tedavilere (analjezik, fizyoterapi) ra men yeterli cevap alınamadığı 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 ya ve üzerindeki hastalarda KMY ölçümüne gerek yoktur. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada di er kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebradan yapılabilir.

12.7.18. Orlistat ve sibutramin etken maddesi içeren ilaçların kullanım ilkeleri

Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin bulundu u resmi sa lık 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 kaybetti i kilo, diyet ve egzersize uydu u, BMI de eri hekim tarafından yazılarak ka e ve imza onayı yapılacaktır.

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

-Obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) 40 kg/m² olmalıdır.

-Bu grup ilaçlardan aynı anda sadece biri kullanılacaktır.

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

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

Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dı ından 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 di er profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldı ı durumlarda nöroloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporunda bu husus belirtilerek nöroloji uzman hekimince tedaviye ba lanır.

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

12.7.20. Palivizumab kullanım ilkeleri

Palivizumab etken maddesini ta ıyan preparatın neonatoloji (yenido an), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanarak yatarak tedavilerde bu uzman hekimler tarafından belirtilen ko ullarda kullanılması halinde bedelleri ödenir.

Yüksek RSV riski ta ıyan çocuk hastalarda respiratuar sinsisyal virüsün (RSV) neden oldu u ciddi alt solunum yolu hastalı ının 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 do an ve yo un bakımda respiratuar tedavisi (solunum deste i) almı olan bebeklerde,

profilaktik olarak Ekim-Mart ayları arasında, ayda bir kez ve en fazla 2 ya ına kadar mevsim ba langıcında kullanılmalıdır.

12.7.21. Anagrelid kullanım ilkeleri

Hidroksiüre + asetil salisilik asit tedavisine dirençli oldu u ya da hidroksiüre ile dirençli sitopeni (anemi ve/veya lökopeni) geli ti i belgelenen, yüksek vasküler risk ta ıyan esansiyel trombositemi hastalıklarında eri kin/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

Yo un bakım ünitelerinde, anestezi ve reanimasyon, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları, gö üs hastalıkları, genel cerrahi hekimlerinden en az üçünün onayının bulundu u, en az iki organ yetmezli i geli mi a ır sepsis hastalarının tedavisinde, ilk 48 saat içerisinde, hastalı ın te hisi, 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 gerekti inde yukarıda belirtilen hekimlerden en az üçü tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenecektir. Bu raporda, günlük kullanım dozu ve süresi ile epikriz raporuna dayanılarak verilen ilacın kullanıldı ının belirtilmesi gereklidir.

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

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

Klasik amfoterisin-B'ye alerjik reaksiyon gösterdi inin uzman hekim raporu ile belgelenmesi ya da hastanın karaci er veya böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk oldu unun belgelenmesi halinde raporda belirtilen lipozomal veya lipid kompleks amfoterisin-B veya kaspofungin veya vorikanazol veya Itrakanazol (infüzyon) bedeli ödenir.

Kaspofungin, vorikanazol, lipozomal amfoterisin-B ve lipid kompleks amfoterisin-B'nin parenteral formları veya Itrakanazol (infüzyon) yukarıdaki artları sa layan 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.

Itrakanazol'un oral formları, Ek-2/A Listesinin 95 inci maddesinde belirtildi i ekilde reçetelenebilecektir.

12.7.24. Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri

Bu grup ilaçların ayaktan tedavide kullanımı a a ıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

1. Astım tedavisinde;

Formeterol, salmeterol ve kombinasyonları, gö üs hastalıkları, gö üs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için di er hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Montelukast, zafirlukast, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları, gö üs 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 (KOAH) tedavisinde;

Formeterol, salmeterol ve tiotropium, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen 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 hekim 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

nvaziv 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

Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı Sağlık Kurulu raporuna dayanılarak;

-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 tekküllü Sağlık Kurumlarına başvurması halinde Hemofili Takip Karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut, ancak ilaçta doz arttırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun gelişmesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi koşuluyla hastanın tedavisi sağlanacaktır.

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

FaktörVIIa, hastanın tanısı, faktör düzeyini (glanzmann trombastenisi hariç), varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı Sağlık Kurulu raporuna dayanılarak; klinik artlarda prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta iddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiyi bozan) iddetli 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 (immün) trombositopeni'de kullanımı;

intravenöz 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 kullanıldığı için 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 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 "ECZANEM ZDE YOKTUR, YATAN HASTA" ka esi basılıp ba hekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla kar ılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alaca ından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sağlık kurumunca ihale yöntemi ile temin edilemedi inin ba hekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Plazmaferezde ve karaci er nakli yapılmı hastalarda kan albümin düzeyi artı aranmaz.

D) Bu maddede yer alan faktörler ile di er kan ürünlerinin reçete edilmesinde Tebli in faktör ve di er kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunlulu u maddesinde belirtilen ko ullara da uyulacaktır.

12.7.28. Lipid dü ürücü ilaçların kullanım ilkeleri

A a ıda belirtilen hastalıklardan birini gösteren belgenin reçete veya uzman hekim raporuna eklenmesi ile;

A- Daha önce ilaç kullanmayan hastalarda ilaca ba lanma kriterleri:

a) Statinler (antihipertansiflerle kombinasyonları dahil) LDL düzeyinin 160 mg/dl'in (Diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmi M , geçirilmi inme, koroner arter hastalı ı, periferik arter hastalı ı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalı ı olanlarda 100 mg/dl, 65 ya ve üzerindeki hipertansiyon hastalarında 130 mg/dl) üstünde oldu u durumlarda;

b) Statin dı ındaki lipid dü ürücü ilaçlar (Fenofibrat, gemfibrozil, kolestramin) trigliserit düzeyinin 300 mg/dl'ün (Diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmi M , geçirilmi inme, koroner arter hastalı ı, periferik arter hastalı ı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalı ı olanlarda 200 mg/dl) üstünde oldu u durumlarda;

B- İlaç kullanım raporu iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenir ve rapor süresi boyunca tetkik sonuçları de erlendirmeye alınmaz. İlk uzman hekim raporuna son 6 ayda yapılmı , kan lipid düzeylerinin yüksek oldu unu gösteren tetkik eklenir. 01x01 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

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

Ç- Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dâhil);

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

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

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 ko uluyla ve kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji yada kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildi inde 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 ko uluyla dahiliye veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendi inde ya da bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildi inde bedeli ödenir.

Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı ekinde olması art olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

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 uygunsa önceki rapora ait bilgilere gerek olmadan ilgili ilaçların 1x1 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

12.7.29. Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri

Bu grup ilaçların bütün formlarından;

1. Östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar

-Östradiol ya da konjüğe östrojen ve progesteron kombinasyonları,

-Yalnız östrojen içerenler,

-Tibolon içerenler.

2. Progesteronlar.

1 inci ve 2 nci 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 NYHA sınıf III veya IV olmalı,

b) Vazoreaktivite testi başlangıçsız (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'in de i memesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde tedavi sonlandırılmalıdır. Uygulanacak tedavi 3'er aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar do rultusunda sa lık kurulu raporunda belgelenecektir.

ç) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, gö üs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden birinin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenecektir. Bu ko ullar yatan hastalar için de geçerlidir.

Ba dokusu hastalıklarına (Skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

12.7.31 Kırım Kongo kanamalı ate inde ribavirin kullanım ilkeleri:

Kırım kongo kanamalı ate inde ribavirin, enfeksiyon hastalıkları, çocuk sa lı ı hastalıkları veya dahiliye uzman hekimince reçete edilmesi veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak di er 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 hekimi tarafından reçete düzenlenmesi ve reçeteye radyo-opak madde ve yapılacak tetkikin ne oldu unun açıkça yazılması halinde bedelleri ödenir. 50 ml.yi a an dozda non-iyonik radyo-opak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılma gerekçesinin reçeteye yazılması halinde bedelleri ödenir. Söz konusu maddelerin, resmi sa lık kurumlarınca temin edilerek fatura edilmesi halinde reçete aranmaksızın bedelleri ödenir.

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

12.8. Güvenlik ve endikasyon formu

Sa lık Bakanlığı (İ laç ve Eczacılık Genel Müdürlü ü) Bilimsel Komisyonları tarafından herhangi bir ilaçla ilgili "Güvenlik ve Endikasyon Formu" geli tirilmi ise ilgili ilacın geri ödenmesi için söz konusu formun doldurulması ve gereken imzaların tamamlanması ve bir örne inin reçeteye eklenmesi gerekmektedir.

12.9. Yurtdı ndan ilaç getirilmesi

Yurt içinden sa lanması mümkün olmayan ilaçların (yurt içinde bulunmadı ı ve kullanılmasının zorunlu oldu u Sa lık Bakanlığı nca onaylanarak ilaç teminine izin verildi i takdirde) yurtdı ndan temini mümkündür.

Sa lık Bakanlığı nca, yurtdı ndan getirtilebilecek ilaç listesi yayımlanması halinde listede yer alacak ilaçlar için ayrıca onay aranmayacaktır.

Yurtdışından getirilen ilaç bedellerinin ödenmesinde; fatura veya fiyat kupürleri esas alınacak, bunlar yok ise Sağlık Bakanlığıınca tespit edilen kayıtlardaki fiyatlar üzerinden ödeme yapılacaktır.

İlacın yurtdışından Türk Eczacıları Birliği tarafından getirilmesi halinde, ilaç bedelinin ödenmesinde TEB tarafından düzenlenen faturalara göre işlem yapılır.

Hastaların kendi imkânları ile Sağlık Bakanlığının ilaç temin iznine dayanarak temin ettikleri ilaçların bedeli de bu maddedeki esaslar dâhilinde kendilerine ödenir.

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

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

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

Sağlık Bakanlığının izni ile yurtdışından temin edilerek tedavide kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satışı izni alması durumunda; Tebliğ eki EK-2/D sayılı listeye giriş talebinden itibaren, "Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" gereği talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, Tebliğ 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 ahıslara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. Bu ilaçlardan Tebliğ eki EK-2 sayılı liste kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

13. Eczanelerle yapılacak anlaşmalar

13.1. Yönetmelik gereğince, kurumlarca ilaçların sağlanmasının mümkün olmadığı hallerde, kurumlarla eczaneler arasında yapılacak anlaşmalar esas teşkil etmek üzere Bakanlığımız ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti arasında 27/7/2007 tarihinde imzalanan Protokol hükümleri, yeni bir protokol imzalanıncaya kadar uygulanmaya devam edilecektir. Bu Tebliğde "Eczane Protokolü" olarak yapılmış olan atıflar; anılan Protokole yapılmış sayılacaktır.

Bu protokol esas alınarak kurum ve kuruluşlar ile eczaneler arasında imzalanmış olan sözleşmeler, yeni bir sözleşme imzalanmasına gerek kalmaksızın uygulanmaya devam edilecektir.

Bu Tebliğin yayımlanmasından sonra ilk defa imzalanacak olan sözleşmeler de bu bölümde belirtilen esaslara göre yapılacaktır.

13.2. Eczaneler, kurumlarla sözleşme yaparken 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun 39 uncu maddesine dayanılarak TEB tarafından bastırılmış ve Protokolün eki "Tıp Sözleşme" örneğini kullanırlar. Eczanenin yapacağı indirim oranının tespiti amacıyla EK-3/B formunun bir örneği ibraz edilecektir.

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

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

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

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

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

13.8. Eczane bulunmayan mahallerde, ilaçlar; 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun hükümlerine göre hekimler tarafından açılan ecza dolaplarından bu Tebliğe ve protokolda tespit edilen hükümlere uyulmak suretiyle temin edilecektir.

14. İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve e-devletler ilaç uygulaması

14.1. Uygulanacak indirim oranları

İlaçların kamu kurum iskontoları orijinal ve jenerik ayrımı yapılmaksızın baz iskonto %11 (orijinal ilaçlar için referansa bağlı mahsupla malar saklı kalmak kaydıyla) 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.

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

a) Tüm ilaçlarda orijinal veya jenerik ayrımı yapılmaksızın, orijinal ilaçlar için referansa bağlı mahsupla malar saklı kalmak kaydıyla, %11 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanacaktır.

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

1/7/2008 tarihinden itibaren eczacı indirimi, 2007 yılı satış hasılatı (KDV hariç);

350.000 YTL'ye kadar olan eczaneler tarafından %1,

350.000 YTL ile 600.000 YTL arasında olan eczaneler tarafından %2,

600.001 YTL ile 900.000 YTL arasında olan eczaneler tarafından %3,

900.001 YTL ve üzerinde olan eczaneler tarafından %4,

oranında uygulanacaktır.

Yukarıda belirtilen eczacı indirim oranları, 1/9/2008 tarihi ile 31/12/2008 tarihleri arasında sırası ile %0,5, %1, %1,5 ve %2 olarak uygulanacaktır.

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

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

Hasta katılım payı imalatçı/ithalatçı indirimi ile eczacı indirimi dü üldükten sonra kalan tutar üzerinden hesaplanır.

İlaç firmaları, satı a sundukları ilaçları için, yukarıda belirtilen indirim oranlarının üzerinde ilave indirim uygulanması hususunda Geri Ödeme Komisyonu'na talepte bulunabilirler. Bu talepler anılan Komisyonca de erlendirilir ve varsa yapılacak de i iklikler ayrıca duyurulur.

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 satı ı olmayan ve Sağlık Bakanlığı ı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" ekinde tanımlanan ürünlere, depocu satı fiyatı üzerinden Tebli e ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) gösterilen imalatçı/ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

Majistral ilaçlarda; terkinde eczanelerde perakende satı ı olan ilaçların kullanılması halinde, bu müstahzarlara ili kin imalatçı/ithalatçı indirim oranı ile eczacı indirimi uygulanacak, terkinde müstahzar bulunmayanlarda ise sadece Türk Eczacıları Birli i tarafından yayımlanan Majistral Tarife üzerinden eczacı indirimi uygulanacaktır.

Eczaneler, majistral ilaçların faturalarını düzenlerken, "869999999999" kodunu kullanacaklardır.

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

14.2. Geri ödeme açısından e de er (Benzer) ilaç uygulaması

17/9/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanununun 10 uncu maddesi ile 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine eklenen (r) bendi çerçevesinde, e de er ilaç uygulaması gerçekte tirilecek olup, bu uygulama kapsamında tüm kurumlar e de er ilaç bedellerinin ödenmesinde en ucuzunun % 22 fazlasına kadarını dikkate alacaklardır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ula ılabilir olması gerekir. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunma ve ilgili e de er ilaç grubuna dâhil olan ilaçlar arasından en az %1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir e de er ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesine ve bunlara ili kin tereddütlerin giderilmesine Geri Ödeme Komisyonu yetkilidir.

E de er ilaç uygulaması; temelde, sınırlandırılmı bir terapötik e de erlik olarak, aynı endikasyon için kullanılabilir aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat kar ıla tırması esasına dayanır.

Eczacılar tarafından fatura düzenlenirken, e de er ilaçlara ili kin %22 üst sınırı, 14.1 inci maddede belirtilen esaslara göre bulunan indirimli bedeller üzerinden hesaplanacaktır.

Bu Tebli de belirtilen esaslar çerçevesinde, hasta tarafından alınan ilaç, e de er ilaç uygulamasına tabi bir ilaç ise; önce ilacın indirimli bedeli hesap edilecek, daha sonra bu indirimli bedel dikkate alınarak bulunan birim fiyat üzerinden e de er ilaç uygulaması yapılacaktır.

Hasta katılım payları, ilacın indirim oranı ve e de er ilaç uygulaması yapıldıktan sonraki tutarı üzerinden hesaplanarak dü ülür. Hasta katılım payından muaf ilaçlar için kurumlarca en fazla, e de er ilaç uygulaması sonucu bulunacak üst limitler kadar ödeme yapılacaktır.

E de er ilaç grupları ve bu gruba dâhil olan ilaçlar Tebli e ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) "E de er (Benzer) Ürün Grubu" sütununda e de er ürün grup kodu ile belirtilmi tir. Bu gruplar, Sağlık Bakanlı ının da görüşü alınarak gerekti inde de i tirilebilir.

Bu esasa göre, belirlenen e de er ilaç gruplarının her birinde:

a) Bu Tebli in 14.1 inci maddesinde belirtildi i ekilde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.

b) ndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dâhil ilaçların ortak en küçük birimi ba ına dü en "indirimli birim bedel" hesaplanır.

c) Gruptaki ilaçlar için bulunan bu indirimli birim bedeller kar ıla tırılarak o e de er ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel bulunur.

d) Bulunan en ucuz fiyata % 22 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.

e) Bu ekilde 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 kar ıla tırılır.

f) ndirimli kutu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını a an kısmı kurumlar tarafından ödenmez.

14.3. Tebli eki ilaç listelerine ili kin ortak düzenlemeler

Be eri ilaçların Fiyatlandırılmasına Dair 12/6/2007 tarihli ve 2007/12325 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 4 üncü maddesi ile ilaca ili kin ortak düzenlemelerin tespiti amacıyla "Geri Ödeme Komisyonu" olu turulmu ve koordinatörlü ü Sosyal Güvenlik Kurumuna verilmi bulunmaktadır.

Bedeli ödenecek olan ilaçların tespiti ve ilaçlara ili kin reçeteleme kuralları Sosyal Güvenlik Kurumu ile birlikte uygulanmak üzere anılan Komisyon tarafından kararla tırılmakta ve genelgeler ile duyurulmaktadır.

Bu uygulamaya paralel olarak geri ödeme komisyonu tarafından kararla tırılarak uygulamaya konulan Tebli eki; "Ek-2 sayılı Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi", "Ek-2/A sayılı Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi", "Ek-2/B sayılı Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi", "Ek-2/C sayılı Ayakta Tedavide Sağlık Raporu ile Verilebilecek İlaçlar Listesi" ve "Ek-2/D sayılı Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi"nde yapılan düzenlemeler Bakanlık tarafından ayrıca duyurulmayacak, düzenleme yapılan ilaç listeleri Sosyal Güvenlik Kurumunun internet sayfasında (www.sgk.gov.tr) ilan edildi i ve yürürlü e konuldu u tarihte bu Tebli kapsamında için de geçerli olacaktır.

15. Eczanelerden ilaç temini

15.1. Hekimler tarafından reçete ile gerekli görülen ilaçlar, Türk Eczacıları Birli i Merkez Heyeti ile imzalanan protokol çerçevesinde sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir.

Bilgisayar sistemine (barkot okuyucu) geçmi kurumların eczanelerden yazılı istekte bulunmaları halinde eczaneler tarafından ilaç ambalajları üzerindeki barkot (çizgikod) diyagramları da kesilerek fiyat kupürleriyle beraber reçeteye dü meyecek ekilde yazılı tırılacaktır.

Kurumlarca reçete bedellerinin eczanelere ödenmesi sırasında reçete tarihindeki fiyatlar esas alınarak kurum gerçekle tirme görevlileri ve muhasebe yetkilileri tarafından protokol hükümlerine uyulması yönünde gerekli itina gösterilecektir. Bu çerçevede, reçetelere eklenen ilaç fiyat kupürlerinin ve barkot diyagramlarının orijinal ambalajına uygun olup olmadığı mutlaka kontrol edilecektir.

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

Reçeteler üzerinde, ilaç isim ve dozlarının de i tirilmesi, karalama, düzeltme, silinti, kazıntı ve ekleme yapılması hallerinde (ilgili hekim tarafından reçete tashihinin imzalanması ve mühür ve/veya ka e basılması halleri hariç) bedelleri muhasebe yetkililerince ödenmeden reçeteler ilgili eczaneye iade edilerek protokol hükümleri çerçevesinde i lem tesis edilir.

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

Sa lık raporuna dayanılarak yazılan reçetelerde, Tebli eki EK-2 sayılı listede bulunan veya bulunmayan (kür ve tedavi planı olan ilaçlar hariç) ilaçlar, ilaç bitim tarihinden 7 gün öncesinde verilebilir.

Ayakta veya meskende yapılan tedaviler sonucu gerekli görülen ilaçların sözleşme eczanelerden alınması halinde, bu Tebli in 14 üncü maddesinde belirtildi i ekilde hesaplanan indirim miktarı ve hasta katılım payı dü üldükten sonra, geriye kalan kısmı için fatura düzenlenerek hastanın kurumundan tahsili yoluna gidilecektir.

15.3. Sözleşme eczane bulunmaması veya sözleşme eczane bulunmasına rağmen reçetede yazılı ilacın bu eczanelerden temin edilememesi durumunda, sözleşme yapılmayan herhangi bir eczaneden alınan ilacın bedelinden, bu Tebli in 14 üncü maddesinde belirtildi i ekilde hasta katılım payı ve imalatçı/ithalatçı indirim oranı ile %4,5 oranında eczacı indirimi dü üldükten sonra, kalan kısım kurum tarafından ilgiliye ödenecektir. Bu ödemenin yapılabilmesi için, reçeteye ilaçların fiyat kupürlerinin tamamı

ilacın ismi de yer alacak ekilde yapı tırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın da ilaç fiyat kupürleri yapı tırılmı olan reçete ile birlikte ibrazı zorunludur.

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

15.5. Sa lık Bakanlı ının 3/3/2001 tarihli ve 24335 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tebli i ile açıklanan esaslar çerçevesinde yeni fiyat verilen veya mevcut fiyatların ayarlanması sonucu ortaya çıkacak fiyat de i iklikleri sebebi ile sür arj yapılan müstahzarların isim ve yeni fiyatlarını gösterir listeler, l Sa lık Müdürlüklerinden temin edilerek bu listelere göre ödemeler yapılacaktır. Fiyat de i ikli i durumunda da reçete tarihindeki fiyatlar esas alınacaktır. Yersiz ödemelere yol açmamak için de i lemlerin yürütülmesinde gerekli itina gösterilecektir.

16. İlaç bedellerinin ödenmesi

16.1. Sa lık kurum ve kurulu larında yatarak sa lanan tedaviler sonucu do an ilaç bedellerinin tamamı hastanın kurumu tarafından ödenecektir.

Ayakta veya evde yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, eczane tarafından yapılan indirim ve %20 oranında hasta katılım payı dü üldükten sonra kalan tutarlar kurum tarafından ödenecektir.

Hasta katılım payı, Maliye Bakanlı ı Muhasebat Genel Müdürlü ü tarafından tespit edilen esaslara göre ilgililerin maa larından kesilecektir.

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

İlaç bedellerinin ödenebilmesi için reçetelere ilgili hastaya ait sa lık raporu fotokopisi onay aranmaksızın eklenecek, bu reçetelerden hiç bir ekilde hasta katılım payı alınmayacaktır.

Söz konusu hastalıklar için hastalı ın devam edip etmedi ine dair ilgiliden kurumca iki yılda bir sa lık raporu istenecektir.

Hasta katılım payından muaf ilaçlar listesinde yer alan etken maddeleri ihtiva etmeyen ilaçların, uzun süreli kullanımı sa lık kurulu raporu ile gerekli görölse dahi, Yönetmelik gere ince bedellerinin hasta katılım payı dü üldükten sonraki kalan kısmı kurumlarca ödenecektir.

16.3. Yönetmeli in 28 inci maddesine göre kaplıca tedavilerine gerek görülenlerin; buralarda yaptırmı oldukları tedavilerinde kullanılan ilaç bedellerinin % 20’si ilacın temini sırasında yukarıdaki usullere uygun olarak kendilerinden pe in olarak alınacaktır.

16.4. İlaçların kullanımı ve bedellerinin ödenmesi amacıyla verilecek sa lık raporlarının yukarıdaki esaslara göre düzenlenmesi zorunludur. Ancak bu Tebli in yürürlü e girdi i tarihten önce düzenlenmi mevcut sa lık raporları süreleri bitimine kadar geçerlidir.

17. Kurumca bedeli ödenecek bazı tedavi yöntemlerinin usul ve esasları

17.1. ESWL metodu ile yapılacak taş kırılma tedavileri

Bu Tebliğ kapsamındaki taşların böbrek ve üreter taşlarından kaynaklanan rahatsızlıklarının ESWL yöntemi ile yapılacak taş kırılma tedavileri için gerekli olan tek hekim raporu, üroloji çocuk cerrahisi veya çocuk üroloji uzman hekimlerince düzenlenecektir. Bu rapora istinaden ESWL tedavileri sağlık kurum veya kuruluşlarında yapılabilir.

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

ESWL tedavisi, Tebliğdeki "Tanıya Dayalı Ücret 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.

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. Tedaviye ilişkin olarak düzenlenecek fatura bedelleri bu Tebliğ esaslarına göre ödenecektir.

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

17.2. Hiperbarik oksijen tedavisi

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

Hiperbarik oksijen tedavisi için, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından sağlık kuruluşu raporu düzenlenecek olup, sağlık kuruluşu raporunda; tanı, öncesinde uygulanan tıbbi ve/veya cerrahi tedaviler, tedavi süresi, uygulanması istenilen seans sayısı ve süresi bilgileri mutlaka yer alacaktır.

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

Hiperbarik oksijen tedavisi, Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik esaslarına göre açılan merkezlerde yapılabilir.

Hiperbarik oksijen tedavisine ait bedel, Tebliğdeki EK-9 sayılı listede yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.

17.3. Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi

Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi bedellerinin kar ılanabilmesi için; radyasyon onkolojisi uzman hekimi ile beyin cerrahisi uzman hekimlerinin katılımı ile olu turulacak sa lık kurullarınca rapor düzenlenmesi gerekmektedir.

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 metastazi olan) cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan olgular,

nedeniyle uygulanması halinde bedelleri Tebli eki EK-9 sayılı listede yer alan tutarlar üzerinden ödenir.

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

Hastanın müracaat etti i sa lık kurumunca sa lık kurulu raporu düzenlenerek radyo cerrahi yöntemleri için ba ka bir sa lık kurumuna sevk edilmesi halinde tedaviyi gerçekle tiren sa lık kurumunca MR, BT, DSA, PET-CT ücreti fatura edilemez.

17.4. Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi

Ekstrakorporeal fotoferez tedavi bedellerinin ödenebilmesi için; üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastaneleri tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi; Kutanöz T hücreli lenfomalarda, graft versus host hastalı ı, sezary sendromu, pemfigus vulgaris, psöriasis, ve solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akci er, böbrek nakillerinde) nedeniyle uygulanması halinde bedelleri kurumlarca kar ılanır.

Sa lık kurulu raporunda uygulanacak tedavi programı ve süresi ayrıntılı olarak belirtilecek ve Sa lık Bakanlı ınca olu turulan "Aferez-Fotoferez Danı ma Komisyonu"nun uygun görü ü alınacaktır.

Kutanöz T hücreli lenfoma ve bunun alt grupları olan mikozis funguodis, sezary sendromu endikasyonlarında hastanın ilk 6 aylık tedavisi için Sa lık Bakanlı ı Aferez-Fotoferez Danı ma Komisyonunun uygun görü üne gerek yoktur.

Ayakta veya yatarak tedavi gören hastalara uygulanan her bir seans ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, Tebli eki EK–8 sayılı listede yer alan 704.941 kod numaralı ve 704.940 kod numaralı i lemler üzerinden sa lık kurumlarınca faturalandırılır ve bedelleri kurumca ödenir. Tebli eki EK-8 sayılı listede 704.941 kod numaralı "Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi" i lem fiyatına, tedavide kullanılan i lem kiti, fistül i nesi, uvadex, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, eri im katateri dâhildir.

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 sa lık kurulu raporu ile tespit edilmesi ve Aferez-Fotoferez Danı ma Komisyonunca da onaylanması kaydıyla tedavi kesin sonuç alınana kadar uzatılabilir.

17.5. Diyaliz tedavileri

17.5.1. Hemodiyaliz tedavileri

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

Hemodiyaliz tedavileri, yukarıda belirtilen "Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik" hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

Tanıya dayalı tedaviler kapsamında olan ilaçlar hariç, hastaya kullanılması gerekli görülen ilaçlar, Tebliğin ve eki listelerde belirtilen esaslara uygun olarak bu merkezlerde görevli hekimlerce de reçete edilebilecektir.

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

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

Böbrek yetmezliği için yapılan asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavi giderleri Tebliğin eki EK-9 sayılı listede yer alan fiyatlar üzerinden fiyatlandırılır. Belirtilen ücretlere; asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavisi sırasında kullanılması gerekli olan malzeme ve ilaçlardan; A-V fistül seti, A-V kan seti, dializör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük moleküler ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu (asetatlı, bazik ve asidik), Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum ve seans sırasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar dahildir.

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

17.5.2. Periton diyalizi

17.5.2.1. 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 dehidratasyon ücreti ise, raporlarda her hastada periton bolumu hacmi için uygun solüsyon miktarı hacim olarak ml.cinsinden belirtilerek (Örneğin, 2500 ml ile başlanan hastada 2500 ml ile devam edilmesi gibi) aletsiz periton diyalizi uygulamalarında ayda standart solüsyonlar için maksimum 150 adet torba, biyouyumlu solüsyonlarda ise ayda maksimum 130 adet olacak şekilde karılır. Aminoasit içerikli ile isodextrin içerikli solüsyonlar günde en fazla 1 defa karılır.

Yatan hastalarda bu ücret aranmayacaktır.

17.5.2.2. Aletli periton diyalizi (APD)

Kapsamdaki ki ilerin; aletli periton diyalizi tedavilerine yönelik sa lık kurulu raporları, bünyesinde periton diyalizi ünitesi bulunan sa lık kurumunun sa lık kurulları tarafından düzenlenecektir. Kurulda nefroloji uzman hekiminin yer alması zorunludur.

APD cihaz bedelleri ve cihaza ait bakım, onarım ve yedek parçalarının bedelleri kar ılanmaz.

Böbrek yetmezli i için yapılan periton diyalizi, hemofiltrasyon ve plazmaferezis giderleri ile bunlara ait tetkik ve tahlil giderleri ve diyalize ili kin di er tedaviler, Tebli eki EK-8 sayılı liste esas alınarak ödenir.

17.6. nvaziv kardiyolojik tetkik ve giri imler

nvaziv kardiyolojik tetkik ve giri im öncesinde hastaya yapılan EKG, tele, biyokimyasal, serolojik ve hematolojik tetkiklerin sonuçları, yapılan giri ime ait rapor ile elektronik görüntü kaydı ve elektrofizyolojik çalı ma-ablasyon traseleri hastaya verilmelidir.

Anjiyografi ile aynı seansta perkütan koroner giri im (PTCA ve/veya stent), trombektomi yapılabilir. Bu durumda PTCA ve/veya stent i leminin tamamı, koroner anjiyografi i leminin ise % 25'i Tebli eki EK-9 sayılı liste üzerinden fiyatlandırılır.

Perkütan koroner giri im birden fazla damara uygulanması gerekiyorsa aynı seansta yapılmalıdır. Aynı seansta yapılamıyorsa, tıbbi gerekçesi sa lık kurumu kayıtlarında yer almalıdır.

Anjiyografi ve perkütan koroner giri im için, i lemi yapan ve sa lık kurumunda görevli ilgili hekim sayısı esas alınarak, her bir hekim için günlük en fazla 15 i lem bedeli ödenir.

17.7. Fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemleri:

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için gerekli uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince düzenlenecektir. Raporda tanı ve uygulanacak seans sayısı yer alacaktır.

Ayaktan fizik tedavi ile ayaktan rehabilitasyon uygulamaları Tebli eki EK-9 sayılı listede yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.

17.7.1. Fizik tedavi uygulamaları;

Bir hasta için bir yıl içinde farklı vücut bölgelerinden olmak artıyla iki kez, aynı bölgeden bir kez olmak üzere uygulanan fizik tedavi i lemlerine ait bedeller kurumca kar ılanır. Bir hasta için günde en fazla bir seans fizik tedavi ücreti ödenir.

Fizik tedavi uygulamaları bedellerinin ödenmesi için;

a) Uygulamaların fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin gözetiminde hekim d ı ı sa lık personeli tarafından uygulanm ı olmalıdır.

b) Hastalar, en az 5 m2 lik hasta kabinde tedaviye alınm ı olmalıdır.

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

d) Bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi gözetiminde aynı anda en fazla 10 hastaya fizik tedavi i lemi uygulanabilir.

Bedeli ödenecek günlük fizik tedavi seans sayısının hesabında, merkezde tam zamanlı görevli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim sayısı ve çalış ma saatleri, merkezin çalış ma saatleri, i kanununa göre çalış tıraca ı hekim dı ı sa lık personeli sayısı, kabin sayısı ve seans süresi dikkate alınır. Fizik tedavi seansları en az 60 dakika olarak kabul edilir.

17.7.2. Özel sa lık kurumlarında rehabilitasyon uygulamaları;

Özel sa lık kurumları tarafından ayaktan hastalar için sadece ortopedik, nörolojik, pediatrik ve el rehabilitasyon i lemleri, yatan hastalar için bunlara ilave olarak kardiyak ve pulmoner rehabilitasyon i lemleri fatura edilebilir.

Rehabilitasyon uygulamaları fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin gözetiminde fizyoterapistler tarafından uygulanmı olmalıdır.

Bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi gözetiminde aynı anda en fazla 2 hastaya rehabilitasyon i lemi uygulanabilir.

Bir hasta için en fazla 30 seanslık bir rehabilitasyon uygulaması yapılabilir. 30 seanstan sonra uygulamaya devam edilmesi gerekti inde, üçüncü basamak sa lık kurumları tarafından, en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu düzenlenecektir.

Bedeli ödenecek günlük rehabilitasyon seans sayısının hesabında, merkezde tam zamanlı görevli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim sayısı ve çalış ma saatleri, merkezin çalış ma saatleri, i kanununa göre çalış tıraca ı fizyoterapist sayısı ve seans süresi dikkate alınır. Rehabilitasyon seansları en az 60 dakika olarak kabul edilir.

17.8. Özel sa lık kurum ve kurulu larında yapılan genetik tetkikler

Özel sa lık kurum ve kurulu larında genetik bran ı veya di er bran larca istenilerek fatura edilen Tebli eki EK-8 sayılı listede yer alan genetik tetkiklere ait bedellerin ödenebilmesi için; tetkiklerin (immünoloji-genetik tetkikleri hariç) genetik hastalıklar tanı merkezi ruhsatı/geçici çalış ma izin belgesi olan (sitogenetik, moleküler genetik, biyokimyasal genetik ruhsatlarından hangisi veya hangilerine sahipse o tetkikleri yapmak üzere) sa lık kurum veya kurulu unda, "Genetik Hastalıklar Tanı Merkezi Yönetmeli i" ne göre genetik tanı merkezi sorumlusunun niteliklerini haiz olan ki iler tarafından yapılmı olması gerekmektedir.

17.9. Kardiyak risk skorlaması

Tebli 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 i lemlerin bedelleri, a a ıda belirtilen KARD AK R SK PUANLAMASI kriterlerine göre dü ük risk, orta risk ve yüksek risk olarak hasta epikrizinde risk kategorisi belirtilmek suretiyle;

-Dü ük risk grubuna, Tebli eki EK-9 sayılı listede ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin %10 eksisi,

-Orta risk grubuna listede ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin tamamı,

-Yüksek risk grubuna ise listede ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin %10 fazlası, üzerinden ödenir.

Sa lık kurumları, risk sınıflamasına esas te kil eden bilgi ve belgeleri hasta dosyasında saklamak zorundadır.

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER			P U A N
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 + 1/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	Kardio 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 EF<%30	3
13-	Pulmoner hipertansiyon	Ekokardiyografi veya kateterizasyon sırasında; sistolik pulmoner arter basıncı >40 mmHg	2
OPERASYONLA İLGİLİ FAKTÖRLER			
14-	Torasik aorta cerrahisi	Asendan, arkus yada desendan aort patolojilerine girişim	4
15-	Post MI VSD	Ekokardiyografi ve/veya Kateterizasyon sırasında tanı alması	5
Beklenen mortalite (Lojistik skor): TOPLAM Risk Puanı: Düşük Risk: 0-3 puan, Orta Risk: 4-6 puan, Yüksek risk: 7 ve üzeri puan			

18. Enjeksiyon-röntgen-tahlil bedeli

Sa lık kurum ve kurulu larında yaptırılan tetkik, tahlil veya görüntüleme i lemlerine ili kin bedellerinin Tebli eki fiyat tarifelerinde yer almaması halinde, bu bedeller kurumlar tarafından ödenmeyecektir.

Sa lık kurum ve kurulu larında görevli hekimler tarafından reçeteye yazılan "ampul" adedi kadar ml'sine uygun plastik (disposable) enjektör bedeli aynen ödenecektir. Hekimce reçeteye enjektör ve adedi yazılmamı sa eczacı tarafından reçetenin arkasına, verilen enjektörlerin (en fazla reçetedeki ampul sayısı kadar) alındı na dair bir kayıt dü ölmek suretiyle ilgiliye imzalatılır. lacın ampul veya i e (Flakon) olarak verilmesinde enjektör sayısının ilaç miktarına ve dozuna uygun olup olmadığı dikkate alınacaktır.

nsülin kalem i ne uçları, insülin kartu ları ile birlikte ya da tek ba ina reçete edildi inde bedeli ödenir.

18.1. Ieri tetkik i lemleri için sevk esasları

Sa lık kurum ve kurulu ları, ayakta veya yatarak tedavi ile ilgili olarak yapılması gereken tetkik ve tahlilleri bünyelerinde sa lamak zorundadırlar. Hastalar sadece tetkik, tahlil için ba ka bir sa lık kurumuna sevk edilemez.

Sa lık kurum ve kurulu ları, bünyelerinde yapılamayan tetkik ve tahlilleri hizmet alınması yoluyla ba ka sa lık kurum veya kurulu larından alabilirler.

Tetkik veya tahlil amacıyla hastaların ba ka bir sa lık kurumuna sevk edilmesi halinde, tetkik ve tahlil bedeli ilgiliye ödenir, ödenen tutar sevki yapan sa lık kurumunun alaca ndan mahsup edilir.

19. Sa lık raporlarının düzenlenmesi

19.1. Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi

Igili tek uzman hekim tarafından düzenlenecek olup ba hekimlik mührü (özel sa lık kurum ve kurulu larında mesul müdür ka esi) ve ıslak imza onayının bulunması zorunludur.

19.2. Sa lık kurulu raporlarının düzenlenmesi

Igili daldan üç uzman hekimin katılımı ile aynı daldan üç uzman hekim bulunmaması halinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere ba hekimin seçece i di er dallardan uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden olu an sa lık kurullarınca düzenlenir. Sa lık kurulu raporlarında ba hekimlik mührü (özel sa lık kurum ve kurulu larında mesul müdür ka esi) ve ıslak imza onayının bulunması zorunludur. stisnai sa lık kurulu raporlarına ait düzenlemeler Tebli de ayrıca belirtilmi tir.

20. Tıbbi malzeme, protez ve ortezlerin temini ve ödeme esasları

20.1. Tıbbi malzeme temin esasları

Tedavi sırasında yatarak tedavide kullanılan her türlü tıbbi malzemelerin hastane tarafından temin edilmesi zorunludur. Bu ekinde hastalara kullanılan tıbbi malzemeler hastanın kurumuna fatura edilir.

Resmi sa lık kurumu tarafından temini zorunlu tıbbi malzemelerin, reçete düzenlenerek hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sa lık kurumunun alaca ından mahsup edilir. Mahsup edilen malzemenin sa lık kurumunca ihale ve do rudan alım yöntemi ile temin edilemedi inin ba hekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde; mahsup edilen tutar sa lık kurumuna iade edilir.

Resmi sa lık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzeme bedelleri, KDV dâhil alı fiyatı üzerine; % 15 i letme gideri ilave edildikten sonra, bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek kurum ve kurulu lara fatura edilir.

Özel sa lık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzemeler; Tebli eki listelerde yer alması halinde bu listelerde yer alan birim fiyatlar üzerinden; Tebli eki listelerde yer almaması halinde KDV dâhil alı fiyatı üzerinden fatura edilir.

Özel sa lık kurumu tarafından temin edilmesi zorunlu oldu u halde temin edilmeyerek hastaya aldırılan tıbbi malzemelere ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sa lık kurumundan mahsup edilir.

20.2. Basit sıhhi sarf malzemelerinin temini

Sa lık kurum ve kurulu larındaki tedavi sırasında kullanılacak sarf malzemelerinin tedaviyi yapan sa lık kurumunca temini zorunludur. Bu Tebli in ekinde bulunan Sa lık Kurumları Fiyat Listesinde (EK-8) yer alan birim fiyatlar "basit sarf malzemeleri dâhil" olarak tespit edildi inden, basit sarf malzemeleri listesinde (EK-5/B) yer alan sarf malzemeleri hiç bir ekilde hastalara aldırılmaz ve hastane faturalarında ayrıca gösterilemez.

20.3. Organ protez ve ortezlerinin temini

Hastalara tedavileri amacıyla gerekli görülen organ protez ve ortezlerinin listesi Tebli e ekli (EK-5) ve (EK-5/C) sayılı listelerde gösterilmi tir.

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

Ayakta tedavi veya evde tedavi sırasında kullanılan protez ve ortezler ile di er tıbbi malzemeler sa lık kurulu raporu düzenlenmek kaydıyla hastalar tarafından da temin edilebilir. Bu Tebli in eki (EK-5/C) sayılı listede yer alan "Vücut Organ Protez ve Ortezler Listesinde" birim fiyatları tespit edilen protez ve ortezlerin bedelleri, sa lık kurulu raporuyla öngörölmeleri kaydıyla, bu fiyatları a mayacak ekilde ödenir. Pes planus (düz tabanlık) için gerekli görülen ortopedik bot bedeli ödenmez.

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

Anılan listede birim fiyatları belirtilen protez ve ortezler fatura edildi inde, kurum veya kurulu , Tıbbi Cihaz Yönetmeli inde belirtilen esaslara uygun malzemeler sa lamak zorundadır. Ayrıca, kurulu lar, kullanılan ithal malzemeye ait fatura ile di er bilgi ve belgeleri istenildi inde ibraz etmek durumundadırlar.

Tebli eki tıbbi malzeme listelerinde birim fiyatları yer almayan ve hastanın ayakta tedavisine veya evde tedavisine ba lı olarak sa lık kurulu raporu ile kullanılması gerekli görülen ptotez, ortez, tıbbi malzeme ve cihazların (oksijen tüpü ve ba lı ı, oksijen konsantratörü, nebulizatör, aspiratör, ev tipi ventilatör, CPAP, Auto CPAP, BPAP, vb.) bedeli; varsa Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tespit edilen birim fiyatlar üzerinden, yoksa yapılacak piyasa ara tırması sonucu bulunacak en dü ük bedel üzerinden ödenir.

Sa lık raporları (Tebli de geçerlilik süreleri ayrıca belirtilen sa lık raporları hariç) en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.

Yönetmeli in 3 üncü maddesinin birinci fıkrası (B) bendi kapsamında bulunanlara ve tedavi amacıyla yurt dı na gönderilenlere tekerlekli sandalye için yapılacak ödeme, bu listede belirtilen miktarı a amaz.

Protez ve ortezlerin yenilenmesi, Yönetmelik gere ince sa lık kurulu raporu ile tevsik edilme artına ba lı oldu undan, kurumlar protez ve ortezlerin yenilenmesine ili kin sa lık kurulu raporlarında "önceden verilen protez ve ortezin yenilenmesi gerekti ine" dair kayıt arayarak ödeme yapacaklardır. Tedavi amacıyla kullanılan araç, gereç, organ protez ve ortez bedellerinden hasta katılım payı alınmayacaktır.

Vücut organ protezlerinin kullanım süreleri; meme protezi için 2, vücut dı nda kullanılan di er vücut organ protezleri için 5 yıldır. Bu sürelerden önce söz konusu tıbbi malzemeler yenilenmez. Ancak, büyüme ve geli me ça ndaki çocuklara kullanılması gerekli görülen miadlı tıbbi malzemeler, çocu un büyüme ve geli mesi nedeni ile kullanılmadı ının ve yenilenmesi gerekti inin sa lık kurulu raporu ile belgelenmesi ko uluyla süresinden önce Tebli hükümleri do rultusunda yenilenir.

Hastalara dı arıdan aldırılan ilaç, protez ve ortezler ile çe itli sarf malzemelerinin bedelleri hastanın kurumunca ödendi inden, tahakkuk memurları, saymanlar ve di er ilgililer mükerrer ödemeyi önlemek üzere sa lık kurumunun gönderdi i faturalar üzerindeki incelemede gerekli hassasiyeti göstereceklerdir.

Ortopedik ve acil müdahaleler, gastroenteroloji, diyaliz, radyodiagnostik vb. giri imsel i lemler ayakta da verilen sa lık hizmetleridir. Hastaya yatı i lemi yapılmadan ayakta verilebilen bu i lemler sırasında kullanılan ilaç ve sarf malzemeleri tedaviyi yapan resmi sa lık kurumu tarafından sa lanması halinde bedeli ilgili kuruma fatura edilir.

20.4. Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları

20.4.1. Myoelektrik kontrollü kol protezleri

Bilateral üst ekstremitte ampute hastalar veya tek taraflı üst ekstremitte amputasyonu ile birlikte kar ı ekstremitteyi kullanamayacak hastalar için önerilen myoelektrik kontrollü kol protezleri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulundu u üçüncü basamak sa lık kurumları sa lık kurullarınca düzenlenecektir.

Sa lık kurulu raporunda; hastanın myoelektrik kontrollü kol protezi kullanımına ili kin e itim aldı ı ve kullanabilece inin yanında ayrıntılı de erlendirmeleri içeren ilgili uzman hekimlerin görü ünün yer alması zorunlu olup söz konusu raporların Sa lık Bakanlığı na ba lı Ankara veya stanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon E itim ve Ara tırma Hastanelerince onaylanması gerekmektedir.

Myoelektrik kontrollü kol protezlerinin yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce temin edilen myoelektrik kontrollü kol protezlerinin bedeli kurumca ödenmez.

20.4.2. Hasta alt bezi

Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması nedeni ile (çocuklar için en az iki ya ını tamamlamı 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 Tebli eki (5/A) listesinde yer alan birim fiyat üzerinden ödenir.

Hasta alt bezinin sa lık kurumlarınca temin edilmesi halinde sa lık raporu aranmaz.

20.4.3. Kolostomi, ürostomi torbası

Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, te his, 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.

Sa lık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce en fazla iki aylık dozlar halinde kolostomi ve ürostomide en fazla 60 torba, 20 adaptör ve 2 pasta; ileostomide ise 90 torba, 30 adaptör ve 3 pastayı geçmemek üzere reçete edilmesi halinde bedelleri kurumca kar ılanır.

Sa lık kurumlarınca temin edilmesi halinde sa lık raporu aranmaz.

20.4.4. Yara bakım ürünleri

Tedavi sırasında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünlerinin bedelleri, sa lık kurulu raporuna istinaden a a ıda belirtilen usul ve esaslara göre kar ılanır.

1. Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sa lık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide;

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

b) Ayaktan tedavide;

Genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, rehabilitasyon programındaki hastalar için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

sa lık kurullarınca düzenlenecektir.

2. Yara bakım ürünleri kullanımına dair düzenlenecek sa lık kurulu raporlarında; hasta kimlik bilgilerinin dı ında;

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

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

- d) Klinik bulgular (eksüdasyon, kavitasyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir.),
- e) Öncesinde, medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı,
- f) Tercih edilen yara bakım ürününün, tercih gerekçesi, tipi (kategori), ebatları, deşirilmesi 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 yatışı süresince geçerlidir.

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

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

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

8. Ayaktan tedavide, sadece hydrocolloid, hydrogel ve fiber içerikli yara bakım ürün bedelleri karışılacaktır.

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

10. 100 cm² ye kadar olanlar küçük, 100-225 cm² ye kadar olanlar orta, 225 cm² 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 karışılmayacaktır.

20.4.5. Kan şekeri 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 diyabetli, Tip II diyabetli, hipoglisemili, gestasyonel diyabetli 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) Kan şekeri ölçüm cihazlarına ait bedeller karışılmayacaktır.

c) Kan şekeri ölçüm çubukları;

- 1) Tip I diyabetes mellituslu hastalar için ayda 100 adet,
- 2) Tip II diyabetes mellituslu insülin kullanan hastalar için üç ayda 100 adet,
- 3) Hipoglisemi hastaları için ayda en fazla 50 adet,
- 4) Gestasyonel diyabet için gebelik süresince ayda en fazla 100 adet,
- 5) Sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet,

hesabıyla, en fazla üç aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yukarıda belirtilen adetler, 18 ya ından küçüklere yüzde elli oranında artırılarak uygulanır.

d) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait fatura ile birlikte, sa lık raporunun fotokopisi ile reçetenin asılları ödeme evrakına eklenecektir. Her bir şeker ölçüm çubu u için Tebli eki EK-5/C sayılı listede belirtilen tutar üzerinden ödeme yapılır.

Kan şekeri ölçüm çubuklarının, sözleşmeli eczanelerce de hastanın kurumuna fatura edilmesi halinde bedelleri ödenir.

e) Sa lık raporları en fazla iki yıl geçerli olacaktır.

20.4.6. Kendinden jelli sonda

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 ödenir.

Raporda; te his, kullanım süresi ve günlük kullanım miktarı belirtilecektir.

Günlük en fazla 6 (altı) adet sonda bedeli ödenir. Gerekli durumlarda raporda belirtilmi olmak artıyla en fazla 5 adet kendinden jelli sonda ile birlikte en fazla bir adet hidrokit sonda reçete edilebilir.

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

Sa lık kurumlarınca temin edilmesi halinde sa lık raporu aranmaz.

20.4.7. İtme cihazları

Kurumlarca sadece analog ve dijital itme cihazı bedelleri ödenir.

İtme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için;

İtmenin cihaz ile düzeltilmesinin mümkün oldu unun kulak burun bo az uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporu düzenlenecektir.

Raporda i itme cihazının analog ya da dijital oldu u belirtilecek, dijital cihaz önerilmesi durumunda analog cihaz önerilmeme gerekçesi ayrıca belirtilecektir.

Odyoloji test sonuçlarını gösterir belgenin aslı rapora eklenecektir.

Her iki kulak için i itme cihazı bedelinin ödenebilmesi için, sa lık kurulu raporunda iki kulakta i itme kaybının bulundu unun belirtilmesi yeterli olmayıp, gerekçeleri belirtilerek "Hastanın her iki kulak için i itme cihazı kullanması gereklidir." ibaresi raporda yer alacaktır.

itme cihazlarının bedeli Tebli eki EK-5/C Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak fatura tutarını a mamak artıyla ödenir. Buna göre; bir adet analog i itme cihazı için 175 YTL, dijital i itme cihazı için 350 YTL ödenecektir. 18 ya altı çocuklar için bu tutarlar %50 oranında artırılarak uygulanır.

itme cihazının yenilenme süresi be yıldır. Bu süreden önce yenilenen i itme cihazı bedelleri ödenmez. Ancak, i itme durumunda de i iklik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi durumunda bu durumun kulak burun bo az uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile belgelenmesi hâlinde veya ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dı nda cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldi inin resmi sa lık kurumunca düzenlenen kulak burun bo az uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile belgelenmesi hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

itme cihazı kalıp ve pil bedeli ödenmez.

20.4.8 Gözlük cam ve çerçevesi

20.4.8.1. Yönetmeli in 33 üncü maddesi gere ince göz hastalıkları uzman hekimleri (ihtisas yapmakta olan hekimler dâhil) tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak alınacak gözlük camları ile çerçevenin temininde a a ıdaki açıklamalar do rultusunda i lem yapılacaktır.

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

20.4.8.3. Hatalı gözlük camı verilmesinin ya da reçeteye yazılan gözlük camı yerine farklı diyoptrili cam verilmesinin ortaya çıkaraca ı sonuçlardan camı veren gözlükçü sorumludur. Bu duruma neden olan gözlükçülerden bir daha gözlük camı temin edilmez.

20.4.8.4. Gözlük camlarına ili kin her çerçeve için 30 YTL ödenecektir.

20.4.8.5. Gözlük camlarının temininde Tebli ekinde (EK-6) yer alan liste muhteviyatı uygulanır. Hasta tarafından bu listedeki camlar dı nda ayrı çap, cins, marka ve fiyatta cam istenmesi halinde, alınan reçeteye göre Tebli e ekli "Gözlük Camları Fiyat Listesi"ndeki normal camların tutarı kadarı kurumunca kar ılanacak, bu miktarı a an kısmı ile renk, degrade ve antireflo farkı ise ilgiliden alınacaktır.

20.4.8.6. Yönetmeli in 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (B) bendine göre yurt dı nda tedavi giderleri kar ılananlar ile tedavi amacıyla yurt dı na gönderilenlerin yurt dı nda temin edilen gözlük camları ve çerçeveleri; bu Tebli de yer alan fiyatlara % 100 ilave edilmek suretiyle bulunan miktarlar esas alınarak kar ılanacak, transferi halinde

ise bu Tebliğin yürürlüğe girdiği günkü kurlar esas alınmak suretiyle bulunacak miktarların döviz karlı tutarları ödenecektir.

20.4.8.7. Kurumlar, göz tedavisi sonucunda öngörülen cam ve çerçeve bedellerinden, hangisinin ödeneceğini, hastanın sağlık karnesine ilişkin olan eski cam ve çerçeve kayıtlarını da dikkate alarak belirleyecektir. Hastalara sağlanacak gözlük çerçevelerinin Sağlık Bakanlığı'na konulan Tıbbi Cihaz Yönetmeliğine uygun olması gerekmektedir.

Yönetmelik gereğince gözlük cam ve çerçevesine ilişkin reçetelerin sağlık karnesine ilişkin olması için kurum hekimliklerine ibrazı zorunludur. Kurum hekimleri sağlık karnesine gerekli kaydı yaparken alınan cam ve çerçevenin reçete muhteviyatına uygunluğunu kontrol etmekle yükümlüdürler.

Yönetmeliğin 37 nci maddesi ve Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Hizmet Yönetmeliğinin 308 inci maddesine göre gözlük camı ve çerçevesi ile çerçeve bedeli ilgili sağlık karnesine ve/veya sağlık fişlerine alındıkları tarih belirtilmek suretiyle ödenecektir. Kurum gerçeikle tirme görevlileri ve muhasebe yetkilileri bu hususa titizlikle uyacaklardır.

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

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

Göz hastalıkları uzmanı hekimce düzenlenen sağlık raporu ile zorunlu görülmesi artıyılı puva, prizmatik ve teleskopik gözlük camları, Sosyal Güvenlik Kurumunca tespit edilen fiyatları aynen üzere ödenecektir.

20.4.8.10. Kontakt lens bedeli ödenmez.

20.4.8.11. Kurum ve kuruluşlar, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile optik sözleşmesi imzalayan optikçilerden/firmalardan personelin gözlüklerini temin edeceklerdir.

20.4.9. Desferal pompası

-Serum ferritin düzeylerinin 750 ng/ml seviyelerine yükselmesi olması veya

-Aynı 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 ödenir.

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

Sa lık kurumlarınca temin edilmesi halinde, sa lık raporu aranmaz.

20.4.10. Tekerlekli sandalye

Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalı ı veya sakatlı ı oldu u ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, eri kin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelenenlere bedelleri ödenir.

Hastanın özür lülük durumu nedeniyle özellikle tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulundu u ve özür lülü ünün sürekli oldu unun, yukarıda belirtilen uzman hekimlerden en az birinin yer aldı ı sa lık kurumlarınca düzenlenen sa lık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde özellikle motorsuz tekerlekli sandalye bedeli ödenir. Özellikle motorsuz tekerlekli sandalye, kollukları çıkarılabilir, ayaklıkları ve arkalı ı ayarlanabilir, katlanabilir ve gerekti inde ba -boyun deste i eklenebilir niteliktedir.

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

20.4.11. Akülü tekerlekli sandalye

Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalı ı veya sakatlı ının yanında

-El, ön kol ve kolun tek taraflı fonksiyonuna mani olan haller veya,

-Kalp yetmezli i veya koroner arter hastalıkları veya,

-Kronik obstrüktif akci er hastalıkları,

gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi ya da hareket ettirmesi halinde ki inin sa lı ının tehlikeye girece i durumlarda, bu durumlarının ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, eri kin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldı ı sa lık kurumlarınca düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla, akülü tekerlekli sandalye bedelleri kurumlarca ödenir.

Trafik tescili zorunlu olan ve kullanımı için H sınıfı sürücü belgesi gerektiren motorlu malul arabalarının bedelleri ödenmez.

Akülü tekerlekli sandalye en az; elektronik kumandalı, kapalı devre sistemiyle yoku a a ı bile hızı ve yönü ayarlanabilir, 6-12 derece arası e imde kullanılabilme imkanı, ta ima için katlanabilir, hız limiti ayarlanabilir, 120 kg ta ima kapasitesinde, elektronik akü arj cihazlı, tek veya çift akü kutusu ile 24 V akülü özelliklerine haiz olmalı ve ilgili firma tarafından iki yıl garanti, on yıl yedek parça bulunurluk garantisi, teknik destek taahhütnamesi verilmi olmalıdır.

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

20.4.12. Mikro infüzyon pompası

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

1) Hastanın tip I diabetli veya insüline bağımlı tip II diabetli olması ile birlikte kan şekeri oynamak (bristle) seyrettiğinin ya da gebelikte gestasyonel diabet (hamilelik diabeti) olduğu belirtilmesi,

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

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

artları aranacaktır.

Sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilen infüzyon seti ve rezervuar bedelleri, en fazla 3 günde 1 adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla 3 aylık miktarda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

21. Sağlık hizmetlerinin karılanma yöntemi

Sağlık hizmetleri, resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile bu Tebliğ ve Özel Tedavi Protokolü hükümleri çerçevesinde sözleşme imzalanan özel sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlanır.

Tebliğ ve eki listelerde yer almayan her türlü tahlil, tetkik, ilaç ve tedavi bedelleri ödenmez.

Üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri ve kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından, sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin muayeneleri, tetkik ve tedavileri ile ilgili olarak, herhangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından, Tebliğ ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri karılanır.

5258 sayılı Kanun gereğince aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, aile hekimlerince verilen sağlık hizmetleri ile birinci basamak özel sağlık kuruluşlarıncı verilen sağlık hizmetlerinin bedeli karılanmayacaktır. Bunların dışındaındaki sağlık kurum ve kuruluşlarıncı verilen Tebliğ kapsamındaki sağlık hizmetlerinin bedeli Tebliğ esaslarına uygun olarak ödenecektir.

21.1. Faturaların düzenlenmesi

Faturanın tanımı:

Faturalarda;

- a) Hastanın adı, soyadı,
- b) Hasta sevk kağıdının tarih ve nosu,
- c) Kurum adresi (Tahakkuk dairesinin adresi)
- d) Hastanın dosya numarası,
- e) Hastanın sicil numarası

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

g) Fatura i lem detayları (Muayene, tetkik, tahlil, ilaç, yatak, ameliyat, protez, ortez ve di er sarf malzemeleri):

- lemin sıra nosu,
- lemin kayıt tarihi,
- lemin Tedavi Yardımına li kin Uygulama Tebli i kodu ve adı
- lemin adedi,
- lemin birim fiyatı,
- lemin tutarı yer almalıdır.

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

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

Faturalar, hastanın yatı süresine ve görmü oldu u tedaviyle uyumlu olarak düzenlenecektir.

Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçlar, kutu bazında de il, tane hesabıyla birim fiyatları üzerinden hesaplanarak fatura edilecektir. Bu ekilde faturalandırılmayan ilaç bedelleri, fatura bedelinden dü ülecektir.

Faturalar, hastane tarafından, hastanın kimlik bilgileri, kurumu, tedavinin ba lama ve biti tarihleri belirtilmek suretiyle, tedavinin bitmesini müteakip en kısa süre içerisinde düzenlenerek, hastanın kurumuna ivedilikle gönderilecektir. Faturalarda yetkili ki ilerin imza ve ka esi yeterli olacak ayrıca kurum ba hekiminin onayı ve resmi mühür aranmayacaktır.

Sa lık Bakanlı ınca ilan edilen hastalıkların sınıflandırılmasına (ICD-10) ait hastalık sınıf adı ile kodu ve/veya kısaltılmamı öntanı/tanı muayene edilen hastaların faturalarında (veya eklerinde) bulunacaktır. Birinci basamak sa lık kurulu ları hariç Sa lık Bakanlı ınca ilan edilen hastalıkların sınıflandırılmasına (ICD-10) ait hastalık sınıf adı ile kodu faturalarda bulunacaktır.

21.2. Faturaların ödenmesi

Hastane faturaları ilgili kurum veya kurulu tarafından gerekli inceleme yapıldıktan sonra tahakkuka ba lanarak, en geç on be gün içerisinde ödemeyi yapacak birime intikal ettirilecek, gerekli incelemeler yapılarak intikal tarihinden itibaren en geç bir ay içerisinde faturanın ödenmesi sa lanacaktır. Ödenek bulunmaması halinde en seri ekilde ödenek talebinde bulunulacaktır. ta amirleri ödemenin zamanında yapılması hususunda gerekli hassasiyeti göstereceklerdir.

Faturalar kuruma geli inden itibaren en geç kırkbe gün içerisinde ödenmi olacak, ödeme yapılırken ödemesi yapılan faturanın tarih ve numarası dekonta yazılacaktır.

Faturaların, sa lık kurumlarına ödenmesini müteakip, tedavi yardımından yararlanan hastaların hastanelerde tedavileri sırasında hekim tarafından lüzum görülen tetkik, röntgen ve di er tedavileriyle ilgili hizmetlerin yerine getirilip getirilmedi inin tespiti açısından ilgili amirler, gerekli tedbirleri alacaklar ve bu konuda gerekli hassasiyeti göstereceklerdir. Bu esaslar çerçevesinde uygulama yapmayan ilgililer hakkında idari i lem yapılır.

21.3. Sa lık kurum ve kurulu larında uygulanacak fiyat tarifesi

21.3.1. Birinci basamak sa lık kurulu larının faturaları

Birinci basamak resmi ve özel sa lık kurulu larında yapılabilecek laboratuvar ve radyolojik görüntüleme i lemleri ile bunların birim fiyatları Tebli ekinde yayımlanan (EK–8/A) listesinde belirtilmi tir. Birinci basamak resmi ve özel sa lık kurulu larında laboratuvar ve radyolojik görüntüleme i lemleri dı nda yapılan di er i lemler için Tebli e ekli (EK–8) sayılı fiyat listesi uygulanacaktır. Özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ile Kızılay tıp merkezlerinde Tebli e ekli (EK–8) sayılı fiyat listesi uygulanacaktır. Koruyucu sa lık hizmetleri kapsamında verilen hizmetler ise ücretlendirilmeyecektir.

Faturalar, hastanın kimlik bilgileri, kurumu, tedavinin ba lama ve biti tarihleri belirtilmek suretiyle, bu Tebli in 21.1 inci maddesinde belirtilen esaslara göre düzenlenecektir.

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

Birinci basamak sa lık kurulu larınca hastanın ba ka bir resmi sa lık kurumuna sevk edilmesi halinde, bu kurulu larca yapılmı bulunan tetkik ve tahlil sonuçlarının birer örne i sevk edilen sa lık kurumuna gönderilir.

Birinci basamak sa lık kuru larınca hastanın ikinci basamak sa lık kurumuna sevk edilmesi halinde, muayene ücreti Tebli in eki (EK–8/A) Listesinde yer alan 520.090 kodlu "1. Basamaktan sevk halinde poliklinik muayene ücreti" üzerinden fiyatlandırılacak, ayrıca 520.080 kodlu "1. Basamak poliklinik muayene ücreti" tahakkuk ettirilmeyecektir.

21.3.2. Hizmet ba ı esasına göre fiyat tarifesi üzerinden ödeme

Tebli eki EK–5/B Listesinde yer alan malzemeler hariç olmak üzere her türlü sarf malzemeleri ile ilaçların bedelleri ayrıca ücretlendirilir.

Yatak ücretlerine yemek masrafları dâhildir.

Refakat, hekimin lüzum göstermesi artıyla kabul edilebilir. Özel, 1 inci sınıf ve 2 nci sınıf odalarda yatak ücretlerinin yarısı kadar, di er sınıflarda ise yatak ücretinin üçte biri kadar ücret alınır.

Yönetmeli in 36 ncı maddesi gere ince "Estetik bakımdan yapılan tıbbi ve cerrahi müdahalelerin parası" ödenmez. Bu i lem için müracaat eden ki iler ücretlerini kendileri öderler. "Estetikten kasıt tedavi maksadıyla olmayan düzeltme, güzelle tirme vb. tür ameliyatlardır."

24 saatten kısa süren yatarak tedavilerde, gündüz yatak ücreti ödenir.

Tebli in 2.3 maddesinde belirtilen günübirlik tedavilerde, "gündüz yatak ücreti" bedeli ödenir. Yatak ücretleri için Tebli in 25.1.1 inci maddesinde yer alan düzenlemeye göre işlem yapılacaktır.

Yoğun bakım (temel yaşam desteği) veya kardiyopulmoner resüsitasyon ücretlendirildiğinde, moniterizasyon, hastanın mekanik ventilatöre bağlanması, ventilatör ile takip, nebulizatör, oksijen tedavisi ve derin trakeal aspirasyon ücreti ayrıca tahakkuk ettirilemez.

In vitro diagnostik kit kontrolü ile ilgili çalışma yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında (serokonversiyon paneli ya da dozulama testleri hariç) bu amaçla yapılan test bedelleri ödenmez.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin bedeli, öncelikle Tebli ekinde "Tanıya Dayalı İlem Fiyat Listesi"nde (EK-9) yer alıyorsa bu fiyat listesi fiyatları esas alınarak ödenir. Sağlık hizmeti Tebli e ekli EK-9 sayılı listede yer almıyorsa ise, Tebli ekinde "Sağlık Kurumları Fiyat Listesi" (EK-8) fiyatları esas alınarak ödenir.

Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde EK-9 sayılı listenin tamamının uygulanması zorunlu olmayıp, bu listede yanında (*) yıldız işareti bulunan işlemlerin uygulanması zorunludur.

Tebli kapsamındaki hak sahiplerinin, sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretlerin hesaplanmasında;

a) Bu Tebli de tanımlanan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapılacak muayene-tetkik-tahlil-ameliyat ve tedavilerde (EK-8) sayılı ve (EK-9) sayılı listelerde yer alan fiyat tarifesi;

b) Diş tedavilerinde; bu Tebli e ekli "Diş Tedavileri Fiyat Listesi" (EK-7),

c) Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı ve Bölge Hıfızısıhha Enstitülerinde yapılan tetkik ve tahlil işlemlerinden (EK-8)'de yer alanlar bu tarife üzerinden, diğerlerinde ise bu Başkanlığın Sağlık Bakanlığı Onayı ile kabul edilen fiyat tarifesi,

esas alınacaktır.

Üniversite tıp fakültesi hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri için (EK-8) sayılı fiyat listesinin "8. Radyoloji Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuvar İşlemleri" bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen tutarlara %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

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

21.3.3. Tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme

Sağlık kurumlarında bu Tebli e ekli Tanıya Dayalı İlem Listesinde (EK-9) yer alan işlemler, bu listedeki fiyatlar üzerinden fatura edilecektir.

Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise sadece yanında (*) yıldız izni olan tanıya dayalı işlemler uygulanacak ve faturalandırmada (EK-9) sayılı listede yer alan bu fiyatlara %10 ilave edilecektir.

Tanıya dayalı işlemlere ait bedellerin ödenmesinde, Tebliğin 22 nci maddesinde belirtilen uygulama ilkeleri dikkate alınacaktır.

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

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilere ait bedeller; bu Tebliğde belirtilen esaslar ve birim fiyatlar ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarını temsil eden derneklerle imzalanan Özel Tedavi Protokolü hükümleri çerçevesinde ödenecektir.

Söz konusu Protokol ve ekleri, Bakanlığımız Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün internet sitesinde (www.bumko.gov.tr) adresinde yer almaktadır.

Tanıya dayalı işlem fiyatlarına ait faturalar öncelikli olarak ödenecektir.

22. Tanıya dayalı işlem fiyat listesinin uygulama ilkeleri

22.1. Tanıya dayalı işlem tanımı

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

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

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

22.2. Tanıya dayalı işlemlerin kapsamı

Tanıya dayalı ödeme listesi işlem fiyatlarına; yatak ücreti, poliklinik, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, ilaç, 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. Fiyatlar, her tanıya dayalı işlem fiyatı için ayrı ayrı belirtilen istisnaları kapsamaz. Bu istisnalar, ayrıca faturada gösterilerek faturalandırılır.

Tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaç veya tıbbi malzemelerin hastalara temin ettirildiğinin tespiti halinde, ilaç ve tıbbi malzemeler için hastaya ödenen tutar ilgili sağlık kurumundan mahsup edilir.

22.3. Ameliyat öncesi hazırlık işlemleri

Tebliğeki EK-9 sayılı listede yer alan işlem fiyatlarına, sağlık kurumlarına yatışı tarihinden önce yapılan, tanı sonrası ameliyata yönelik hazırlık (preoperatif) işlem ücretleri dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

22.4. Hizmetin iptal olması veya yarım kalması

Hastanın tetkik a amasında ölmesi veya ortaya çıkan ba ka sa lık sorunları nedeniyle, tanıya dayalı i lem kapsamına giren bir müdahalenin yapılamaması halinde verilen hizmetler ile ameliyat / giri im kararı verilen hastanın, herhangi bir nedenle tedaviden vazgeçmesi halinde (hastanın hastaneden ayrılmasından 10 gün sonra) o zamana kadar yapılan i lemler, Tebli eki EK-8 sayılı liste fiyatları üzerinden % 10 indirimli olarak fatura edilecektir.

22.5. Ameliyat sonrası kontroller ve testler

Hastanın taburcu olduktan sonraki, aynı sa lık kurumundaki aynı bran ta; 15 gün içerisinde yapılan muayeneleri ile 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 i lem fiyatına dahildir, ayrıca faturalandırılmaz.

22.6. Tanıya dayalı i leme dâhil olmayan tıbbi malzemeler

Tanıya dayalı i lem fiyatına dâhil olmayan malzemeler; plak+çivi+vida, kemik çimentosu, external fixatör, her türlü eklem implantı, omurga implantı, kalp pili, pace elektrodu, koroner stentler, kalp kapakları, intraaortik balon, kapaklı kapaksız kondüvit, valv ringi, her türlü greft (shunt ve suni damar), protezler, atarektomi cihazı, dual meshler (karın duvarının kapatılmadığı intraabdominal hernilerde ve diyafragmatik hernilerde sa lık kurulu raporu ile) ve tanıya dayalı i lem tanımlarında dahil olmadıkları belirtilen malzemelerdir.

Tanıya dayalı i lem fiyatına dahil olmayan her türlü tedavi edici ve iyile tirici tıbbi malzemeler, Tebli de belirtilen esaslara göre ödenir.

22.7. Komplikasyonlar ve e lik eden hastalıklar

a) Tanıya dayalı i lem kapsamında tedavisi yapılan hastaya, Tebli eki EK-9 sayılı listede yer almayan bir tedavi gerektiren komplikasyon ortaya çıkması durumunda, komplikasyonun tedavisine ait ücret, Tebli eki EK-8 sayılı listede yer alan tutarların %10 eksi iyle faturalandırılır.

Hastanın önceden bilinen risk faktörleri (diabetes mellitus, hipertansiyon, morbid obezite, alkolizm, vb) veya e lik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immun ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) bulunması ve bunlarla ilgili olarak geli en komplikasyonlarda bu indirim uygulanmaz.

b) Tanıya dayalı i lem kapsamında tedavisi yapılan hastanın e lik eden hastalıklarla ilgili (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler vb) te his ve tedavi hizmetleri Tebli eki EK-8 sayılı liste üzerinden ayrıca faturalandırılır.

c) Hastanın tedavisi sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle, a a ıda belirtilen tedavi süresinin a ılması 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 yatı günü için verilen tedavi hizmetleri, Tebli eki EK-8 sayılı liste fiyatları esas alınarak ayrıca fatura edilir.

ç) Hastaya uygulanan tanıya dayalı i lem sonrasında, i leme ba lı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyon (yara revizyonu gibi) nedeniyle ikinci bir müdahaleye gerek duyulması halinde bu müdahalenin aynı sa lık kurumu tarafından gerçekleştirilmesi durumunda ilave ücret talep edilemez.

22.8. Birden fazla kesi ve birden fazla ameliyat

Aynı seansta aynı kesi ile birden fazla ameliyat yapılması halinde; en üst gruptaki tanıya dayalı i lem fiyatı tam olarak, di er i lemler ise kendi tanıya dayalı i lem fiyatının %25'i olarak fiyatlandırılır.

Aynı seansta ayrı kesi ile birden fazla ameliyat yapılması halinde; en üst gruptaki tanıya dayalı i lem fiyatı tam olarak, di er ameliyatlar ise kendi tanıya dayalı i lem fiyatının %50'si olarak fiyatlandırılır.

Aynı seansta aynı kesi ile EK-9 sayılı listede yer alan bir ameliyat ile birlikte EK-9 sayılı listede yer almayan bir ameliyat yapılması halinde tanıya dayalı i lem fiyatı tam olarak, EK-8 sayılı listede yer alan i lem bedelinin %30'u faturalandırılır.

Aynı seansta ayrı kesi ile EK-9 sayılı listede yer alan bir ameliyat ile birlikte EK-9 sayılı listede yer almayan bir ameliyat yapılması halinde tanıya dayalı i lem fiyatı tam olarak, EK-8 sayılı listede yer alan i lem bedelinin %50'si faturalandırılır.

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

23. Sa lık karnesi ve sa lık dosyası

23.1. Sa lık karnesi

Yönetmeli in 38 inci maddesine göre, bütün memurlara, herhangi bir ekilde sa lık yardımından yararlanmayan e lerine, bakmakla yükümlü buldukları ana, baba ve aile yardımına müstahak çocuklarına birer sa lık karnesi verilmesi gerekmektedir.

Memur ve aile fertlerinin, yurt içinde muayene ve tedavisi için başvurdukları hekim ve sa lık kurumlarına sa lık karnesini ibraz etmeleri zorunlu bulunmaktadır.

Kurum hekimlikleri, resmi sa lık kurulu ları, sa lık ocakları ve hastaneler, kendilerine müracaat eden ki ilere verilen ilaçları, protez-ortezleri ve sa lık durumlarına ait bilgileri, tarih sırasıyla sa lık karnelerine i lemekle yükümlüdürler.

Muayene ve tedaviyi gerçekle tiren hekim tarafından yazılan ilaçlar, daha önce verilen ilaçlar da dikkate alınarak yazılacaktır.

23.2. Sa lık dosyası

Yönetmeli in 39 uncu maddesine göre, her Devlet memuru için kurumların özlük i lerini yürüten ünitelerince biri memura, di eri bakmakla yükümlü oldu u ki ilere ait olmak üzere iki sa lık dosyası tutulması gerekmektedir.

24. Tedavi giderlerine ait katma de er vergisi

Bu Tebli de yer alan fiyat tarifeleri ve birim fiyatlar katma de er vergisi hariç olarak tespit edilmi tir. Katma de er vergisi, ilgili mevzuatı çerçevesinde ayrıca ödenecektir.

25. Tebli in eklerine ili kin düzenlemeler ve duyurular

25.1. Tebli in eklerine ili kin düzenleme

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sa lık Sigortası Kanununun genel sa lık sigortasına ili kin hükümleri 1/10/2008 tarihinden itibaren yürürlü e girmi bulunmaktadır.

Genel sa lık sigortalısı hak sahiplerinin tedavileri için ödenmesi gereken tedavi giderlerinin birim fiyatları, 5510 sayılı Kanun gere ince olu turulan ve Bakanlı ımızın da üyesi bulundu u Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından kararla tırılarak yürürlü e konulmaktadır.

Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından kararla tırılan birim fiyatlar ve tedavi yardımına ili kin di er listeler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 29/9/2008 tarihli ve 27012 birinci mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sa lık Uygulama Tebli i (SUT) ekinde yayımlanmı tir.

Tedavi yardımına ili kin olarak yürütülen ortak uygulamaya paralel olarak Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından kararla tırılan birim fiyatlar Bakanlı ımız tarafından da aynen uygulandı ndan, Tedavi Yardımına li kin Uygulama Tebli inin ekleri ayrıca yayımlanmayacak, SUT ekinde yayımlanan ve a a ıda belirtilen ek listeler bu Tebli kapsamında için de aynen uygulanacaktır.

EK-1: Yurtdı nda Tedavi Amacıyla Sa lık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmî Sa lık Kurumları Listesi,

EK-1/A: Yurt Dı ı Tedavi için Hasta zleme Cizelgesi,

EK-1/B: Yurt Dı nda Tedaviye Gönderileceklere li kin Sa lık Kurulu Raporu,

EK-1/C: Yurt Dı nda Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sa lık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmî Sa lık Kurumları Listesi,

EK-1/Ç: Kemik li i Doku Bilgi Bankaları Listesi,

EK-1/E: Kan ve Kan Bile enleri Talep Formu,

EK-1/F: Doku Tipleme Laboratuvarları Listesi,

EK-1/G: Kemik li i Nakli Merkezleri Listesi,

EK-2: Hasta Katılım Payından Muaf laçlar Listesi,

EK-2/A: Sistemik Antimikrobik ve Di er laçların Reçeteleme Kuralları Listesi,

EK-2/B: Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedeli Ödenecek laçlar Listesi,

EK-2/C: Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sa lık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek laçlar Listesi,

EK-2/D: Bedeli Ödenecek laçlar Listesi,

EK-2/E: Hastalığa Özel (Do u tan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis, nek Sütü Alerjisi ve Çölyak Hastalığı) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi,

EK-3/B: Eczane Bilgi Formu,

EK-5: Protez, Ortez ve Di er Tıbbi Malzeme Listesi,

EK-5/A: Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi,

EK-5/B: Bedeli Ödenmeyecek Basit Sıhhi Sarf Malzemeleri Listesi,

EK-5/C: Vücut Organ Protez ve Ortezler Listesi,

EK-6: Gözlük Camları Fiyat Listesi,

EK-7: Di Tedavileri Fiyat Listesi,

EK-7/A: Di Tedavileri Fiyat Listesine li kin Açıklamalar,

EK-8: Sağlık Kurumları Fiyat Listesi,

EK-8/B: Pozitron Emisyon Tomografi (PET) Görüntüleme Klinik Uygulamaları,

EK-8/C: Radyofarmasötik Ajan Tavan Fiyat Listesi,

EK-9: Tanıya Dayalı İlem Listesi.

Yukarıda belirtilen listeler Tebli ekinde yayımlanmamıştır. Sosyal Güvenlik Kurumunun Sağlık Uygulama Tebli i ekinde yayımlanan listeler bu Tebli kapsamında için de geçerlidir. Bu listeler aynı zamanda Bakanlık Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlü ünün internet adresinde yayımlanacaktır.

25.1.1. Yatak ücretleri ve otelcilik hizmetleri

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürürlü e konulan Sağlık Uygulama Tebli inin ekinde yayımlanan Sağlık Kurumları Fiyat Listesinde (EK-8) yatak ücreti olarak sadece "standart yatak ücreti"nin birim fiyatı tespit edilmi , ayrıca otelcilik hizmetine ait birim fiyatı tespit edilmi tir. Ye il kartlı hak sahipleri için bu listede bulunan "STANDART YATAK ÜCRET " birim fiyatı uygulanacaktır.

Yönetmeli in 21 inci maddesinde memurlar ile aile fertlerinin yatırılabilen yatak sınıfları ayrıca belirtilmi bulunmaktadır. Yönetmelikte yer alan düzenleme paralelinde kamu personeli ve bunların aile fertleri için 25/5/2007 tarihli ve 26532 mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan (8) sıra numaralı Tedavi Yardımına li kin

Uygulama Tebliğinin eki EK-8 sayılı fiyat tarifesinin "1.YATAK ÜCRETLER " bölümünde yer alan birim fiyatlar uygulanmaya devam edilecektir.

25.2. Duyurular

Bu Tebliğ ve ekleri ile Tebliğde yapılan değişiklikler Bakanlık Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün "www.bumko.gov.tr" adresinde duyurulacaktır.

25.3. Yürürlükten kaldırılan düzenlemeler

25/5/2007 tarihli ve 26532 mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 8 sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği yürürlükten kaldırılmıştır.

Kamu personeli olan gaziler açısından 9/11/2007 tarihli ve 23925 sayılı gazilerin tedavi giderleri hakkında Genelge ile 25/3/2008 tarihli ve 3493 sayılı Genelgenin 11 inci maddesi uygulanmaya devam edilecektir.

26. Yürürlük

Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer.