

## **Sosyal Güvenlik Kurumundan:**

### **SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ**

<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>6</b>
<b>GENEL HÜKÜMLER</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 - Amaç</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2 - Kapsam</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3 - Dayanak</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları</b> .....	<b>6</b>
1.4.1 - Sağlık kurulu ları .....	6
1.4.2 - Sağlık kurumları.....	6
1.4.3 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kurumları/kurulu ları .....	6
1.4.4 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan diğer sağlık hizmeti sunucuları .....	6
1.4.5 - Sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması .....	7
<b>1.5 - Sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve yükümlülükler</b> .....	<b>7</b>
1.5.1 - Özel sevk kurallarına tabi olan kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri.....	7
1.5.2 - Genel sağlık sigortası kapsamındaki diğer kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri.....	9
<b>1.6 - Kimlik tespiti</b> .....	<b>9</b>
1.6.1 - Biyometrik kimlik doğrulama işlemi .....	9
<b>1.7 - Provizyon işlemleri</b> .....	<b>10</b>
1.7.1 - Yurt dışı sigortalı müracaatları.....	10
1.7.2 - MEDULA sisteminden kaynaklanan nedenlerle provizyon alınmaması .....	11
1.7.3 - Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurumlarının provizyon işlemleri .....	11
<b>1.8 - Katılım payı</b> .....	<b>11</b>
1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve di hekimi muayenesi katılım payı .....	11
1.8.2 - Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar için katılım payı.....	12
1.8.3 - Tıbbi malzeme katılım payı .....	12
1.8.4 - Yardımcı üreme yöntemi katılım payları .....	12
1.8.5 - Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler .....	12
<b>1.9 - İlave ücret</b> .....	<b>13</b>
1.9.1 - İlave ücret alınması .....	13
1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler.....	14
1.9.3 - İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri .....	15
1.9.4 - Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması.....	15
1.9.5 - Stisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması.....	16
<b>1.10 - Sağlık raporlarının düzenlenmesi</b> .....	<b>16</b>
1.10.1 - Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi.....	16
1.10.2 - Sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi .....	16
<b>1.11 - SGK Hekim Şifresi</b> .....	<b>16</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>16</b>
<b>TANI VE TEDAVİ</b> .....	<b>16</b>

<b>2.1 - Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar .....</b>	<b>16</b>
2.1.1 - Ayakta tedaviler .....	16
2.1.2 - Yatarak tedaviler .....	16
<b>2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları .....</b>	<b>16</b>
2.2.1 - Ayakta tedavilerde ödeme .....	19
2.2.2 - Yatarak tedavilerde ödeme .....	20
<b>2.3 - Acil sağlık hizmetleri .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 - Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları .....</b>	<b>23</b>
2.4.1 - Di tedavileri .....	23
2.4.2 - Organ, doku ve kök hücre nakli tedavileri .....	27
2.4.3 - Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri .....	28
2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri .....	29
<b>2.5 - Yurt dışında tedavi .....</b>	<b>43</b>
2.5.1 - Yurt dışında görevlendirme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri .....	43
2.5.2 - Yurt dışında bulunma halinde sağlanacak sağlık hizmetleri .....	43
2.5.3 - Tetkik/tedavi için yurt dışına gönderilme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri .....	44
<b>2.6 - Yol ve gündelik giderleri .....</b>	<b>46</b>
2.6.1 - Yol ve gündelik gideri esasları .....	46
2.6.2 - Gündelik giderleri .....	48
2.6.3 - Refakatçi giderleri (yol, gündelik) .....	49
2.6.4 - Kontrol çağrılarında istinaden yapılan sevklerle ilgili kin yol ve gündelik giderleri .....	49
2.6.5 - Organ nakli tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri .....	49
2.6.6 - Kaplıca tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri .....	49
2.6.7 - Belli bir program çerçevesinde sayılan tedavilere ait yol ve gündelik giderleri .....	50
2.6.8 - Cenaze nakil işlemleri .....	50
2.6.9 - Yol ve gündelik gideri ortak hükümleri .....	50
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>50</b>
<b>TIBBİ MALZEME.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1 - Tıbbi malzeme temin esasları .....</b>	<b>50</b>
3.1.1 - Tanım ve genel hükümler.....	50
3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler .....	52
3.1.3 - Yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler .....	56
3.1.4 - Tanıya dayalı işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler .....	57
<b>3.2 - Tıbbi malzeme ödeme esasları .....</b>	<b>58</b>
3.2.1 - Yatarak tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi.....	58
3.2.2 - Ayakta tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi.....	60
3.2.3 - Sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarında tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi.....	60
<b>3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları.....</b>	<b>60</b>
3.3.1 - Yara bakım ürünleri ve antimikrobiyal örtüler.....	61
3.3.2 - Eker ölçüm çubukları .....	63
3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler .....	64
3.3.4 - Greftler.....	65
3.3.5 - Enjektör bedelleri .....	68
3.3.6 - Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler.....	68
3.3.7 - Kapalı loop mikro infüzyon pompası elektrik sistemi ile çalışan, sürekli glikoz monitörizasyonu yapan, uyarı yeteneğine sahip olan insülin infüzyon pompası .....	70
3.3.8 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları .....	71

3.3.9 - Ortopedi ve travmatoloji bran ı ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödemeye esas te kil edecek usul ve esasları .....	71
3.3.10 - Kronik venöz hastalıklar için bası giysileri .....	72
3.3.11 - Sakral sinir stimülatörleri .....	73
3.3.12 - Ayakta a ız ve di tedavilerinde tıbbi malzeme temin/ödeme usul ve esasları .....	73
3.3.13 - Kulak kepçesi protezi .....	73
3.3.14 - Kıkırdak hücre kültürleri .....	73
3.3.15 - Yapı ıklık önleyiciler .....	74
3.3.16 - Çift yüzlü yama (mesh) .....	74
3.3.17 - Trakeobron iyel stentler .....	74
3.3.18 - Total yüz maskesi .....	74
3.3.19 - Transbron iyel i ne aspirasyonu i nesi .....	74
3.3.20 - Bron dilatasyon balonları .....	74
3.3.21 - Damar kapama ve kesme probu ve ultrasonik cerrahi proplar .....	74
3.3.22 - Burun protezi .....	74
3.3.23 - Dura yapı tırıcı .....	74
3.3.24 - Sentetik menisküs implantları .....	75
3.3.25 - Menisküs tamiri ürünleri .....	75
3.3.26 - Sinüs tarsi vidası .....	75
3.3.27 - Absorbe olabilir omuz balon spacer .....	75
3.3.28 - Tümör protezleri .....	75
3.3.29 - Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemeler .....	76
3.3.30 - ntraoperatif Nöromonitörizasyon i lemlerinde kullanılan tıbbi malzemeler .....	77
3.3.31 - Hücretsiz kıkırdak matriksleri .....	77
3.3.32 - Hücretsiz menisküs implantları .....	77
3.3.33 - Ba /tendon güçlendirici implantlar .....	77
3.3.34 - Biyoçözünür kompresyon/antibiyotikli/antibiyotiksiz internal fiksasyon vidaları .....	77
3.3.35 - itme cihazı ve kulak kalıbı .....	81
3.3.36 - itsel implantlar .....	81

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM..... 84**

### **İLAÇ ..... 84**

<b>4.1 - Reçete ve sağlık raporu yazım ilkeleri .....</b>	<b>84</b>
4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi .....	84
4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi .....	84
4.1.3 - laç kullanımına esas sa lık raporlarının düzenlenmesi .....	85
4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı .....	86
4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması .....	87
4.1.6 - Hasta katılım payından muaf ilaçlar (EK-4/D) .....	88
4.1.7 - Sadece yatarak tedavilerde kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G) .....	88
4.1.8 - Ayakta tedavide sa lık raporu ile verilebilecek ilaçlar (EK-4/F) .....	88
4.1.9 - Bedeli ödenecek ilaçlar (EK-4/A) .....	88
4.1.10 - laç güvenlik izlem formları ile uyu turucu ve psikotrop ilaçlar .....	89
4.1.11 - Hastanelerce temini zorunlu kemoterapi ilaçları listesi (EK-4/H) .....	89
<b>4.2 - Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler .....</b>	<b>89</b>
4.2.1 - Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artrit), abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri .....	89
4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri .....	96
4.2.3 - Enjektabl alerji a ıların kullanım ilkeleri .....	97
4.2.4 - Rasburicase kullanım ilkeleri .....	97
4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri .....	97
4.2.6 - Büyüme bozuklukları .....	98
4.2.7 - Dü ük molekül a ırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri .....	99
4.2.8 - Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri .....	100

4.2.9 - Eritropoietin, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol, oral esansiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri .....	101
4.2.10 - Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri .....	103
4.2.11 - Glokom ilaçları .....	105
4.2.12 - mmünglobulinlerin kullanım ilkeleri .....	106
4.2.13 - Hepatit tedavisi .....	107
4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri .....	118
4.2.15 - Klopidogrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri.....	132
4.2.16 - Do u tan metabolik hastalıklar, gıda allerjileri ile çölyak hastalığı .....	136
4.2.17 - Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve paget hastalığı nda ilaç kullanım ilkeleri .....	137
4.2.18 - Orlistat kullanım ilkeleri .....	138
4.2.19 - Migrende ilaç kullanım ilkeleri .....	139
4.2.20 - Palivizumab kullanım ilkeleri .....	139
4.2.21 - Anagrelid kullanım ilkeleri .....	139
4.2.22 - Aktive protein C kullanım ilkeleri .....	139
4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itrakonazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri.....	139
4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri .....	140
4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri .....	141
4.2.26 - Levosimendan ve milrinon kullanım ilkeleri .....	141
4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri .....	142
4.2.28 - Lipid dü ürtücü ilaçların kullanım ilkeleri .....	145
4.2.29 - Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri .....	147
4.2.30 - Pulmoner hipertansiyon ile kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda ilaç kullanım ilkeleri .....	147
4.2.31 - Kırım kongo kanamalı ateşinde ribavirin kullanım ilkeleri.....	148
4.2.32 - Kontrast maddeler .....	148
4.2.33 - Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri .....	151
4.2.34 - Multipl skleroz hastalığı nda beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod, fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab ve natalizumab kullanım ilkeleri .....	152
4.2.35 - Nöropatik ağrı ve fibromiyaljidde ilaç kullanım ilkeleri.....	154
4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri .....	154
4.2.37 - Akromegalide ilaç kullanım ilkeleri.....	154
4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri .....	155
4.2.39 - Kseroderma pigmentosum tedavisinde güneşten koruyucu kremlerin kullanım ilkeleri.....	156
4.2.40 - Huzursuz bacak sendromunda ilaç kullanım ilkeleri.....	156
4.2.41 - Parenteral demir preparatları kullanım ilkeleri .....	156
4.2.42 - In vitro fertilizasyon (IVF), ovulasyon indüksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IUI) tedavilerinde ilaç kullanım ilkeleri .....	156
4.2.43 - Dijital ülseri olan sistemik skleroz hastalarında ilaç kullanım ilkeleri.....	157
4.2.44 - Kriyopirin ili kili periyodik sendromlar (CAPS) hastalığı nda kanakinumab kullanım ilkeleri .....	157
4.2.45 - Duchenne Müsküler Distrofi (DMD) hastalığı nda ataluren kullanım ilkeleri .....	157
4.2.46 - İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri .....	158
4.2.47 - Jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tanılarında metreleptin kullanım ilkeleri .....	159
4.2.48 - Kolik asit kullanım ilkeleri.....	159
4.2.49 - Spinal Musküler Atrofi hastalığı nda nusinersen sodium kullanım ilkeleri .....	160
4.2.50 - Chenodexychoic acid kullanım ilkeleri.....	161
4.2.51 - Droksidopa kullanım ilkeleri.....	161
4.2.52 - Febuksostat kullanım ilkeleri .....	161
4.2.53 - Medium-chain triglyceride yağı kullanım ilkeleri.....	162
4.2.54 - Miltefosine kullanım ilkeleri .....	162
4.2.55 - Natriumflouride kullanım ilkeleri .....	162
4.2.56 - Large Neutral Amino Acids (LNNA) etken maddesini içeren beslenme ürünlerinin kullanım ilkeleri .....	162
4.2.57 - Dupilumab kullanım ilkeleri .....	162

<b>4.3 - Yurt dışından ilaç getirilmesi .....</b>	<b>162</b>
<b>4.4 - İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması .....</b>	<b>163</b>
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları.....	167
4.4.2 - E de er ilaç uygulaması.....	168
<b>4.5 - Eczanelerden ilaç temini .....</b>	<b>169</b>
4.5.1 - Ki ilerin acil durumlarda sözleşme sız eczanelerden temin ettikleri ilaç bedelinin ödenmesi .....	169
4.5.2 - Reçetelerin geçerli oldu u süre .....	169
4.5.3 - İlaç bedellerinin ödenmesi .....	169
4.5.4 - İlaç takip sistemi .....	169
<b>4.6 - Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi .....</b>	<b>169</b>
<b>4.7 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu .....</b>	<b>170</b>
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM .....</b>	<b>176</b>
<b>FATURALANDIRMA VE ÖDEME İŞLEMLERİ .....</b>	<b>176</b>
<b>5.1 - MEDULA sistemi .....</b>	<b>176</b>
<b>5.2 - Fatura düzenlenmesi .....</b>	<b>176</b>
5.2.1 - Sağlık kurum/kurulu ları faturalarının düzenlenmesi .....	177
5.2.2 - Eczane faturalarının düzenlenmesi.....	177
5.2.3 - Optisyenlik müesseseleri faturalarının düzenlenmesi .....	177
5.2.4 - Sözleşmeli satı merkezleri ve eczaneler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi .....	178
5.2.5 -Ki iye özel üretilen ısmarlama malzemeler ve iyile tirici araç ve gereçleri kar ılayan sözleşmeli merkezler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi .....	178
5.2.6 - Ki iye özel üretilen ısmarlama malzemeler ve iyile tirici araç ve gereçleri kar ılayan sözleşmeli kurum/kurulu lar tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi.....	178
5.2.7 - Kurum ve Sağlık Bakanlı ı arasındaki protokole istinaden gaziler için her türlü ortez/protez ve di er iyile tirici araç ve gereçlerin teminine ili kin faturaların düzenlenmesi .....	178
<b>5.3 – İncelemeye esas belgeler .....</b>	<b>178</b>
5.3.1 - Sağlık kurum/kurulu ları için incelemeye esas belgeler .....	179
5.3.2 - Tıbbi cihaz/sarf malzeme ahıs ödemelerinde istenecek incelemeye esas belgeler .....	180
<b>5.4 – Fatura, incelemeye esas belgelerin teslimi ve ödeme işlemleri .....</b>	<b>181</b>
<b>ALTINCI BÖLÜM.....</b>	<b>181</b>
<b>SON HÜKÜMLER.....</b>	<b>181</b>
<b>6.1 - Tedavi giderlerine ait katma değer vergisi .....</b>	<b>181</b>
<b>6.2 - Duyurular .....</b>	<b>181</b>
<b>6.3 - Geçici hükümler.....</b>	<b>181</b>
6.3.1 -Tanı ve tedavi.....	181
6.3.2 - Tıbbi malzeme.....	181
<b>6.4 - Yürürlükten kaldırılan mevzuat ve atıflar .....</b>	<b>182</b>
<b>6.5 - Yürürlük .....</b>	<b>182</b>
<b>6.6 - Yürütme .....</b>	<b>182</b>

## BİRİNCİ BÖLÜM Genel Hükümler

### 1.1 - Amaç

(1) Tebliğin amacı (bundan sonra SUT olarak ifade edilecektir); sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca (bundan sonra Kurum olarak ifade edilecektir) karılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişiler, **(Ek: RG- 18/02/2017- 29983/ 1 md. Yürürlük: 01/03/2017)** sağlık kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

### 1.2 - Kapsam

(1) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişiler.

### 1.3 - Dayanak

(1) SUT; 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Kanun ve “Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliği” hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

### 1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları

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

#### 1.4.1 - Sağlık kuruluşları

##### 1.4.1.A - Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu

(1) Sağlık Bakanlığınca birinci basamak sağlık kuruluşları, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

##### 1.4.1.B - Birinci basamak özel sağlık kuruluşu

(1) Yerli hekimlikleri, **(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 1 md. Yürürlük: 05/09/2016)** 10/3/2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler, “Ayakta Tedavi ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan aile ve sosyal hizmetleri veren özel sağlık kuruluşları.

##### 1.4.1.C - Serbest eczaneler

(1) 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren ve birinci basamak sağlık kuruluşu olan eczaneler.

#### 1.4.2 - Sağlık kurumları

##### 1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık kurumu

(1) Etilim ve aratırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığınca aile ve sosyal hizmetleri merkezleri, **(Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 1 md. Yürürlük: 18/10/2016)** Türk Silahlı Kuvvetlerinin etilim ve aratırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.

##### 1.4.2.B - İkinci basamak özel sağlık kurumu

(1) “Özel Hastaneler Yönetmeliği”ne göre ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Tedavi ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ile “Ayakta Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik”in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri.

##### 1.4.2.C - Üçüncü basamak resmi sağlık kurumu

(1) Sağlık Bakanlığınca etilim ve aratırma hastaneleri ve özel dal etilim ve aratırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve aratırma merkezleri, enstitüler **(Mülga: RG- 30/04/2016- 29699/ 1 md. Yürürlük: 30/04/2016)** ve semt poliklinikleri **(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 2-b md. Yürürlük: 03/09/2016)** ve semt poliklinikleri, üniversitelerin di hekimliği fakülteleri, **(Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 2-a md. Yürürlük: 18/10/2016)** Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile etilim ve aratırma hastaneleri.

#### 1.4.3 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kurumları/kuruluşları

- 1) Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığınca ruhsatlı diğ özelleştirilmiş tedavi merkezleri,
- 2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Laboratuvarları (Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları),
- 3) Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar.

#### 1.4.4 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan diğ sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Optisyenlik müesseseleri,
- 2) Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri,
- 3) Kaplıcalar,

**(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 1 md. Yürürlük: 21/4 /2015)**

4) Beheri tıbbi ürün/ürün sunan ve/veya üreten özel hukuk tüzel kişileri ve bunların tüzel kişiliği olmayan üheleri.

#### 1.4.5 - Sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması

(1) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca, Sağlık Bakanlığıınca basamaklandırılan sağlık hizmeti sunucularının ayakta tedavide fiyatlandırmaya esas olmak üzere sınıflandırılması SUT eki "Sağlık Kurum ve Kurullarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi"nde (EK-2/A-1) yer almaktadır.

#### 1.5 - Sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve yükümlülükler

(1) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, sunmuş oldukları sağlık hizmeti bedellerinin ödenebilmesi için müracaat işlemlerinin aşağıda belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

##### 1.5.1 - Özel sevk kurallarına tabi olan kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri

(1) **(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 1 md. Yürürlük: 01/03/2017)** 5510 sayılı Kanununun 60 ncı maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin, ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti veren sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarında MEDULA sistemi üzerinden yapılan müstahaklık sorgulaması sonucu Kurum bilgisi 60/e-1, 60/e-3 veya 60/e-9 dönen kişilerin müracaat kabul ve sevk işlemleri aşağıdaki ekinde yürütülecektir. Aşağıda belirtilen usul ve esaslara uygun olmayan müracaatlara ilişkin sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(1) 5510 sayılı Kanununun 60 ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin **(Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 1 md. Yürürlük: 29/04/2017) (1), (3) ve (9)** (1) ve (3) numaralı alt bentleri ile aynı maddenin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkraları gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin, ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti veren sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarında MEDULA sistemi üzerinden müstahaklık sorgulaması yapılır. Sorgulama sonucu Kurum bilgisi **(Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 1 md. Yürürlük: 29/04/2017) 60/e-1, 60/e-3 veya 60/e-9** 60/c-1 veya 60/c-3 dönen kişiler ile 60 ncı maddenin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkralarında tanımlanan kişilerin müracaat kabul ve sevk işlemleri aşağıdaki ekinde yürütülecektir. Aşağıda belirtilen usul ve esaslara uygun olmayan müracaatlara ilişkin sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(2) Sağlık hizmeti sunucuları tedavilerinin sağlanamaması halinde kişileri, aşağıdaki düzenlemelere göre söz konusu tedavi için doğrudan müracaat hakkı bulunduğu sağlık hizmeti sunucularına sevk edebilirler.

(3) **(Değişik: RG- 18/01/2016- 29597/ 1 md. Yürürlük: 01/11/2015)** Sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca karşılanabilmesi için sağlık hizmetinin, acil müdahale edilmemesi halinde uzuv kaybı ve/veya vücut fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle alınması ve bu durumun Kurumun inceleme birimince kabul edilmesi gereklidir. Söz konusu durumlar dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz. Acil haller dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez. Sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmetlerinin bedellerinin ödenebilmesi için bu durumun Kurum inceleme birimlerinde kabul edilmesi gerekmektedir.

##### 1.5.1.A - Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri

###### 1.5.1.A-1 - Hasta kabul işlemleri

(1) Doğrudan veya sevkli müracaatlar kabul edilir.

###### 1.5.1.A-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Tedavinin sağlanamaması halinde;

a) **Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca;** sevkler aynı yerleşim yeri içindeki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılabilir.

b) **İkinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca;**

1) Kişiler, aynı yerleşim yeri içindeki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilebilir.

2) Kişiler, aynı yerleşim yerinde Sağlık Bakanlığı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu yoksa aynı yerleşim yerindeki diğer resmi sağlık hizmeti sunucularına veya yerleşim yeri dışındaki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

3) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

4) Kişiler, aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

5) Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına kronik hemodiyaliz tedavisi programı için yapılacak sevkler, aynı yerleşim yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca yoksa müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna yapılacaktır. Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

c) **Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca;**

1) Kişiler, aynı yerleşim yeri içindeki veya dışındaki; Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna veya diğer resmi sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

2) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

3) Kişiler, aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

4) Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına kronik hemodiyaliz tedavisi programı için yapılacak sevkler, aynı yerleşim yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca

yoksa müracaat edilen sa lık hizmeti sunucusunca yapılacaktır. Sa lık Bakanlı ı dı ndaki resmi sa lık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

#### **1.5.1.B - Sağlık Bakanlığı dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri**

##### **1.5.1.B-1 - Hasta kabul işlemleri**

(1) Sa lık Bakanlı ı dı ndaki üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca a a ıda belirtilen müracaatlar kabul edilir.

##### **a) Sevklı müracaatlar**

1) Sa lık Bakanlı ı ikinci ve üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca SUT'un 1.5.1.A-2 maddesine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.

2) Sa lık Bakanlı ı dı ndaki üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca SUT'un 1.5.1.B-2 maddesine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.

##### **b) Doğrudan müracaatlar**

1) Organ, doku ve kök hücre nakline ili kin; sa lık hizmetleri ve naklin yapıldı ı sa lık hizmeti sunucusundaki kontroller ve devam tedavileri için yapılan müracaatlar.

2) Akkiz immün yetmezlik sendrom tanılı hasta müracaatları.

3) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.

4) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.

5) Acil servis müracaatları (SUT'un 2.3 maddesi hükümleri do rultusunda i lem yürütülür).

6) Kurum ile götürü bedel üzerinden sa lık hizmeti alım sözleşmesi imzalanana Sa lık Bakanlı ı dı ndaki üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularına yapılan müracaatlar.

##### **c) Diğer müracaatlar**

1) SUT'un 1.5.1.B-1(1)a bendine göre müracaatları kabul edilen hastaların aynı sa lık hizmeti sunucusunda di er bran lar da muayene veya tedavisinin gerekli görülmesi durumunda (konsültasyon istemi hariç); bran hekimince aynı sevk belgesi üzerinde gönderilecek bran ın belirtilmesi artıyla ilgili bran a yapılan müracaatlar. Bu durumda Kurum bilgi i lem sistemine yeniden sevk beyanı (hastane içi sevk) girilecektir.

2) SUT'un 1.5.1.B-1(1) fıkrasının a ve b bentlerine göre müracaatları kabul edilen hastalardan ça rı evrakı düzenlenmek suretiyle tedavi veya kontrol amaçlı ça rıların müracaatları. (Bu durumda müracaatın ça rıya istinaden yapıldı ına dair Kurum bilgi i lem sistemine beyan girilecektir.)

3) SUT'un 1.5.1.B-1(1) fıkrasının a ve b bentlerine göre müracaatları kabul edilen hastalardan fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi, hemodiyaliz tedavisi, radyoterapi ve kemoterapi gibi belli bir program dahilinde tedavi gören hastaların tedavi süresi içindeki, ilk sevk belgesine istinaden yapılan müteakip müracaatları. Hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

##### **1.5.1.B-2 - Hasta sevk işlemleri**

(1) Tedavinin sa lanamaması halinde;

1) Ki iler, Sa lık Bakanlı ı sa lık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

2) Ki iler, Sa lık Bakanlı ı dı ndaki üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

3) Ki iler, resmi sa lık hizmeti sunucularında uygun yo un bakım yata ının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi ko uluyla yo un bakım tedavisi için özel sa lık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi için belge yeterli kabul edilecektir.

4) Ki iler, kronik hemodiyaliz tedavisi programı için aynı yerle im yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sa lık Bakanlı ı sa lık hizmeti sunucularına yoksa di er resmi sa lık hizmeti sunucularına, yerle im yeri içinde resmi sa lık hizmeti sunucularınca diyaliz tedavisinin yapılamaması halinde ise yerle im yeri dı ndaki Sa lık Bakanlı ı sa lık hizmeti sunucularına sevk edilebilir. Sa lık Bakanlı ı dı ndaki resmi sa lık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerlidir.

5) Ki iler, aynı il içindeki resmi sa lık hizmeti sunucularında tedavinin sa lanabilece i radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sa lık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

#### **1.5.1.C - Sağlık Bakanlığı dışındaki ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri**

##### **1.5.1.C-1 - Hasta kabul işlemleri**

(1) Hasta kabul işlemleri yürütümünde a a ıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

a) **Kurum ile götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalanana sağlık hizmeti sunucularınca (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 1 md. Yürürlük: 29/06/2016) belediyelere ait hastanelere (Değişik: RG - 04/02/2018- 30322/ 1 md. Yürürlük: 15/02/2018) ve belediyelere ait sağlık hizmeti sunucularınca;**

1) Do rudan veya sevklı müracaatlar kabul edilir.

##### **b) Diğer resmi sağlık hizmeti sunucularınca;**

##### **1) Sevklı müracaatlar**

aa) SUT'un 1.5.1.A-2 ve 1.5.1.B-2 maddelerine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.

##### **2) Doğrudan müracaatlar**

aa) Organ, doku ve kök hücre nakline ili kin; sa lık hizmetleri ve naklin yapıldı ı sa lık hizmeti sunucusundaki kontroller ve devam tedavileri için yapılan müracaatlar.

bb) Akkiz immün yetmezlik sendrom tanılı hasta müracaatları.

cc) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.

çç) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.

dd) Acil servis müracaatları (SUT'un 2.3 maddesi hükümleri do rultusunda i lem yürütülür.)



### 1.5.1.C-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Ki iler, resmi sa lık hizmeti sunucularında uygun yo un bakım yata ının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi ko uluyla yo un bakım tedavisi için özel sa lık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi için gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

#### 1.5.1.Ç - Özel sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri

##### 1.5.1.Ç-1 - Hasta kabul işlemleri

(1) Hasta kabul işlemleri yürütümünde a a ıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

###### a) Sevki müracaatlar

1) Resmi sa lık hizmeti sunucularında uygun yo un bakım yata ının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi ko uluyla yo un bakım tedavisi için gönderilen hastalar. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi için gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

2) SUT'un 1.5.1.A-2 ve 1.5.1.B-2 maddelerine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile radyoterapi tedavisi için sevk edilen hastalar.

###### b) Doğrudan müracaatlar

1) **(Değişik: RG - 18/01/2016- 29597/ 2 md. Yürürlük: 01/11/2015)** Acil müdahale edilmemesi halinde hastanın uzuv kaybı ve/veya vücut fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle yapılan müracaatlar. Hasta müracaatının söz konusu durum nedeniyle yapıldı ının Kurum inceleme birimlerince kabul edilmesi gerekmektedir. Acil haller nedeniyle yapılan müracaatlar. Hasta müracaatının söz konusu durum nedeniyle yapıldı ının Kurum inceleme birimlerince kabul edilmesi gerekmektedir.

2) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.

3) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.

##### 1.5.1.Ç-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Ki iler, resmi sa lık hizmeti sunucularında uygun yo un bakım yata ının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi ko uluyla yo un bakım tedavisi için özel sa lık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi için gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

#### 1.5.1.D - Diğer hükümler

(1) Sa lık hizmeti sunucularınca sevkler, Kurum bilgi i lem sistemi üzerinden elektronik olarak düzenlenmesi sa lanıncaya kadar SUT eki "Hasta Sevk Formu" (EK-2/F) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılacaktır. Düzenlenen sevk bir örne i hastaya verilecektir. Sevk belgesinde sevk edilen bran ile birlikte sa lık hizmeti sunucusu adı mutlaka yer alacaktır. Ki iler sevk belgesi ile sevk düzenlendi i tarih dahil 5 i günü içinde sevk edildikleri sa lık hizmeti sunucusuna müracaat edeceklerdir.

(2) Sevki müracaatı kabul eden sa lık hizmeti sunucusunca, SUT eki EK-2/F veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belgenin bir örne i fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Ayrıca SUT'un 1.5 maddesinde hasta müracaatının kabulüne ili kin düzenlenece i belirtilen di er belgelerin (112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunu gösterir belge, ça rı evrakı gibi) düzenleme ve takip i lemlerinin Kurum bilgi i lem sistemi üzerinden yapılması sa lanıncaya kadar söz konusu belgelerin bir örne i fatura ekinde Kuruma gönderilecektir.

(3) Sevkinin, Kurum bilgi i lem sistemi üzerinden elektronik olarak düzenlenmesi uygulamasına geçilmesi halinde yürütülecek i lemler Kurumca ayrıca duyurulur.

(4) Kurum gerekli gördü ü hallerde, Sa lık Bakanlı ı ndaki resmi sa lık hizmeti sunucuları ile sa lık hizmetinin sunuldu u il, sa lık hizmetinin niteli i itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, sa lık hizmeti ihtiyacının resmi sa lık hizmeti sunucularında kar ılanıp kar ılanmaması, hizmetin niteli i gibi hususları dikkate alarak özel sa lık hizmeti sunucularına müracaatlara ili kin ayrıca usul ve esas belirlemeye yetkilidir.

#### 1.5.2 - Genel sağlık sigortası kapsamındaki diğer kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri

(1) Ki iler, SUT'ta belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla Kurum ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sa layan sa lık hizmeti sunucularına doğ rudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilirler.

(2) Ki ilerinin, SUT'un 2.2(5) fıkrasında belirtilen istisnalar hariç olmak üzere acil haller di nde Kurum ile sözleşmesi olmayan sa lık hizmeti sunucularından aldıkları sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(3) Kurum ile sözleşmeli sa lık hizmeti sunucuları, Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilerinin müracaatlarını ayırım yapmaksızın kabul etmek zorundadır.

#### 1.6 - Kimlik tespiti

(1) Sa lık kurum ve kurulu larınca, ki ilerinin müracaatı a amasında, acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra, nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmi ise Kurum sa lık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti ve biyometrik yöntemlerle kimlik do rulaması yapılması zorunludur. Kimlik tespiti, biyometrik kayıt i lemi veya biyometrik kimlik do rulama i lemini usulüne uygun yapmayan ve bu nedenle bir ba ka ki iye sa lık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara u ramasına sebebiyet veren sa lık hizmeti sunucularından ödenen tutar geri alınır.

(2) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamında sa lanan yardımlardan ücretsiz faydalananların, sa lık kurum ve kurulu larına birinci fıkrada belirtilen belgeleri ibraz edememeleri halinde 2828 sayılı Kanun kapsamında bulduklarını gösterir belgeye göre gerekli i lemler yürütülecek sonrasında söz konusu belgelerin ibrazı ilgili Kurumdan istenecektir.

(3) Kapsamındaki ki ilerinin kendi adına bir ba kasının sa lık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sa laması yasaktır. Bu fiilleri i leyenlerden Kurumun u radı ı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte mü tereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri do rultusunda suç duyurusunda bulunulur.

##### 1.6.1 - Biyometrik kimlik doğrulama işlemi

(1) Kimlik do rulamada kullanılacak olan biyometrik sistem ve uygulamaya geçilecek sa lık hizmeti sunucuları, uygulama tarihi ile uygulamaya ili kin usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.

(2) Kişinin sağlık hizmeti sunucusuna müracaatı sırasında ilk biyometrik verinin Kurum veri tabanına kayıtlı olması, sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılacaktır.

### 1.7 - Provizyon işlemleri

(1) Kurumla sözleşme imzalı sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA-Hastane, MEDULA-Optik, MEDULA-Eczane provizyon sistemi) üzerinden T.C. Kimlik Numarası **(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 1 md. Yürürlük: 01/04/2014)** veya **Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası** ile hasta takip numarası/provizyon alacaklardır.

(2) Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası **(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 1 md. Yürürlük: 01/04/2014)** veya **YUPASS numarası** ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda,

a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılabilir.

b) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün **(Değişik:RG- 04/09/2019- 30878/ 1 md. Yürürlük: 04/09/2019)** sayısı sayısının yetersiz olması veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, a) maddesinde belirtilen istisnai haller nedeniyle yapılmıyorsa değerlendirilecektir. Müracaat a) maddesinde sayılan istisnai nedenlerle yapılmıyorsa sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilir.

- 1) Acil hal (\*),
- 2) Kazası ile meslek hastalığı hali,
- 3) Trafik kazası,
- 4) Bildirimi zorunlu bulaıcı hastalık,
- 5) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,
- 6) Analık hali (\*\*),
- 7) Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,
- 8) 18 yaş altı çocuklar,
- 9) Tıbben bakışının bakımına muhtaç kişiler (\*\*\*)

**(Ek: RG- 11/10/2017- 30207/ 1 md. Yürürlük: 25/08/2017)**

10) Madde başlıklı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri,

c) 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişilerin sayılmaması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon alınmaması ancak kişinin müracaatının trafik kazası nedeniyle yapılmıyorsa olması halinde sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilir.

ç) 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişilerin sayılmaması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon alınmayan kişilerin acil servis müracaatlarına ilişkin işlemler, acil sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin Bakanlık Genelgesi doğrultusunda yürütülecektir.

(3) Kişilerin müstahaklıklarının belirlenmesi konusunda, Kurum bilgi işlem sistemine eklenmemiş olmakla birlikte mevzuat düzenlemelerinde bakış kontrollerinin de yapılması belirtiliyorsa, bu konuda gerekli ara tırma sağlık hizmeti sunucularınca yapılacaktır.

(\*) Acil hal; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmıyorsa veya bakış bir sağlık kurulu kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğması kabul edilen durumlardır. **(Mülga: RG- 25/08/2016- 29812/ 2 md. Yürürlük: 05/09/2016)** Bu nedenle sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir. **(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 2 md. Yürürlük: 15/02/2018)** Bu nedenle sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

(\*\*) Analık hali; gebeliğin başlangıcı tarihinden itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süre 5510 sayılı Kanun bakımından analık hali olarak kabul edilir. **(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 2md. Yürürlük: 05/09/2016)**

(\*\*\*) Tıbben bakışının bakımına muhtaç kişiler; "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kurulu kuruluşuna, a) özürlü engelli olduğu "Özürlü Engelli Sağlık Kurulu Raporu" ile belgelendirilen kişiler, tıbben bakışının bakımına muhtaç kişiler olarak kabul edilir. Bu kişiler için düzenlenen faturaya "Özürlü Engelli Sağlık Kurulu Raporu" eklenecektir.

#### 1.7.1 - Yurt dışı sigortalı müracaatları

(1) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 1 md. Yürürlük: 01/05/2013)** Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, Kurumca düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi" ne istinaden sağlanacaktır. Ancak Almanya ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamındaki kişiler için MEDULA sistemi üzerinden ayrıca provizyon alınacaktır. Kurum bilgi işlem sisteminde müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar; yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, Kurumca düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi" ne istinaden sağlanacaktır. **(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 2-a md. Yürürlük: 01/04/2014)** Ancak Almanya **(Ek: RG- 18/02/2017- 29983/ 2 md. Yürürlük: 01/02/2017)** ,Avusturya, Belçika, Fransa ve Hollanda ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamındaki kişiler için **(Mülga: RG- 18/02/2017- 29983/ 2 md. Yürürlük: 01/02/2017 ) 14/4/2014 tarihinden itibaren MEDULA sistemi üzerinden provizyon alınacaktır.**

**(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 2-b md. Yürürlük: 01/04/2014)**

(2) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında yabancı ülke sigorta kurumlarından talep edilen sözleşmelere göre belirlenmiş "Tıbbi raporlar" manuel olarak düzenlenerek, onaylanacak ve raporu isteyen sosyal güvenlik il müdürlüğü/sosyal güvenlik merkezine gönderilecektir.

(3) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında iş kazası ve meslek hastalığı sigortaları ve tedavi edilmek üzere ülkemize gönderilme kapsamında sağlık yardımlarından yararlanacak sigortalılara YUPASS provizyon sisteminde "açıklamalar" bölümünde belirtilen hastalıklar dışında tedavi masrafları Kurumca karlanmayacaktır.

(4) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında geçici olarak Türkiye'de buldukları sürede Kurum Sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere acil haller dışında yapılacak ortez, protez, tıbbi araç ve gereç ile kişilerin kullanımına mahsus tıbbi cihaz için YUPASS provizyon sisteminde "açıklamalar" bölümünde belirtilen uyarı doğrultusunda önceden Kurumun ilgili biriminden onay alınacaktır.

#### 1.7.2 - MEDULA sisteminden kaynaklanan nedenlerle provizyon alınmaması

(1) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı süre zarfında Kurum Sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerin sağlık hizmetleri Kurumca karlanılır. Daha sonra yapılan sorgulama sonucu bu kişilerin müstahak olmadığı tespit edilmesinde, tedaviye ait fatura bedeli ilgili sağlık kurumuna/kuruluşa ödenerek gerekli yasal işlemler Kurumca yürütülür.

#### 1.7.3 - (Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 1 md. Yürürlük: 25/07/2014 ) Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurumlarının provizyon işlemleri

(1) TSK'ya bağlı sağlık kurumlarında, müracaat eden kişilerin sağlık yardımlarından yararlanma haklarının olup olmadığı, T.C. Kimlik Numarası ile Sağlık Provizyon ve Aktivasyon Sistemi (SPAS) üzerinden tespit edilecektir.

#### 1.8 - Katılım payı

(1) Katılım payı; sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade eder.

(2) Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir:

a) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve di hekim muayenesi katılım payı,

b) Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar,

c) Vücut dışı protez ve ortezler,

ç) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

(3) Katılım paylarının tahsil edileceği ilgili maddelerde açıklanmıştır. Ancak, Kurumdan aldıkları gelir ve aylık tutarı 100 (yüz) TL'nin altında olan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin;

a) SUT'un 1.8.1 ve 1.8.2 maddelerinde tanımlanan katılım payları Kurumla sözleşmeli eczanelerce,

b) SUT'un 1.8.3.(1)a bendinde tanımlanan katılım payı Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından,

**(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 1 md. Yürürlük: 15/01/2019)**

c) SUT'un 1.8.3.(1)c bendinde tanımlanan katılım payı Kurumla sözleşmeli merkezler/eczaneler tarafından,

kişilerden tahsil edilir.

(4) 5510 sayılı Kanunun 60'ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemi oldukları katılım payları talepleri halinde, 3294 sayılı Sosyal Yardımlama ve Dayanışma Kanunu hükümlerine göre sosyal yardımlama ve dayanışma vakıflarınca kendilerine geri ödenir.

#### 1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve di hekim muayenesi katılım payı

(1) Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve di hekim muayenesinden katılım payı alınmayacaktır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve di hekim muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları aşağıda belirtilmiştir:

**(Değişik: RG- 31/12/2016- 29935/ 1 md. Yürürlük: 01/01/2017)**

a) İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında..... 5 (beş) TL

b) Özel sağlık hizmeti sunucularında .....12 (oniki) TL

a) ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında .....6 (altı) TL

b) Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı ile itim ve ortak hastanelerinde.....7 (yedi) TL

c) Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında.....8 (sekiz) TL

ç) Özel sağlık hizmeti sunucularında .....15 (onbeş) TL

(2) İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,

b) **(Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 3 md. Yürürlük: 18/03/2014)** Diğer kişiler için eczanelerce kişilerden, Diğer kişiler için eczanelerce kişilerden, Kurumumuzla Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde eczanelerle sözleşme yapılmaya kadar Kurumumuzla protokol/sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden,

tahsil edilir.

(3) Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,

b) Diğer kişiler için ayakta hekim ve di hekim muayenesi katılım payı sağlık hizmeti sunucusunca, "Yeşil alan muayenesi" sonucunda oluşan katılım payı ise eczanelerce kişilerden,

tahsil edilir.

(4) Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonucunda oluşan eczanelerce kişilerden tahsil edilecek belirtilen ayakta tedavide hekim ve di hekim muayenesi katılım payları **(Ek: RG- 30/04/2016- 29699/ 2 md. Yürürlük: 30/04/2016)**, SUT'un 4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi başlıklı maddesinde tanımlanan yatan hasta reçeteleri **(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 3 md. Yürürlük: 15/02/2018)** ile 5510 sayılı Kanunun 60'ncı maddesinin on ikinci fıkrası kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlara askerlik hizmeti süresince düzenlenen reçeteleri hariç olmak üzere, kişilerin reçete ile eczaneye ilk müracaatında kişilerden tahsil edilir.

(5) SUT'un 1.7.1 maddesinde belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için; resmi ve özel sağlık kurumlarındaki muayenelerine ilişkin katılım payı sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilir.

(6) Bu maddede yer alan genel hükümler saklı kalmak kaydıyla; birinci basamak sa lık kurulu ları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar (**Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 1md. Yürürlük: 21/04/2018**), elektronik sevk formu ile sevk edilen hastalar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sa lık hizmeti sunucusuna yapılan ba vurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve di hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (be ) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 (be ) TL'lik tutar; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları ki iler için gelir ve aylıklarından, di er ki iler için ise eczanelerce ki ilerden tahsil edilir.

#### 1.8.2 - Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı

(1) Kurumca bedeli kar ılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları ki ilerden %10, di er ki ilerden %20 oranında katılım payı alınır.

(2) Ayrıca her bir reçete için;

a) 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için.....3 (üç) TL,

b) 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için.....1 (bir) TL,

olmak üzere katılım payı alınır.

c) Enjektabl formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1 kutu olarak de erlendirilir.

(3) Sa lık raporu ile belgelendirilmek ko uluyla Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayınlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-4/D) yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen katılım payları uygulanmaz ve kutu/kalem hesabında dikkate alınmaz.

(4) Bu maddede tanımlanan ilaçlar için katılım payları;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldu u ki iler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

b) Di er ki iler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından ki ilerden,

c) Yurt dı ından temin edilen ilaçlar için; ilaçları temin eden kurulu tarafından ki ilerden, ahıslar tarafından temin edilmesi halinde Kurum tarafından ki ilerden, tahsil edilir.

#### 1.8.3 - Tıbbi malzeme katılım payı

(1) Vücut dı ı protez ve ortezlerden,

a) Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerden,

b) A ız protezlerinden (SUT eki "Di Tedavileri Puan Listesi" nde (EK-2/Ç) yer alan 404.010, 404.020, 404.030, 404.040, 404.050, 404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.370, 404.380, 404.390, (**Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 1 md. Yürürlük: 05/08/2015**) 404.395, 404.400, 404.410, 404.420 kod numarasında sayılanlar),

c) Sa lık raporunda hayati öneme haiz oldu u belirtilmeyen di er protezler ve ortezlerden, katılım payı alınır.

(2) Vücut dı ı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları ki iler için %10, di er ki iler için %20 oranında katılım payı alınır. Ancak katılım payı tutarı vücut dı ı protez veya ortezin alındı ı tarihteki brüt asgari ücretin %75'ini geçemez. %75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez ba ımsız olarak de erlendirilir.

(3) (**Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 2 md. Yürürlük: 15/01/2019**) Görmeye yardımcı tıbbi malzemelere ili kin katılım payı; Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ile ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelerden sözleşmeler kapsamında temin edilen tıbbi malzemelere ili kin katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldu u ki iler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

b) Di er ki iler için ise Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi (**Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 2 md. Yürürlük: 15/01/2019**), merkezler/eczaneler tarafından ki ilerden, tahsil edilir.

(4) A ız protezlerine ili kin katılım payı;

a) Kurumla sözleşmeli/protokollü sa lık kurum veya kurulu larınca yapılan a ız protezi katılım payları, sa lık kurum veya kurulu larınca ki ilerden,

b) Kurumla sözleşmesiz; serbest di hekimlikleri ile sa lık kurum veya kurulu larında yaptırılan a ız protezi katılım payları, Kurumca ödeme a masında ki ilerden, tahsil edilir.

(5) Ki ilerce temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken vücut dı ı protez ve ortezler için katılım payı, Kurumca ödeme a masında ki ilerden tahsil edilir.

(6) Sa lık kurumlarınca temin edilen ve SUT hükümleri gere i katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı tıbbi malzemeyi temin eden sa lık kurumlarınca ki ilerden tahsil edilir.

#### 1.8.4 - Yardımcı üreme yöntemi katılım payları

(1) (**Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 1 md. Yürürlük: 07/12/2016**) Bir hastalı ın tedavisinin ba ka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dı ındaki yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 (**Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 1 md. Yürürlük: 01/10/2014**) üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır.

(2) Yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sa landı ı sa lık hizmeti sunucusunca ki ilerden tahsil edilir.

#### 1.8.5 - Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler

(1) kazasına u rayan veya meslek hastalı ına yakalanan sigortalılardan, bu durumları nedeniyle sağlanan sa lık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(2) Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sa lık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(3) 5510 sayılı Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(4) 5510 sayılı Kanununun 94 üncü maddesinde tanımlanan kontrol muayenelerinden SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(5) Acil servislerde verilen ve SUT eki "Hizmet Başlım Puan Listesi" nde (EK-2/B) yer alan 520.021 kodlu "Ye il alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karılanmayan ayakta tedavide hekim ve di hekim muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmı , görevlendirilmı veya yetkilendirilmı aile hekim muayeneleri ile SUT'un 1.4.3 maddesinde belirtilen sağlık kurumları/kurulları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(6) Kurumca finansmanı sağlanan ki iye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(7) Sağlık raporu ile belgelendirilmesi artıyla; Kurumca belirlenen SUT Eki "Ayakta Tedavide Hekim ve Di Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi" nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklarda, ki ilerinin bu hastalıkları ile ilgili uzmanlık dalındaki ayaktan muayenelerinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz. Ancak; aynı muayenede Kurumca belirlenen katılım payı alınmayacak kronik hastalıklar listesinde yer almayan başka bir tanının da tespit edilmesi ve/veya bu tanıya yönelik tedavinin düzenlenmesi halinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınır.

(8) Tetkik ve tahliller ile di er tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek artıyla EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlardan SUT'un 1.8.2 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(9) Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT'un 1.8.3(1) fıkrasında yer almayan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

(10) Sağlık raporu ile belgelendirilmek artıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ili kin sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(11) 1005 sayılı Stiklal Madalyası Verilmı Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibindeneref Aylık Ba lanması Hakkında Kanun hükümlerine göre eref aylık alan ki iler ile bunların e lerinden, SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(12) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Ba lanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan ki ilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(13) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Ba lanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan ki iler ile bunların bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(14) 2828 sayılı Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan ki ilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(15) Harp malüllü ü aylık alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(16) Vazife malüllerinden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(17) Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

(18) Polis akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlü ü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlü ü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(19) Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenciler ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik e itimine tâbi tutulan adaylardan SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(20) 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereç bedelleri için SUT'un 1.8.3 maddesinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(21) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinle inceye kadar sağ lanacak sağlık hizmetlerinde, bu ki ilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

**(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 2 md. Yürürlük: 01/03/2017)**

(22) 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin;

a) Onikinci fıkrası kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlardan SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

b) Onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden, SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

## **1.9 - İlave ücret**

### **1.9.1 - İlave ücret alınması**

**(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 2 md. Yürürlük: 01/05 /2013)**

(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kurulları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri ile ilgili bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak ki ilerden ilave ücret alabilir. SUT eki EK 2/B, EK 2/C, EK 2/Ç listelerinde yer alan ilavelerde kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK 2/A Listesindeki tutarlara dahil olan ilaveler için ayrıca ilave ücret alınmaz. **(Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 1 md. Yürürlük: 01/08/2013)**

(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kurulları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri ile ilgili bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak ki ilerden ilave ücret alabilir. SUT eki EK 2/B, EK 2/C, EK 2/Ç listelerinde yer alan ilavelerin bedellerine ilave

olarak kuruma ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan i lemler için ayrıca ilave ücret alınmaz.

**(Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 4 md. Yürürlük: 17/01/2014)**

(1) lave ücret alınması uygulamasında;

a) Kurumla sözleşme; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri için bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak ki ilerden ilave ücret alabilir.

b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) özetim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için poliklinik muayenelerinde bir katını, diğer hizmetlerde yüzde ellisini geçmemek üzere, Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak ki ilerden ilave ücret alınabilir. Ancak alınacak ilave ücret bir defada asgari ücretin iki katını geçemez.

c) SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan i lemlerin bedellerine ilave olarak Kuruma ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan i lemler için ayrıca ilave ücret alınmaz.

(1) lave ücret alınması uygulamasında;

a) Kurumla sözleşme; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla ki ilerden ilave ücret alınabilir.

b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (Mülga: RG- 26/11/2016- 29900/ 2 md. Yürürlük: 07/12/2016) (vakıf üniversiteleri hariç) özetim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin bir defada asgari ücretin iki katını geçmemek üzere, poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla bir katı kadar ilave ücret alınabilir. (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 2 md. Yürürlük: 25/07/2014) Sağlık Bakanlığı ve bakanlık kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ili kin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında özetim üyeleri tarafından ilave ücret alınmaz.

c) (a) ve (b) bentlerinde belirtilen sağlık hizmeti sunucularınca SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri için bedellerinin tamamı üzerinden Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak ki ilerden ilave ücret alınabilir. Ancak SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan i lemlerin bedellerine ilave olarak Kuruma ayrıca faturalandırılabilen (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 1 md. Yürürlük: 01/01/2015) tıbbi malzeme ve ilaçlar tıbbi malzeme, ilaçlar ve kan bile enleri ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan i lemler için ayrıca ilave ücret alınmaz.

(2) lave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan ki ilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşları Kurumdan talep edilemez.

(3) Kurumla sözleşme eczaneler, e de er ilaçların azami fiyatı ile ki ilinin talep ettiği e de er ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ücretini, Kurumla sözleşme optisyenlik müesseseleri de ki ilinin talep ettiği görmeye yardımcı malzemenin bedeli ile Kurumca ödenen görmeye yardımcı malzeme bedeli arasında oluşacak fark ücretini ki ilerden talep edebileceklerdir. Bu fark ücreti ilave ücret olarak de erlendirilmez.

(4) Sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak de erlendirilmez.

(5) Sağlık hizmeti sunucusu, sundu u sağlık hizmetleri öncesinde, alacağı ilave ücrette ili kin olarak hasta veya hasta yakınının yazılı onayını alır. Bu yazılı onay alınmadan, i lemler sonrasında herhangi bir gerekçe ileri sürerek ilave ücret talebinde bulunamaz.

**(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 4-a md. Yürürlük: 15/02/2018)**

(6) (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 3 md. Yürürlük: 05/09/2016) Hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurusu ve acil halin sona ermesi halinde, acil halin sona erdi ine ve müteakip i lemlerin ilave ücrette tabi oldu una ili kin hastaya/hasta yakınına SUT eki "Acil Halin Sona Ermesine ili kin Bilgilendirme Formu" (EK-1/D) kullanılarak, yazılı bilginin imza kar ılı ı verilmesi zorunludur. ~~Hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurusu halinde bu başvurusuna ili kin taburcu edilinceye kadar sunulan tüm sağlık hizmetleri için hiç bir ilave ücret alınmaz.~~

(6) Hastanın acil servislerde 24 saat içinde stabilizasyonu esastır. Hastanın acil servise başvurusundan itibaren 24 saat içinde stabilize edilerek ilgili klini e yatır ı ya da bakanlık bir sağlık hizmeti sunucusunun yataklı klini ine sevk edilmesiyle acil hal sona erer. Acil servislerden kabul edilerek do rudan uygulanan acil giri imsel i lemler ile 24 saat içinde acil gözlem ünitelerinde uygulanan tüm sağlık hizmetleri için ilave ücret alınmaz. Hastadan ilave ücret alınabilmesi için hastaya/hasta yakınına acil halin sona erdi ine ve müteakip i lemlerin ilave ücrette tabi oldu una ili kin "Acil Halin Sona Ermesine ili kin Bilgilendirme Formu" (EK-1/D) kullanılarak, yazılı bilginin imza kar ılı ı verilmesi zorunludur.

**(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 4-b md. Yürürlük: 15/02/2018)**

(7) Kurumla sözleşme/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yapılan Kurumca kar ılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL'yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki "Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve lave Ücreti Gösterir Belge" yi (EK-1/B) yatan hasta tedavilerinde en geç hastanın taburcu oldu u tarihte, diğer tedavilerde ise i lemin yapıldı ı tarihte hastaya vermek zorundadır. Ancak hastanın istemesi halinde tutar sınırı olmaksızın sunulan tüm i lemleri ayrıntılı olarak gösteren bilgi ve belgeler hastaya verilmek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da sağlanabilir.

(7) Kurumla sözleşme/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yatarak tedavilerde yapılan Kurumca kar ılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL'yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki "Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve lave Ücreti Gösterir Belge" yi (EK-1/B) en geç hastanın taburcu oldu u tarihte hastaya vermek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da verilebilir.

**1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler**

**(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 3 md. Yürürlük: 01/03/2017)**

(1) Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere a a da belirtilen ki iler ile a, b ve c bentlerinde sayılan ki ilerin bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden ilave ücret alınmaz.

a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre erer aylı ı alan ki iler,

b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan ki iler,

c) Harp malüllü ü aylı ı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar,

e) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinle inceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar.

(1) (Değişik: RG-21/03/2018- 30367/ 2md.Yürürlük:01/04/2018) ~~Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere a a da belirtilen ki ilerden ilave ücret alınmaz.~~ A a da belirtilen ki ilerden hiçbir ilave ücret alınmaz.

a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre erer aylı ı alan ki iler ile bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden,

b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan ki iler ile bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden,

c) Harp malüllü ü aylı ı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden,

e) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinle inceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar,

d) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onikinci fıkrasında belirtilen ki ilerden,

e) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı

(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 5 md. Yürürlük: 15/02/2018) ~~sayılanlar~~ sayılan ki iler ve bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden.

### 1.9.3 - İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri

(1) (Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 1 md. Yürürlük: 12/11/2013) (~~Değişik:RG-01/08/2013-28725/1 md. Yürürlük: 01/08/2013~~) A a da belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınmaz. A a da belirtilen sağlık hizmetleri için (Yüksekö retim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) ö retim üyesi tarafından SUT'un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamında verilen sağlık hizmetleri hariç) hiçbir ilave ücret alınmaz. A a da belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınmaz. (Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 1 md. Yürürlük: 30/08/2014) Ancak; Yüksekö retim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 1-a md. Yürürlük: 13/07/2016) (vakıf üniversiteleri hariç) ö retim üyesi tarafından verilen 18 ya ını doldurmamı çocuklar hariç olmak üzere; SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki (Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 3 md. Yürürlük: 01/03/2017) 618200 P618200 kodlu "Koklear implant yerle tirilmesi" i lemi (Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 2 md. Yürürlük: 09/09/2017) Koklear i tsel implant i lemleri için ilave ücret alınabilir. (Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 2 md. Yürürlük: 01/06/2016) Ayrıca Yüksekö retim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) ö retim üyesi tarafından verilen SUT'un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamındaki sağlık hizmetleri ve kardiyovasküler cerrahi bran ında yapılan cerrahi i lemler için de ilave ücret alınabilir. Ayrıca Yüksekö retim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında ö retim üyesi tarafından verilen SUT'un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamındaki sağlık hizmetleri ve (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 1-a md. Yürürlük: 13/07/2016) (vakıf üniversiteleri hariç) kardiyovasküler (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 1-b md. Yürürlük: 25/07/2016) cerrahi bran ında yapılan cerrahi i lemler için de ilave ücret alınabilir.

a) Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan 520.021 kod numaralı "Ye il alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,

b) Yo un bakım hizmetleri,

c) Yanık tedavisi hizmetleri,

e) Organ, doku ve kök hücre nakillerine ili kin sağlık hizmetleri,

f) Do umsal anomaliler için yapılan cerrahi i lemlere yönelik sağlık hizmetleri,

g) Hemodiyaliz tedavileri,

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 3 md. Yürürlük: 25/07/2014)

→ Kardiyovasküler cerrahi i lemleri. (stisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen i lemler hariç)

) Kardiyovasküler (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 1-b md. Yürürlük: 25/07/2016) cerrahi bran ında yapılan cerrahi i lemler. (stisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen i lemler hariç)

(Ek: RG- 12/11/2013- 28819/ 1 md. Yürürlük: 12/11/2013)

h) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki (Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 4 md. Yürürlük: 01/03/2017)

618200 P618200 kodlu "Koklear implant yerle tirilmesi" i lemi (Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 2 md. Yürürlük: 09/09/2017) Koklear i tsel implant i lemlerinden

(Mülga:RG- 05/07/2018-30469/ 1-a md. Yürürlük: 05/07/2018)

(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 4 md. Yürürlük: 05/04/2017)

ı) SUT eki EK-2/C Listesindeki P551120, P615895, P615991 ve P703365 kodlu i lemler;

(Mülga:RG- 05/07/2018-30469/ 1-a md. Yürürlük: 05/07/2018)

(Ek: RG- 08/06/2017- 30090/ 1 md. Yürürlük: 26/04/ 2017)

ii) SUT eki EK-2/C Listesindeki P560000 kodlu i lem

(Ek: RG-05/07/2018-30469/ 1-b md. Yürürlük: 05/07/2018)

j) SUT eki EK-2/G Listesinde yer alan i lemler ile bu i lemlere ili kin sunulan sağlık hizmetlerinden,

### 1.9.4 - Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması

(1) Sözle meli/protokollü sağlık kurumları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-2/B Listesinde 510.010 kod ile yer alan "Standart yatak tarifesi" i lem bedelinin 1,5

katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere ki ilerden ilave ücret alabilir. Günübirlük tedavi kapsamındaki i lemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “Gündüz yatak tarifesi” i lem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. SUT eki **(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 2 md. Yürürlük: 12/11/2013) EK-2/C EK-1/C** Listesinde yer alan istisnai sa lık hizmetlerinde otelcilik hizmetleri için ayrıca ilave ücret uygulanmaz.

#### **1.9.5 - İstisnai sa ğlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması**

(1) Sözle meli/protokollü sa lık kurum ve kurulu ları, Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve SUT eki “ istisnai Sa lık Hizmetleri Listesi” nde (EK-1/C) yer alan istisnai sa lık hizmetleri için genel sa lık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden SUT eki listelerde yer alan i lem bedellerinin 3 katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

(2) Sözle meli/protokollü sa lık kurum ve kurulu ları istisnai sa lık hizmeti olarak belirlenen i lemler için; yanında (\*) i areti olup olmadı ına bakılmaksızın EK-2/C Listesinden, i lemin sadece EK-2/B Listesinde yer alması halinde ise EK-2/B Listesindeki i lem bedelleri üzerinden ilave ücret alabilir.

#### **1.10 - Sa ğlık raporlarının düzenlenmesi**

(1) Sa lık rapor formatları ile bu raporların tasdik, mühür ve di er uygulamalarında Sa lık Bakanlı ı mevzuatı ve MEDULA sistemindeki düzenlemelere uyulacaktır. MEDULA hastane sistemini kullanan sa lık hizmeti sunucuları raporları elektronik ortamda düzenleyecek ve bu raporlar ba hekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanacaktır. Sa lık kurulu raporlarına ait istisnai düzenlemeler SUT’ ta ayrıca belirtilmi tir.

#### **1.10.1 - Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi**

(1) Uzman hekim raporları, ilgili tek uzman hekim tarafından düzenlenecektir.

#### **1.10.2 - Sa ğlık kurulu raporlarının düzenlenmesi**

(1) İlgili uzmanlık bran ından üç uzman hekimin katılımıyla, ilgili uzmanlık bran ından üç uzman hekim bulunmaması halinde ise ilgili bran uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık bran ına en yakın uzmanlık bran ından olmak üzere ba hekimin seçece i di er uzmanlık bran larından uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden olu an sa lık kurullarınca düzenlenir.

#### **1.11 - SGK Hekim Şifresi**

(1) MEDULA-Hastane, MEDULA-Eczane ve MEDULA-Optik giri i ve uygulamalarında kullanılmak üzere hekimlere, Kurum web uygulaması üzerinden “SGK Hekim ifresi” verilir.

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **Tanı ve Tedavi**

#### **2.1 - Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar**

##### **2.1.1 - Ayakta tedaviler**

(1) SUT’un 2.1.2 maddesinde açıklanan durumlar dı ında kalan ve hastaların sa lık kurum ve kurulu larında veya bulundu u yerde yatırılmaksızın sa lık hizmetlerinin sa lanması ayakta tedavi olarak kabul edilir.

##### **2.1.1.A - Evde sa ğlık hizmetleri**

(1) Sa lık Bakanlı ınca yayımlanan “Sa lık Bakanlı ınca Sunulan Evde Sa lık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” do rultusunda Sa lık Bakanlı ına ba lı sa lık hizmet sunucuları bünyesinde olu turulan evde sa lık hizmeti vermek üzere kurulmu olan birimlerce verilen sa lık hizmetleridir.

##### **2.1.2 - Yatarak tedaviler**

##### **2.1.2.A - Yatan hasta tedavisi**

(1) Sa lık kurumlarında yatı tarihinden taburcu i lemi yapıncaya kadar uygulanan tedavidir.

##### **2.1.2.B - Günübirlük tedavi**

(1) Günübirlük tedavi kapsamındaki i lemler; sa lık kurumlarında yatı ve taburcu i lemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan a a ıda belirtilen i lemlerdir.

a) Kemoterapi tedavisi,

b) Radyoterapi tedavisi,

c) Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm i lemler,

ç) Hemodiyaliz tedavileri,

d) **(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 2 md. Yürürlük: 13/08 /2015) Kan, kan bile enleri, kan ürünleri ve SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu, Kan, kan bile enleri, kan ürünleri, SUT eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu ile “Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” nde (Ek-4/H) tanımlı ilaçlar,**

e) Sa lık Bakanlı ınca yayımlanan “Ayakta Te his ve Tedavi Yapılan Özel Sa lık Kurulu ları Hakkında Yönetmelik” eki “Tıp Merkezlerinde Gerçekle tirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi” nde yer alan i lemler,

f) Genel anestezi ve sedasyon ile gerçekleştirilen di hekimli i uygulamaları.

#### **2.2 - Finansmanı sa ğlanan sa ğlık hizmetlerinin sa ğlanma yöntemleri ve ödeme kuralları**

(1) Kurumca finansmanı sa lanan sa lık hizmetlerinin te his ve tedavi yöntemleri SUT ve eki listelerde belirtilmi tir. SUT ve eki listelerde yer almayan te his ve tedavi yöntemlerinin bedellerinin Kurumca kar ılanabilmesi için Kurum tarafından uygun oldu unun kabul edilmesi ve Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Kurumca ödenecek bedellerinin belirlenmesi gerekmektedir.

(2) Kurum, finansmanı sa lanacak sa lık hizmetlerinin SUT’ta belirtilen te his ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra te his ve tedavi ile ilgili di er kurullar ile sa lık hizmeti bedellerinin ödenmesine ili kin usul ve esasları Sa lık Bakanlı ının



görü ünü olarak belirleyebilir ve bu amaçla ihtisas komisyonları kurabilir. **(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 2 md. Yürürlük: 21/04 /2015)** Ayrıca Kurum, finansmanı sa lanan/sa lanacak sa lık hizmetleri için ihtiyaç duyulan alanlarda mevcut ödeme usul, esas ve ko ulları d nda finansal veya tıbbi olarak getirece i kazanca göre alternatif ödeme modelleri kullanılarak sa lık hizmetlerini ödeme kapsamına alabilir, ödeme usul ve esaslarını belirleyebilir, yurtdı ndan temin edilen, ülkemizde imal edilemeyen veya bulunmayan ürün gruplarının üretimi, ithal ürünlerin yerli üretime geçmesi, piyasada bulunurlu unun sa lanması hususlarının te vik edilmesi amacıyla alternatif ödeme modelleri olu turabilir.

(3) Vücut bütünlü ünü sa lamak amacıyla yapılan ve i kazası ile meslek hastalı ma, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere ba lı olarak yapılanlar hariç estetik amaçlı yapılan sa lık hizmetleri Kuruma faturalandırılmaz. Estetik amaçlı yapıldı ı tespit edilen sa lık hizmetlerine ili kin giderler Kurumca kar ılanmaz.

(4) Finansmanı sa lanan sa lık hizmetleri, Kurumla sa lık hizmeti sunucuları arasında sa lık hizmeti satın alımı sözleşmeleri yapılmaması suretiyle kar ılanır. Sözle mesiz sa lık hizmeti sunucularından ise acil hallerde **(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 4md. Yürürlük: 05/09/2016)** alınan **(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 6 md. Yürürlük: 15/02/2018)** müracaat eden hastalara taburcu edilinceye kadar sunulan tüm alınan sa lık hizmetlerinin bedelleri Kurumca kar ılanır.

(5) Ancak, tıbbi malzeme tedarikçileri ve kaplıca tesisleri ile sözleşmeler yapılmaya kadar bu sa lık hizmeti sunucularından ki ilerce alınan sa lık hizmeti bedelleri SUT'ta belirtilen usul ve esaslar dâhilinde ki ilere ödenmek suretiyle, serbest di hekimlikleri ile Kurumla sözleşme mesiz resmi veya özel sa lık kurum veya kurulu larındaki di üniteleri ile sözleşme yapılmaya kadar ise bu sa lık hizmeti sunucularından ki ilerce alınan sa lık hizmeti bedelleri Kurum mevzuatı (SUT'ta düzenleme yok ise di er düzenlemeler) dahilinde ki ilere ödenmesi suretiyle kar ılanır.

(6) **(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 1 md. Yürürlük: 26/09/2013)** —yeri hekimleri veya birden fazla i yerine hizmet veren ortak sa lık birimleri ile özel poliklinikler tarafından verilen sa lık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. —yeri hekimleri veya birden fazla i yerine hizmet veren ortak sa lık birimlerinde sadece yetkili oldukları i yerlerinde hizmet akdi ile çalıştırılanlara, bu i yerlerinin kamu kurumu niteli inde olması halinde ise o i yerinde hizmet akdiyle çalıştırılanlar ile birlikte 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmi ilaç bedelleri Kurumca kar ılanır. Özel polikliniklerce ve a ız ve di sa lı ı hizmeti veren özel sa lık kurulu larınca verilen sa lık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca kar ılanmaz. **(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 5 md. Yürürlük: 05/09/2016)** —yeri hekimleri veya birden fazla i yerine hizmet veren ortak sa lık birimleri ile özel poliklinikler tarafından verilen sa lık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. —yeri hekimleri veya birden fazla i yerine hizmet veren ortak sa lık birimleri, özel poliklinikler ile “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından verilen sa lık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. —yeri hekimleri veya birden fazla i yerine hizmet veren ortak sa lık birimlerinde sadece yetkili oldukları i yerlerinde; 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde sayılan sigortalılara, bu i yerlerinin kamu kurumu niteli inde olması halinde ise, bu sigortalılara ek olarak, 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilmi ilaç bedelleri Kurumca kar ılanır. **(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 5 md. Yürürlük: 05/09/2016)** Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde düzenlenen reçete bedelleri Kurumca kar ılanır. Özel polikliniklerce ve a ız ve di sa lı ı hizmeti veren özel sa lık kurulu larınca verilen sa lık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(7) Sa lık Bakanlı ı d ndaki birinci basamak resmi sa lık kurulu ları ile kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sa lık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmi ilaç ve **(Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 2 md. Yürürlük: 25/07/2016)** görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri Kurumca kar ılanır.

(8) **(Mülga: RG- 24/12/2014- 29215/ 2 md. Yürürlük: 01/01/2015)** —yeri hekimleri veya birden fazla i yerine hizmet veren ortak sa lık birimleri, yetkilendirildikleri ki iler haricindeki ki ilere reçete düzenlemeleri halinde Kurumca ödenen reçete bedelleri bu reçeteyi düzenleyenlerden tahsil edilir.

(9) Sözle meli/protokollü sa lık kurum ve kurulu ları, ayakta ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlilleri, bünyelerinde veya ba ka bir sa lık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sa lamak zorundadırlar. Hizmet alımı yoluyla sa lanan Kuruma fatura edilebilir tetkik ve/veya tahlil bedelleri, sözleşme meli/protokollü sa lık kurum ve kurulu ları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sa lık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri do rultusunda kar ılanır. Sa lık kurum ve kurulu larınca, hizmet alımına ili kin bilgi ve belgeler istenildi inde Kuruma ibraz edilecektir. **(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 3 md. Yürürlük: 18/10/2016)** Ayrıca sözleşme meli/protokollü sa lık kurum ve kurulu ları, infüzyon kemoterapi hazırlanması i lemlerini Kurum ile sözleşme meli/protokollü ba ka bir sa lık hizmeti sunucusundan hizmet alımı yöntemi ile de sa layabilirler. **(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 2 md. Yürürlük: 01/01/2015)** A ız ve di sa lı ı hizmeti veren sözleşme meli/protokollü resmi sa lık kurum ve kurulu ları, genel anestezi altında yapılması gerekli görülen tetkik, tahlil ve tedavileri bünyelerinde veya ba ka bir resmi sa lık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sa layabilirler. Bu hizmetleri sözleşme meli/protokollü resmi sa lık kurum ve kurulu ları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sa lık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri do rultusunda kar ılanır. Sa lık kurum ve kurulu larınca, hizmet alımına ili kin sözleşme meli Kuruma teslim edeceklerdir.

(10) Sözle meli/protokollü sa lık kurum ve kurulu larındaki tedaviler ile ilgili olarak ki ilerce Kuruma ibraz edilen tetkik ve/veya tahlile ili kin fatura bedelleri sevk/istem belgesine dayanılarak ki ilere ödenir ve sevk/istem belgesini düzenleyen sözleşme meli/protokollü sa lık kurum ve kurulu unun alaca ndan mahsup edilir. Sa lık Bakanlı ma ba lı sa lık hizmeti sunucuları için Bakanlı a yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir.

(11) **(Değişik: RG- 10/04/2014- 28968/ 1 md. Yürürlük: 10/04/2014)** Kurumla sözleşme meli özel sa lık kurum ve kurulu ları, bir ba ka sa lık kurum ve kurulu undan hizmet alımı yoluyla sa ladıkları tetkik ve/veya tahlil d ndaki tedavilere ait giderleri Kuruma faturalandıramazlar. Hekim veya di hekimlerinin, özel sa lık hizmeti sunucusu bünyesinde çalışması halinde, bu hekimler tarafından fatura düzenlenerek alınan/sunulan sa lık hizmetleri bu kapsamda de erlendirilmez. **Kurumla**

sözle meli özel sa lık kurum ve kurulu ları, bir ba ka sa lık kurum ve kurulu undan hizmet alımı yoluyla sa ladıkları kurulu ve faaliyetiyle ilgili olarak ba lı bulundu u mevzuat gere i düzenlenmi olan ruhsat/faaliyet veya uygunluk belgesinde yer alan tetkik ve/veya tahlil di ndaki tedavilere (gastroskopi, kolonoskopi, rektosigmoidoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, anjiyografi gibi i lemler de dahil olmak üzere) ait giderleri Kuruma faturalandıramazlar. Hekim veya di hekimlerinin, özel sa lık hizmeti sunucusu bünyesinde çalı ması halinde, bu hekimler tarafından fatura düzenlenerek alınan/sunulan sa lık hizmetleri bu kapsamda de erlendirilmez.

(12) Ba ka bir sa lık kurum veya kurulu undan laboratuvar hizmeti alınması durumunda, hasta hastane di ma numune almak için gönderilmez, alınan numunenin transferi veya sonucu hasta veya yakını aracılı ı ile istenilemez. Görüntüleme hizmetlerinin hizmet alımı yoluyla sa lanması halinde acil ve yatan hastaların transferi sa lık hizmeti sunucuları tarafından yapılacaktır.

(13) Kurum ile sözleşme/protokollü sa lık kurum ve kurulu ları, tetkik, tahlil ve tedaviye ait her türlü bilgi, belge ve raporu, istenildi inde Kuruma ibraz edeceklerdir. İbraz edilememesi durumunda Kuruma faturalandırılan ilgili tetkik, tahlil ve/veya tedavi bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(14) Ki ilere sa lanan sa lık hizmetlerine ili kin düzenlenen sa lık raporu bedelleri, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan rapor puanları esas alınarak sadece bir adet olarak faturalandırılır. Ancak Kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle maluliyet, meslek hastalı ı ve kontrol muayeneleri vb nedenlerle sa lık hizmeti sunucusuna sevk edilen ki iler için düzenlenen sa lık raporları ile ilaç ve tıbbi malzeme temini de dâhil olmak üzere tedavi amacıyla düzenlenen sa lık raporları di nda kalan; **(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 6 md. Yürürlük: 05/09/2016) özür lülük engellilik raporu, ehliyet raporu, vasi tayini raporu, portör muayeneleri ve i lemleri, tarama amaçlı muayene ve i lemler vb özel amaçla kullanılacak durum belirtir rapor bedelleri ile bu durumların tespitine yönelik yapılan i lem bedelleri Kurumca kar ılanmaz.**

(15) Ki ilere sa lanan tıbbi malzeme, ilaç, tedavi vb sa lık hizmetleri için SUT gere i düzenlenmesi gereken sa lık kurulu raporu ile ilgili olarak sadece bir adet muayene bedeli faturalandırılabilir. Ancak Kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle maluliyet, meslek hastalı ı ve kontrol muayeneleri vb nedenlerle sa lık hizmeti sunucusuna sevk edilen ki iler için düzenlenen sa lık kurulu raporları ile ilgili olarak, kurula katılan her bir uzmanlık dalı için muayene bedeli faturalandırılabilir.

(16) Kurumca finansmanı sa lanan sa lık hizmetleri için Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen Kurumca ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır. Ancak Komisyonca SUT eki EK-2/B, EK-2/C ve EK-2/Ç listelerinde yer alan i lemler için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmi olup i lem bedeli ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır.

(17) Sa lık hizmeti sunucularınca gerçekte tirilecek check-up, kampanya ya da tarama kapsamında yapılan i lemler Kuruma faturalandırılmaz.

(18) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C listelerinde yer alan i lemlerin laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikrocerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılması halinde yapılan i lem, SUT'ta yer alan i lem puanı esas alınarak Kurumca kar ılanır. Ancak ayrı kodu bulunan laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikrocerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılan i lemler kendi puanı esas alınarak Kurumca kar ılanır. **(Mülga: RG-24/12/2014- 29215/ 2 md. Yürürlük: 01/01/2015) –Ayrıca P618690, P621410, P619490, P618680, P618840, P618550, P618560, P601930, P601940, P602410, 605070, P604710, P604690, P605000, P604940, P604990, P604930 kodlu i lemlerin robotik cerrahi yöntemi ile yapılması durumunda i lem puanlarına %50 ilave edilerek Kuruma faturalandırılabilir.**

(19) Trafik kazası nedeniyle ilk müdahalenin sözleşme mesiz sa lık hizmeti sunucularında sa lanması halinde bu sa lık hizmeti sunucusunda trafik kazası nedeniyle sunulan sa lık hizmetinin devamı niteli inde olan tedaviler SUT ve ekleri esas alınarak Kurumca kar ılanacaktır. Ancak bu süre trafik kazasının ol tu u tarihten itibaren 6 ayı geçmez.

**(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 5 md. Yürürlük: 18/03/2014)**

(20) Kurumca finansmanı sa lanan sa lık hizmetlerinde geri ödeme kural ve/veya kriterleri belirlenmemi sa lık hizmetleri için güncel bilimsel klinik uygunlu un bulunması gerekir.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 3 md. Yürürlük: 29/06/2016)**

**(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 2 md. Yürürlük: 01/01/2015)**

(21) SUT eki EK 2/C listelerinde yer alan P604250, P604260, P604280, P604470, P604500, P604520, P604530, P604570, P604580, P604620, P604910, P604960, P604970, P605040, P605190, P605220, P605230, P605240, P605250, P605260, P605270, P605290, P605320, P605410, P605420, P605430, P605440, P605450, P605460, P605470, P605480, P605490, P605500, P604610, P604710, P604711, P604690, P604980, P604990, P605000, P605010, P604720, P604730, P604740, P605680, P605710, P605720, P605730 kodlu i lemler ile SUT eki EK 2/B Listesinde yer alan: 604250, 604260, 604280, 604470, 604500, 604520, 604530, 604570, 604580, 604620, 604910, 604960, 604970, 605040, 605190, 605220, 605230, 605240, 605250, 605260, 605270, 605290, 605320, 605410, 605420, 605430, 605440, 605450, 605460, 605470, 605480, 605490, 605500, 604610, 604710, 604711, 604690, 604980, 604990, 605000, 605010, 604720, 604730, 604740, 605680, 605710, 605720, 605730 kodlu i lemlerin üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca yapılması durumunda i lem puanlarına % 15 ilave edilerek Kuruma faturalandırılır. SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan: 604250, 604260, 604280, 604470, 604500, 604520, 604530, 604570, 604580, 604620, 604910, 604960, 604970, 605040, 605190, 605220, 605230, 605240, 605250, 605260, 605270, 605290, 605320, 605410, 605420, 605430, 605440, 605450, 605460, 605470, 605480, 605490, 605500, 604610, 604710, 604711, 604690, 604980, 604990, 605000, 605010, 604720, 604730, 604740, 605680, 605710, 605720, 605730 kodlu i lemlerin SUT Eki EK 2/A 1 listesinde yer alan U1 kodlu sa lık hizmet sunucuları hariç olmak

üzere; üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca yapılması durumunda i lem puanlarına % 15 ilave edilerek Kuruma faturalandırılır.

**(Ek: RG- 01/02/2019- 30673/ 1 md. Yürürlük: 05/07/2018)**

(22) SUT eki EK-2/C-1 Listesinde yer alan i lemlerin SUT eki EK-2/A-1 Listesinde U kodu ile yer alan üniversite hastanelerince yapılması halinde i lem puanlarına Listede belirtilen oranlar ilave edilerek faturalandırılır. Bu Listede yer alan i lemlerin SUT eki EK-2/A-1 Listesinde U kodu ile yer alan üniversite hastanelerince yapılması halinde "2.2.2.B- Tamya dayalı i lem üzerinden ödeme yöntemi" ba lıklı maddenin be inci fıkrasında yer alan hüküm uygulanmaz.

### **2.2.1 - Ayakta tedavilerde ödeme**

#### **2.2.1.A - Birinci basamak sa ğlık kuruluşları**

(1) Birinci basamak sa lık kurulu larındaki ayakta tedavilerde, her ba vuru için 11 (onbir) TL ödeme yapılır. Hastanın di er bir sa lık kurumuna sevk edilmesi halinde ise sadece 5 (be ) TL ödeme yapılır.

#### **2.2.1.B - İkinci ve üçüncü basamak sa ğlık kurumları**

##### **2.2.1.B-1 - Ayakta tedavilerde ödeme uygulaması**

(1) "Ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında; sa lık kurumlarında ayaktan her bir ba vuru için, SUT eki "Sa lık Kurum ve Kurulu larının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi" nde (EK-2/A-1) bulundu u sınıfa göre belirlenmi olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılır. Ayrıca SUT eki "Ayaktan Ba vurularda lave Olarak Faturalandırılabilir lemler Listesi" nde (EK-2/A-2) yer alan i lemlerin bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Hastanın aynı sa lık kurumuna, acil servise ba vuruları hariç olmak üzere ayaktan ba vurdu u gün dâhil, 10 (on) gün içindeki aynı uzmanlık dalına di er ayaktan ba vurularında; sadece SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan i lemlerin bedelleri faturalandırılabilir olup SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutar faturalandırılmaz.

(3) Hastaya SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan i lemlerin yapılmasının gerekli görülmesi, ancak söz konusu i lemlerin, bu muayene ba vurusundan sonra aynı sa lık kurumunda randevu verilmek suretiyle ileri bir tarihte yapılması durumunda, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar ikinci bir defa girilmeksizin sadece yapılan i lem faturalandırılır.

(4) Hastanın aynı sa lık kurumunda aynı uzmanlık dalına ayaktan ba vurusu sonrasında aynı gün "yatarak tedavi" kapsamında, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir i lem yapılması halinde bu i lem ile birlikte ayaktan yapılan i lemler bu maddenin birinci fıkrasındaki hükümlere göre faturalandırılır. Ancak "yatarak tedavi" kapsamında hizmet ba ına ödeme yöntemi ile bir i lem yapılması durumunda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmayacak olup ayaktan ba vurular da hizmet ba ına ödeme yöntemine göre faturalandırılacaktır.

(5) Hastanın aynı gün içerisinde, aynı sa lık hizmeti sunucusunda; birden fazla uzmanlık dalına ba vurusu sonrasında bu uzmanlık dallarından herhangi birinde aynı gün "yatarak tedavi" kapsamında SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir i lem yapılması halinde bu i lem ile birlikte, o uzmanlık dalına ait ayaktan yapılan i lemler bu maddenin birinci fıkrasındaki hükümlere göre, di er uzmanlık dallarındaki ayakta tedavi kapsamındaki ba vuruları SUT eki EK-2/B Listesindeki "normal poliklinik muayenesi" bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan i lemlerin bedelleri faturalandırılacaktır. Ancak, yatarak tedavi kapsamında hizmet ba ına ödeme yöntemi ile bir i lem yapılması durumunda; SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmayacak olup ayaktan yapılan i lemler hizmet ba ına ödeme yöntemine göre faturalandırılacaktır.

(6) Hastanın, aynı gün içinde aynı sa lık kurumunda ilk muayenesini takip eden di er uzmanlık dallarındaki ayakta tedavi kapsamında yer alan ba vuruları, "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında de erlendirilmez ve SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz. Ancak SUT eki EK-2/B Listesindeki "normal poliklinik muayenesi" bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan i lemlerin bedelleri faturalandırılacaktır.

(7) Hastanın aynı gün içinde aynı sa lık kurumundaki ilk ba vurusunun ana dal, sonraki ba vurusunun yan dal olması durumunda yan dala olan ba vuru "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında faturalandırılır. Ana dala ba vuru ise, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar girilmeksizin, SUT eki EK-2/B Listesindeki "normal poliklinik muayenesi" bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan i lemlerin bedelleri faturalandırılabilir.

(8) Sa lık raporu ile yapılması gerekli görülen hiperbarik oksijen tedavisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ESWL ve ESWT tedavilerinde; ayaktan ba vurularda tedavi için sa lık raporu düzenlendikten sonra tedavinin sonraki günlerde aynı veya ba ka bir sa lık hizmeti sunucusunda yapılması halinde, bu sa lık raporu ile yapılan tedavi ba vuruları "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar girilmeksizin SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılır.

**(9) (Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 4 md. Yürürlük: 03/09/2016) Özel tıp merkezleri ve dal merkezlerinin vermi oldukları acil sa lık hizmetlerinin bedelleri uzmanlık dalı dikkate alınmaksızın SUT eki EK 2/A Listesinin "Acil" bölümünde yer alan ücret üzerinden faturalandırılır.**

(10) Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurumundan ba ka bir sa lık kurumuna sevk edilmesi halinde sevk eden sa lık kurumuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenir.

(11) **(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 4 md. Yürürlük: 29/06/2016) Ayaktan ba vurularda Ayakta tedavilerde ödeme uygulamasında,** SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan i lemlerin faturalandırılmasında a ıdaki hususlara uyulur.

a) lemin SUT eki EK-2/C Listesinde yer alması halinde bedelleri "taniya dayalı i lem üzerinden ödeme" yöntemi ile faturalandırılır. Bu i leme ili kin "taniya dayalı i lem üzerinden ödeme" yöntemine dâhil olmayan tıbbi malzeme ve ilaç bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

b) lemin sadece SUT eki EK-2/B Listesinde yer alması halinde, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlara ilave olarak i lem bedeli ve bu i lemle ilgili ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

c) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumları tarafından SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan i lemler, i lem puanlarına %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

(12) **(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 3 md. Yürürlük: 12/11/2013) (Değişik:RG-01/08/2013-28725/ 3 md. Yürürlük: 01/08/2013) Ayaktan ba vurularda özel sa lık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/poliklini e ba vurular hariç olmak üzere, sa lık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile**

çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 60'ı geçemez. Özel sa lık hizmeti sunucuları her bir hekim için ayrı ayrı olmak üzere bu sınırlarda muayene fatura edebilir. Bu sınırlar a ıldıktan sonra kabul edilen hastalar için yapılan i lemler Kuruma faturalandırılmaz. Ayaktan ba vurularda özel sa lık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/poliklini e ba vurular hariç olmak üzere, sa lık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalı an hekimlerin çalı ma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 60'ı geçemez. Ancak göz hastalıkları bran nda günlük muayene sınırı çalı ma saatlerinin 4 ile çarpılması ile bulunur. Her bir göz hastalıkları uzman hekimi için günlük muayene sayısı her halükarda 40'ı geçemez. SUT eki EK-2/B Listesindeki 617340, 617341, 617342 kodlu i lemler ile EK-2/C Listesindeki P617340, P617341, P617342 kodlu i lemlerin yapılması halinde her bir i lem için hekim çalı ma saatinden 30 dakika dü ülererek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. Özel sa lık hizmeti sunucuları her bir hekim için ayrı ayrı olmak üzere bu sınırlarda muayene fatura edebilir. Bu sınırlar a ıldıktan sonra kabul edilen hastalar için yapılan i lemler Kuruma faturalandırılmaz. **Ayaktan ba vurularda özel sa lık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/poliklini e ba vurular hariç olmak üzere, sa lık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalı an hekimlerin çalı ma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 60'ı geçemez. (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 4 md. Yürürlük: 01/09/2014)** Acil servis/poliklini ine ba vurularda ise özel sa lık hizmeti sunucularında bir acil servis doktoru için günlük muayene sayısı 90'ı geçemez. Sa lık Bakanlı nın "Yataklı Sa lık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebli " e göre triyaj uygulamasında Kırmızı alan tarifine giren acil servis/poliklini ine ba vurular olması halinde günlük muayene sayısı 90'ı geçebilir, ancak bu durum dahil günlük toplam sayı hiçbir ekilde 100'ü geçemez. **Özel sa lık hizmet sunucularında SUT eki EK-2/B Listesindeki 700610 kodlu "Transözefajiyal ekokardiyografi" ve 700611 kodlu "Transözefajiyal ekokardiyografi, çocuk" i lemlerinin yapılması durumunda her bir i lem için muayene sayısından bir muayene sayısı dü ülererek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. Özel sa lık hizmeti sunucuları her bir hekim için ayrı ayrı olmak üzere bu sınırlarda muayene fatura edebilir. Bu sınırlar a ıldıktan sonra kabul edilen hastalar için yapılan i lemler Kuruma faturalandırılmaz.**

#### **2.2.1.B-2 - Hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılacak ayakta tedaviler**

(1) Birinci basamak sa lık kurulu larında;  
a) 112 acil sa lık hizmeti birimince verilen hizmetler,  
b) Di tedavisine yönelik i lemler,  
c) Enjeksiyon i lemi (ba ka bir sa lık kurum ya da kurulu unda hizmet almı hastaların yapılan enjeksiyonları için sadece enjeksiyonun bedeli kar ılanır),  
ç) Kalıtsal hemoglobinopati tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan, 904.690 kod numaralı "Hemoglobin elektroforezi HPLC ile" ve 904.700 kod numaralı "Hemoglobin elektroforezi Aqar jel ile" i lemleri, SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılır.

(2) İkinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarında;  
**(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 5 md. Yürürlük: 03/09/2016)**

a) **Özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleri dı ndaki sa lık kurumlarınca verilen acil sa lık hizmetleri,**  
a) **Acil sa lık hizmetleri,**  
b) kazasına yönelik sa lanan sa lık hizmetleri,  
c) Meslek hastalıkları hastanelerince sa lanan meslek hastalı na yönelik sa lık hizmetleri,  
ç) MEDULA'da tedavi tipi "onkolojik tedavi" olarak seçilmi onkolojik ön tanı/tanı konulmu hastalıklar ile ilgili tüm i lemler,  
d) Organ ve doku nakline ili kin donöre yapılan hazırlık tetkik ve tahlilleri,  
e) Di tedavilerine yönelik i lemler,  
f) Kurum birimlerinde sevk belgesi düzenlenmek suretiyle (maluliyet, meslek hastalı ı ve kontrol muayeneleri vb.) sa lık hizmeti sunucusuna sevk edilen ki ilere sunulan sa lık hizmetleri,  
g) Enjeksiyon/pansuman (sadece enjeksiyon/pansuman amacıyla gelen hasta için sadece enjeksiyon/pansuman bedeli kar ılanır),

**(Ek: RG- 01/08/2013- 28725/ 4 md. Yürürlük: 01/08/2013)**

) **Alkol, madde ba ımlılı ı tedavisi,**

"hizmet ba ına ödeme yöntemi" ile faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

(3) Hizmet ba ına ödeme yöntemi kapsamında ayaktan muayene sonrasında aynı sa lık kurumunda, söz konusu muayene ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tanı ve/veya tedaviye yönelik i lemler için muayene giri i yapılmayacaktır.

**(Ek: RG- 14/07/2016- 29770/ 3 md. Yürürlük: 25/07/2016)**

(4) **Üçüncü basamak resmi sa lık kurumları tarafından SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan i lemler, i lem puanlarına %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.**

#### **2.2.1.B-3 - Evde sa ğlık hizmetlerinde ödeme**

(1) Evde sa lık hizmetleri bedelleri hizmet ba ına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç listeleri esas alınarak faturalandırılır.

(2) Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sa lık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. Kurumca bedeli kar ılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sa lık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ilaveten faturalandırılabilir. Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşme meli eczanelerden temin edilir.

#### **2.2.2 - Yatarak tedavilerde ödeme**

(1) İkinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarında yatarak verilen sa lık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa "tanıya dayalı i lem üzerinden ödeme" yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa, "hizmet ba ına ödeme" yöntemi ile faturalandırılır.

(2) **(Değişik: RG- 26/11/2016- 29900 / 4 md. Yürürlük: 07/12/2016)** Üçüncü basamak sa lık kurumları; SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (\*) i areti bulunmayan i lemleri SUT eki EK-2/B Listesinden de faturalandırabilir. Ancak, SUT

metninde SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen i lemler; (\*) i areti olup olmadığına bakılmaksızın SUT eki EK-2/C Listesindeki i lemler esas alınarak faturalandırılır. Bu sa hık kurumları; yanında (\*) i areti olmayan i lemleri SUT eki EK-2/B veya SUT eki EK-2/C listelerinin hangisini esas alacaklarına ili kin tercihlerini Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA sisteminde belirteceklerdir. Üçüncü basamak sa hık kurumları; SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (\*) i areti bulunmayan i lemleri SUT eki EK-2/B Listesinden de faturalandırabilir, yanında (\*) i areti olmayan i lemleri SUT eki EK-2/B veya SUT eki EK-2/C listelerinin hangisini esas alacaklarına ili kin tercihlerini Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA sisteminde belirteceklerdir. Ancak, SUT metninde SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen i lemler; (\*) i areti olup olmadığına bakılmaksızın SUT eki EK-2/C Listesindeki i lemler esas alınarak faturalandırılır.

(3) 24 saatten kısa süreli yatı larda yatak bedeli, gündüz yatak bedeli üzerinden faturalandırılır.

(4) Günübirlik tedavilerde SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan i lemler için gündüz yatak bedeli faturalandırılmaz.

(5) Günübirlik tedavilerde, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan refakatçi bedeli ödenmez.

#### 2.2.2.A - Hizmet başına ödeme yöntemi

(1) Hizmet ba ına ödeme yönteminde sa hık hizmeti bedelleri, SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Kurumca bedeli kar ılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sa hık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

(3) Hizmet ba ına ödeme yönteminde refakatçi bedeli SUT'un 2.6.3(2) fıkrası do rultusunda faturalandırılır.

(4) nvitro diyagnostik kit kontrolü ile ilgili çalı ma yapan sa hık kurum ve kurulu larında (serokonversiyon paneli ya da do rulumla testleri hariç) bu amaçla yapılan test bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

**(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 3 md. Yürürlük: 01/01/2015)**

(5) Aynı seansta birden fazla i lem yapıldı ı durumlarda **(Ek-2/Ç listesindeki i lemler hariç);**

a) Aynı kesiden yapılan i lem puanı yüksek olan i lemin puanı tam, sonraki i lem puanları ise her birinin %30'u alınarak,

b) Aynı kesiden yapılan i lemlerde puanı yüksek olan i lemin puanı tam, sonraki i lem puanları ise her birinin %50'si alınarak,

faturalandırılır. Yukarıdaki i lemler farklı uzmanlık dallarında yapılmı sa yüzdelik oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.

(6) Kurumla sözle meli/protokollü üçüncü basamak resmi sa hık kurumlarınca yapılan SUT eki EK-2/B Listesi "8. Radyolojik Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuvar lemleri" bölümlerinde yer alan i lemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

#### 2.2.2.B - Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi

(1) Taniya dayalı i lem üzerinden ödeme yönteminde, sa hık hizmeti bedelleri SUT eki EK-2/C Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Taniya dayalı i lem üzerinden ödeme yöntemine dâhil olmayan faturalandırılabilir sa hık hizmeti bedelleri, hizmet ba ına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

(3) Birden fazla kesi ve birden fazla i lemin yapıldı ı durumlarda;

a) Aynı seansta aynı kesi ile birden fazla i lem yapılması halinde; i lem puanı yüksek olan taniya dayalı i lemin puanı tam olarak, di er i lemler ise kendi taniya dayalı i lem puanının %25'i alınarak,

b) Aynı seansta ayrı kesi ile birden fazla i lem yapılması halinde; i lem puanı yüksek olan taniya dayalı i lemin puanı tam olarak, di er i lemler ise kendi taniya dayalı i lem puanının %50'si alınarak,

c) Aynı seansta aynı kesi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir i lem ile birlikte SUT eki EK-2/C Listesinde yer almayan bir i lem yapılması halinde taniya dayalı i lem puanı tam olarak, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan i lem puanının %30'u alınarak, ancak SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan i lemin puanının di er i lemlerden yüksek olması durumunda tüm i lemler 2.2.2.A(5) fıkrası göz önünde bulundurularak hizmet ba ına ödeme yöntemiyle,

ç) Aynı seansta ayrı kesi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir i lem ile birlikte SUT eki EK-2/C Listesinde yer almayan bir i lem yapılması halinde taniya dayalı i lem puanı tam olarak, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan i lem puanının %50'si alınarak, ancak SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan i lemin puanının di er i lemlerden yüksek olması durumunda tüm i lemler 2.2.2.A(5) fıkrası göz önünde bulundurularak hizmet ba ına ödeme yöntemiyle,

faturalandırılır. Yukarıdaki i lemler farklı uzmanlık dallarında yapılmı sa yüzdelik oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.

(4) Anatomik olarak gö üs bölgesinde yapılacak planlı ameliyatlarda, kapalı gö üs drenajı veya gö üs tüpü takılması ayrıca faturalandırılmayacaktır.

(5) Kurumla sözle meli/protokollü üçüncü basamak resmi sa hık kurumlarınca yapılan SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (\*) i areti olan i lemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

**(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 6 md. Yürürlük: 18/03/2014)**

(6) **(Mülga: RG- 10/04/2014- 28968/ 2 md. Yürürlük: 10/04/2014)**Taniya dayalı i lem kapsamına dahil olup Kuruma ayrıca faturalandırılmayan tıbbi malzemeler de MEDULA sistemine kaydedilir.

**(Mülga: RG- 01/02/2019- 30673/ 2 md. Yürürlük: 05/07/2018)**

**(Ek: RG- 18/06/2016- 29746 / 5 md. Yürürlük: 29/06/2016)**

**(7) SUT Eki EK-2/C-1 Listesinde yer alan i lemlerin SUT Eki EK-2/A-1 Listesinde (Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 5 md. Yürürlük: 07/12/2016) U1 U kodu ile yer alan üniversite hastanelerince yapılması halinde i lem puanlarına listede belirtilen oranlar ilave edilerek faturalandırılır. Bu listede yer alan i lemlerin SUT Eki EK-2/A-1 Listesinde (Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 5 md. Yürürlük: 07/12/2016) U1 U kodu ile yer alan üniversite hastanelerince yapılması halinde be inci fıkrada yer alan hüküm uygulanmaz.**

#### 2.2.2.B-1 - Taniya dayalı işlemlerin kapsamı

(1) Taniya dayalı ödeme listesi i lem puanlarına yatarak tedaviler kapsamında takip alındıktan sonraki, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla;

- a) Yatak bedeli,  
b) Muayeneler ve konsültasyonlar,  
c) Operasyon ve girişimler,  
ç) Anestezi ilaçları,  
d) Yatı dönemindeki ilaçlar (**Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 3 md. Yürürlük: 01/05/2015**) (kan ürünleri ayrıca faturalandırılır, **kanama durdurma, sızdırmazlık salama doku yapıştırıcı tırmada kullanılan ilaçlar bu kapsamda değerlendirilmez**), (**Değişik: RG- 14/07/2016- 29770/ 4 md. Yürürlük: 25/07/2016**)

e) ~~Kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, ve benzeri), (Ancak 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde bu kan bileşenlerinin puanının %30'u sa lık hizmeti sunucusuna ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.)~~

(**Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 5 md. Yürürlük: 05/04/2017**)

e) Kan bileşenleri (Ancak kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde kan bileşenleri puanlarının; 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bileşenleri için (**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2017**) ~~%30'u~~ %36'sı, 705372 ve 705373 kodlu kan bileşenleri için (**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2017**) ~~%18'i~~ %24'ü, 705441 kodlu kan bileşenleri için (**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2017**) ~~%13'ü~~ %20'si, 705442 ve 705443 kodlu kan bileşenleri için (**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2017**) ~~%22'si~~ %28'i sa lık hizmeti sunucusuna ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.)

f) Sarf malzemesi,

g) Anestezi bedeli,

) Laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri,

h) Refakatçi bedeli (tıbbi zorunluluk halinde),

gibi tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(2) SUT eki EK-2/C Listesi "Açıklama" bölümünde belirtilen istisnalar dikkate alınacaktır.

(3) Tanıya dayalı işlemin uygulandığı tarih birinci gün kabul edilmek kaydıyla a a da belirtilen süreler içerisinde aynı sa lık hizmeti sunucusunda bu işlemlerle ilgili olarak verilen sa lık hizmetleri tanıya dayalı işlem kapsamında değerlendirilir.

a) A Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 15 gün

b) B Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 10 gün

c) C Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 8 gün

ç) D Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 5 gün

d) E Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 3 gün

(4) Üçüncü fıkrada belirtilen sürelerin a ılması halinde verilen sa lık hizmetlerinin bedelleri, ayrıca faturalandırılır.

(5) Tanıya dayalı işlem kapsamında olan, ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin bedellerinin hasta tarafından ödendiğinin tespiti halinde ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin fatura tutarları hastaya ödenir. Kurumca ödenen tutar ilgili sa lık kurumundan mahsup edilir. Sa lık Bakanlığı na ba lı sa lık hizmeti sunucuları için Bakanlık tarafından yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir. Mahsup edilen tutar hiçbir surette sa lık hizmet sunucusuna iade edilmez.

#### **2.2.2.B-2 - Hizmetin iptal olması veya yarım kalması**

(1) Hastanın tanıya dayalı işlem öncesi hazırlık işlemleri a amasında ölmesi veya ortaya çıkan ba ka sa lık sorunları nedeniyle tanıya dayalı işlem kapsamına giren bir müdahalenin yapılamaması halinde verilen hizmetler, ameliyat/girişim kararı verilen hastanın, herhangi bir nedenle tedaviden vazgeçmesi halinde (hastanın hastaneden ayrılmasından 10 gün sonra) veya ba lanan işlemin herhangi bir a amada kalarak tamamlanamaması halinde o zamana kadar verilen sa lık hizmetlerine ili kin giderler, hizmet ba ına ödeme yöntemi ile faturalandırılır. Ancak bu durumda SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem bedelleri, %10 indirimli olarak faturalandırılacaktır. Bu durumdaki işlemlerde kullanılmayan malzemeler faturalandırılmayacaktır.

#### **2.2.2.B-3 - Tanıya dayalı işlem sonrası kontroller ve testler**

(1) Hastanın taburcu (taburcu işleminin A, B, C, D, E grubunda belirtilen sürelerden önce gerçekleşmesi halinde belirtilen sürelerin bitimi taburcu tarihi olarak kabul edilir) olduktan sonraki, aynı sa lık kurumundaki aynı uzmanlık dalında; 10 gün içerisinde yapılan muayeneleri ve bu muayene sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikleri tanıya dayalı ödeme işlem puanına dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

#### **2.2.2.C - Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar**

(1) Tanı veya tedaviye yönelik işlem sonrasında hastada komplikasyon ortaya çıkması durumunda, komplikasyona ait sa lık hizmetlerinin bedelleri aynı sa lık hizmeti sunucusuna %10 indirimli olarak hizmet ba ına ödeme yöntemiyle faturalandırılır. Ancak hastanın önceden bilinen risk faktörleri (diabetes mellitus, hipertansiyon, morbid obezite, alkolizm vb) veya eşlik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immün yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immün ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) bulunması halinde, bunlarla ilgili olarak gelişen komplikasyonlarda bu indirim uygulanmaz.

(2) Tanı veya tedaviye yönelik işlemler kapsamında tedavisi yapılan hastanın eşlik eden hastalıkları (hemofili, lösemi, immün yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immün ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) nedeniyle sunulan sa lık hizmetlerinin bedelleri, hizmet ba ına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

#### **2.3 - Acil sağlık hizmetleri**

(1) Acil sa lık hizmeti vermekle yükümlü sa lık hizmeti sunucuları acil servis hizmetlerini Sa lık Bakanlığı düzenlemeleri ile konuya ilişkin Bakanlık tarafından yayımlanan Bakanlık genelgesi ve Kurum mevzuatı doğrultusunda yürüteceklerdir. Acil servise müracaat eden ve muayeneleri sonucunda acil olmadığı tespit edilen kişilerin tedavileri giderleri, SUT eki EK-2/B Listesinde 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında yer alan işlem bedeli üzerinden Kurumca kar ılanır. Muayene sonucunda acil olduğu tespit edilenler için ise SUT'un 2.2.1.B-2 maddesinin birinci ve ikinci fıkralarındaki ilgili hükümler uygulanır. Ancak sa lık hizmeti sunucularınca acil servislerde verilen ve Kuruma acil sa lık

hizmeti olarak faturalandırılan hizmetlerin Kurumun inceleme birimlerince ye il alan muayenesi olarak de erlendirilmesi halinde verilen sa lık hizmetlerinin bedelleri kar ılanmaz.

(2) Sözle meli/protokollü ve sözle mesiz sa lık hizmeti sunucuları acil servislerde acil haller nedeniyle sunulan sa lık hizmetleri için ki ilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edemez.

(3) Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilerinin sözle mesiz sa lık kurum veya kurulu una SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil haller nedeniyle müraacaatı sonucu olu an sa lık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmı bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi artıyla kar ılanır.

(4) Bu madde kapsamında sözle mesiz sa lık kurum veya kurulu larındaki yatarak tedavileri Kurumca kar ılanan ki iler için, hekim veya di hekim tarafından düzenlenen refakatçi kalınması gerekti inin tıbben lüzum görüldü ünü belirtir belgeye dayanılarak, refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir ki i ile sınırlı olmak üzere Kurumca kar ılanır. 18 ya mı doldurmamı çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmemesi arti aranmaz.

(5) Sözle mesiz sa lık kurum ve kurulu larında, acil tedavilere ili kin bilgilerin tıbbi açıdan kaydedilmesi ve Kurumca gerek görüldü ünde ibraz edilmesi zorunludur.

(6) Sözle mesiz sa lık kurum veya kurulu ları tarafından, Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilere acil hallerde sundukları sa lık hizmetleri "hizmet ba ına ödeme yöntemi" esas alınarak ki iler adına manuel olarak fatura edilir. Ancak ki ilerce sa lık hizmet bedelinin Kurum tarafından ilgili sa lık hizmeti sunucusuna ödenmesinin talep edilmesi halinde ki ilerinin yazılı muvafakatı alınarak fatura ile birlikte Kuruma gönderilir. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura kar ılı ki ilere veya sa lık hizmeti sunucusuna ödenir.

## 2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları

### 2.4.1 - Diş tedavileri

(1) Diş tedavileri sırasında; altın, platin, paladyum+platin, irridyum+platin, iropal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve polliag-M gibi bile iminde kıymetli maden bulunan maddelerin bedelleri ödenmez.

(2) Kemik içi implantların bedelleri ödenmez. Ancak;

a) Maksillofasial travma, kist ve tümörlere ba lı olarak geli en, maksiler ve mandibuler kemikte a ırı doku kaybının oldu u vakalarda,

b) Alt ve üst çenede tek taraflı serbest sonlu di sizlik vakalarında,

c) Konjenital di eksikliği vakalarında,

ç) Dudak damak yarı ı vb. do umsal anomalilere ba lı, di ve ilgili kemik doku defektlerinin oldu u vakalarda,

hastaların bilinen rutin protetik di tedavi yöntemleri ile tedavi edilemeyece inin implant uygulamasının zorunlu oldu unun, üniversite di hekimli i fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer ö retim üyesinin katılımlarıyla olu acak sa lık kurulu ile karara ba lanması, kararı destekleyen radyografik tetkiklerin sa lık kurulu raporuna ek edilmesi ve kaç adet implant uygulanacağı belirtilmesi artıyla; her bir çene için en fazla 4 adet SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan "kemik içi implant uygulaması" i lem bedeli ile her implant için 90 (doksan) TL (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 5 md. Yürürlük: 25/07/2014) ,3713 sayılı Kanuna göre aylık ba lanmı maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandı ı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık ba lanmalar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi ba kasının yardımı ve deste i olmaksızın ya amak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malullerinde ise her implant için en fazla 700 (yedi yüz ) TL üzerinden faturalandırılabilir.

(3) Hareketli ve sabit protezlerin yenilenme süresi 4 yıldır. Bu süreden önce yenilenen protez bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak, trafik kazası (Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 8 md. Yürürlük: 15/02/2018) veya i kazası sonucu olu an a ız ve çene travmalarında bu süre dikkate alınmaz. (Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 4 md. Yürürlük: 01/05 /2015) Ayrıca malign ve benign neoplazik de i liklikler nedeniyle çenesinin bir bölümünü veya tamamını kaybetmi hastalarda veya kanser nedeniyle a ırı kilo kaybının oldu u vakalarda üç di hekiminin olu turdu u sa lık kurulu raporuna istinaden 4 yıllık süre aranmaz.

(Değişik: RG- 01/02/2019- 30673/ 3 md. Yürürlük: 04/03/2019)

(4) (Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 5 md. Yürürlük: 01/08/2013) 18 ya mı doldurmu ki ilerinin ortodontik di tedavilerine ili kin giderler Kurumca ödenmez. Ancak 18 ya mı doldurmu ki ilerinin ortodontik di tedavisi 5510 sayılı Kanunun genel sa lık sigortasına ili kin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde ba lamı ve devam ediyor ise söz konusu tedavi bedelleri kar ılanır. Sınıf I, II, III ve ortognatik cerrahide uygulanan ortodontik tedaviler; SUT eki EK 2/Ç Listesindeki "7.1 Tamiya dayalı ortodontik tedavi i lemleri" bölümünde yer alan i lem kodları üzerinden Kurumca kar ılanır. Kurumca ortodontik tedavi bedellerinin ödemesi; "Ba langıç a aması (hastanın ortodontik tanı ve tedavi planlaması yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye alınarak tedavi mekaniklerinin uygulanması)", "Tedavi a aması (uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya ba landı ı veya belirli bir a amaya gelmesi)" ve "Peki tirme a aması (tedavinin tamamlanması)" olmak üzere üç a amada yapılır. Adı geçen a amaların tamamlandı mın gösterilmesi ve belgelenmesi halinde herbir a ama için i lem bedelinin 1/3'ü ödenir. "Ba langıç a aması" ile "Tedavi a aması" arasında en az 6 ay, "Tedavi a aması" ile "Peki tirme a aması" arasında en az 4 ay süre bulunması gerekir. 18 ya mı doldurmu ki ilerinin ortodontik di tedavilerine ili kin giderler Kurumca ödenmez. Ancak 18 ya mı doldurmu ki ilerinin ortodontik di tedavisi 5510 sayılı Kanunun genel sa lık sigortasına ili kin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde ba lamı ve devam ediyor ise söz konusu tedavi bedelleri kar ılanır. Sınıf I, II, III ve ortognatik cerrahide uygulanan ortodontik tedaviler; SUT eki EK 2/Ç Listesindeki "7.1 Tamiya dayalı ortodontik tedavi i lemleri" bölümünde yer alan i lem kodları üzerinden Kurumca kar ılanır. (Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 4 md. Yürürlük: 01/01/2015) Bu i lem kodlarına fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile open bite, deep bite, a ız dı ı aparat uygulaması, ekspansiyon tedavileri gibi her türlü ortodontik tedavi ve görüntüleme yöntemleri dahildir. Kurumca ortodontik tedavi bedellerinin ödemesi; "Ba langıç a aması (hastanın ortodontik tedavi planlamasının yapılarak, tedaviye ve tedavi mekaniklerinin uygulanmaya ba lanması)", "Tedavi a aması (uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya ba landı ı veya belirli bir a amaya gelmesi)" ve "Peki tirme a aması (tedavinin tamamlanması)" olmak üzere üç a amada yapılır. Adı geçen a amaların tamamlandı mın gösterilmesi ve belgelenmesi halinde her bir a ama için i lem bedelinin 1/3'ü ödenir. "Ba langıç a aması" ile "Tedavi a aması" arasında en az 6 ay, "Tedavi a aması" ile "Peki tirme a aması" arasında en az 4 ay süre bulunması gerekir.

(4) Ortodontik di tedavileri;

a) 18 ya mını doldurmu ki ilerinin ortodontik di tedavilerine ili kin giderler Kurumca ödenmez. Ancak 18 ya mını doldurmu ki inin ortodontik di tedavisi 18 ya mından önce ba lamı ve devam ediyor olması halinde Kurumumuzca kar ılanır. Ayrıca 5510 sayılı Kanunun genel sa lık sigortasına ili kin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde ba lamı ve devam ediyor ise söz konusu tedavi bedelleri kar ılanır.

b) Süt ve karma di lenme dönemindeki dental ve iskeletsel malokluzyonu düzeltmek için yapılan ortodontik uygulamalar SUT eki EK-2/Ç Listesindeki "7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi i lemleri" bölümünde yer alan "P407321 Erken Ortodontik Tedavi Ba langıç A aması", "P407322 Erken Ortodontik Tedavi Biti A aması" i lemi üzerinden Kurumca kar ılanır. Bu i lem kodlarına koruyucu/önleyici veya büyüme yönlendirici a ız içi ve a ız dı ı aygıt ile yapılan her türlü ortodontik uygulamalar, model yapımı-analizi, foto raflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve di er te his yöntemleri dahildir. Erken ortodontik tedavi kodları 6-14 ya rı arasında tedavilerin tamamlandı mın gösterilmesi ve belgelenmesi halinde ve ortodonti uzmanı/doktoralı hekimleri tarafından yapıldı ı takdirde Kurumumuzca kar ılanır. Erken ortodontik tedavi ba langıç a aması; hastanın hareketli apareylerle ortodontik tedavi planlamasının yapılarak tedavi mekaniklerinin uygulanmaya ba lanmasıdır. Erken ortodontik tedavi biti a aması; uygulanan mekanikler sonrasında tedavinin tamamlanmasıdır. Erken ortodontik tedavi ba langıç a aması ve erken ortodontik tedavi biti a aması arasında en az 3 ay bulunması gerekir.

c) Sınıf I, II, III ve ortognatik cerrahide uygulanan sabit ortodontik tedaviler; SUT eki EK-2/Ç Listesindeki "7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi i lemleri" bölümünde yer alan i lem kodları üzerinden ve tedavilerin tamamlandı mın gösterilmesi ve belgelenmesi halinde, ortodonti uzmanı/doktoralı hekimleri tarafından yapıldı ı takdirde Kurumca kar ılanır. Bu i lem kodlarına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan a ız dı ı aygıt uygulaması, sabit ekspansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedaviler ve peki tirme tedavisi, model yapımı-analizi, foto raflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve di er te his yöntemleri dahildir. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin ba langıç a amaları; hastanın sabit ortodontik tedavi planlamasının yapılarak, tedaviye ve tedavi mekaniklerinin uygulanmaya ba landı ı a amadır. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin tedavi a amaları; ortodontik tedavide uygulanan mekanikler sonrasında sonuçların alınmaya ba landı ı veya belirli bir a maye gelindi i a amadır. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin peki tirme a amaları; ortodontik tedavinin tamamlandı ı a amadır. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin ba langıç a amaları ile tedavi a amaları arasında en az 6 ay süre bulunması gerekir. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin tedavi a amaları ile peki tirme a amaları arasında en az 4 ay süre bulunması gerekir.

e) Yarık dudak- damak veya yarık damak ekillendirme ve ortodontik tedavileri SUT eki EK-2/Ç Listesindeki "7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi i lemleri" bölümünde yer alan "P407342 Yarık Dudak-Damak" veya "Yarık Damak Do um Sonrası ekillendirme Tedavisi", "P407343 Yarık Dudak-Damak" veya "Yarık Damak Karı ık Di lenme Dönemi Ortodontik Tedavisi", "P407344 Yarık Dudak-Damak" veya "Yarık Damak Daimi Di lenme Dönemi Ortodontik Tedavi" i lem kodları üzerinden, yarık dudak-damak veya yarık damak do um sonrası ekillendirme tedavisi 60 ay öncesi, yarık dudak-damak veya yarık damak karı ık di lenme dönemi ortodontik tedavisi 6-12 ya rı arası, yarık dudak-damak veya yarık damak daimi di lenme dönemi ortodontik tedavi 12 ya rı sonrasında üniversitelerin di hekimli i fakültelerinde operasyon öncesi ve sonrası foto raf ile belgelenmesi halinde, ortodonti uzmanı/doktoralı hekimleri tarafından yapıldı ında Kurumca kar ılanır.

#### **2.4.1.A - Kurum ile sözleşmeli/protokollü resmi sa ğlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri**

(1) Kurum ile sözleşmeli/protokollü resmi sa lık kurum ve kurulu larında yapılan di tedavi bedellerinin ödenmesinde SUT eki EK-2/Ç Listesi uygulanacaktır. Protez tedavilerinde ayrıca döküm ve i çilik ücreti ödenmez. Protez ücretlerine her türlü malzeme, döküm ve i çilik ücretleri dâhil oldu undan sa lık kurum veya kurulu larınca temin edilmesi zorunlu olup hastalar tarafından temin edilmesi halinde fatura tutarı hastaya ödenerek sa lık kurum veya kurulu unun alaca ından mahsup edilir. Bu listede yer alan (Mülga: RG- 09/09/2017- 30175/ 3-a md. Yürürlük: 05/07/2017) i lemler, (Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 3 md. Yürürlük: 01/01/2016) 401.051, 401.060, 401.070, 401.080, 401.090, 401.100, 401.110, 401.120, 401.130, 401.135, 401.150 i lem kodları (Mülga: RG- 09/09/2017- 30175/ 3-a md. Yürürlük: 05/07/2017) ve vakıf üniversiteleri hariç olmak üzere üniversitelerin di hekimli i fakültelerinde bulunan SUT eki EK-2/Ç Listesindeki puanlara (Değişik: RG- 18/01/2016- 29597/ 3 md. Yürürlük: 01/01/2016) %10 (Değişik: RG-05/07/2018-30469/ 2 md. Yürürlük: 05/07/2018) %30 %50 oranında ilave edilerek faturalandırılır. (Mülga: RG- 18/01/2016- 29597/ 3 md. Yürürlük: 01/01/2016) Bu oran, SUT eki EK 2/Ç Listesindeki "7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi i lemleri" ba lıklı bölümde yer alan ortodontik tedavi i lemlerinde %20 olarak uygulanır.

#### **2.4.1.B - Kurum ile sözleşmeli/protokollü olmayan sa ğlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri**

##### **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 6 md. Yürürlük: 25/07/2014)**

(1) 5510 sayılı Kanunun 60/e-1, 60/e-3 veya 60/e-9 bentlerinde sayılan ki iler hariç olmak üzere Kurumumuz kapsamındaki di er ki ilerinin özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmeli/protokolü olmayan resmi sa lık hizmeti sunucuları di ünitelerindeki a ız ve di sa lı ı hizmetlerine ili kin tedavi giderlerinin Kurumca kar ılanabilmesi için usulüne uygun sevk ve rapor düzenlenmesi gerekmektedir.

##### **2.4.1.B-1 - Diş tedavileri sevk işlemleri;**

(1) %40 ve üzerinde özürli ki iler hariç olmak üzere kapsamdaki ki ilerinin özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmeli olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di ünitelerinde yapılan di tedavilerinin ödenebilmesi için; Sa ğlık Bakanlı ına ba lı a ız ve di sa lı ı merkezleri (ADSM), a ız ve di sa lı ı hastaneleri, a ız ve di sa lı ı e-itim ve ara tırma hastaneleri tarafından tedavinin sa lanamaması nedeniyle sevk edilmi olmaları zorunludur.

(2) %40 ve üzerinde özürli ki ilerinin özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmeli olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di ünitelerinde yapılan di tedavilerinin ödenebilmesi için özürlilik durumunu belgelendirmek kaydıyla müracaat ettikleri Kurumla sözleşmeli a ız ve di sa lı ı hizmeti verilen sa lık hizmeti sunucularında tedavilerinin sa lanamaması nedeniyle sevk edilmi olmaları zorunludur.



(3) —Ba t a zihinsel özürlü olmak üzere ileti im kurulamayan veya algılama güçlü ü ya anan özürlü ki iler in di tedavileri, sınırlı uyu turma altında gerçekle tirilemiyorsa ve genel anestezi altında müdahale gerekmesi durumunda genel anestezi bedelinin ödenebilmesi için; tedavinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekiminin sorumlulu unda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulundu u genel anestezi ile müdahale birimi olan sa lık hizmeti sunucularında yapıldı mın belgelendirilmesi gerekmektedir.

(4) —14.01.2012 tarihli ve 28173 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sa lık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak düzenlenmi raporun bir örne i düzenlenerek faturaya eklenir.

(5) —Özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di ünitelere yapılacak sevkler, SUT eki EK 2/Ç 2 Listesinde yer alan “Di Tedavileri Sevk Formu” düzenlenmek suretiyle yapılacak olup sevk tarihinden itibaren 10 i günü içerisinde tedaviye ba lanması gerekmektedir. Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için sevk ko ulu aranmaz. Bu hastalar; Sa lık Bakanlığı na ba lı a ız ve di sa lı ı merkezleri (ADSM), a ız ve di sa lı ı hastaneleri, a ız ve di sa lı ı e itim ve ara tırma hastaneleri veya üniversitelerin di hekimli i fakültelerince en az bir ortodonti uzmanının/ortodonti konusunda doktora sahip di hekiminin yer aldı ı üç di hekim tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenmesi halinde özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di ünitelere ba vurabilirler. Tedavinin ba lanaca ı sınırları içerisinde, ortodonti uzmanının/ortodonti konusunda doktora sahip di hekiminin bulunmaması halinde sa lık kurulu üç di hekiminden olu ur. Sa lık kurulu raporunda yapılan tedavinin estetik amaçlı olmadığı ve maloklüzyon tipi açıkça belirtilir. Sa lık kurulu raporunun düzenlendi i tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye ba lanılması gerekmektedir.

(6) —Özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularınca yapılan di tedavileri sonrasında, SUT eki EK 2/Ç 2 Listesinde yer alan “Di Tedavileri Sevk Formu” ve/veya ortodontik tedavilerde SUT eki EK 2/Ç 3 Listesinde yer alan “Taniya Dayalı Ortodontik Tedavi Kontrol Formu”da yer alan tedavinin yapıldı ma dair bölümün di ünitesi bulunan protokollü resmi sa lık hizmeti sunucusunda görevli di hekim tarafından onaylanması gerekmektedir.

#### **2.4.1.B-2- Diş tedavileri ödeme işlemleri**

(1) —SUT eki EK 2/Ç Listesinde yer alan “Di Tedavileri Puan Listesi” nde yer alması ko uluyla özel sa lık hizmeti sunucularında uygulanan ortodontik tedaviler di ndeki a ız ve di sa lı ı hizmetlerinin bedelleri, “A ız Di Sa lı ı Muayene ve Tedavi Ücretleri Rehber Tarifesi” nde yer alan fiyatlar tavan olmak kaydıyla, fatura tutarı üzerinden ödenir. Ancak ödeme tutarı; tedavinin yapıldı ı ilde o i lem için fatura edilen en dü ük fatura tutarını geçemez. En dü ük tutarın SUT eki EK 2/Ç Listesinde yer alan tutardan az olması halinde bu tutar en dü ük tutar hesabında dikkate alınmaz.

(2) SUT eki EK 2/Ç Listesinde yer alması artıyla Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki a ız ve di sa lı ı hizmetleri ücretleri SUT eki EK 2/Ç Listesi üzerinden ödenir.

(3) —Özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucuları di üniterinde uygulanan ortodontik tedavi bedelleri SUT’un 2.4.1(4) fıkrasına göre ödenir.

(4) Ödemelerde; SUT ve eki EK 2/Ç Listesindeki süre ve adet ile ilgili hükümlere uyulur.

(5) —Özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucuları di üniterinde uygulanan protez tedavileri için malzeme dahil döküm ve i çilik ücreti ödenmez.

(6) —Ortodontik tedavi uygulanan ki ilere ait faturaların ödemeleri SUT eki EK 2/Ç 3 Listesinde yer alan formlar üzerinden üç a amada yapılır. Her bir a ama tamamlandı nda tedavi bedelinin 1/3’ü ödenir.

#### **2.4.1.B-3- Diğer hükümler**

(1) —Hastalar, ba vurdukları Kurum ile sözleşmeli a ız ve di sa lı ı hizmeti verilen sa lık hizmeti sunucularınca düzenlenen sevk ili kin belgede ve/veya ortodontik tedaviler için düzenlenen sa lık kurulu raporunda imzası bulunan hekimin kendisinin, birinci derece yakınının veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerine/özel sa lık hizmeti sunucularına sevk edilemezler. Bu e kilde, sevk belgesinde veya sa lık kurulu raporunda onayı bulunan ve tedaviyi sa layan hekimin aynı oldu u veya e i veya ortakları tarafından yapıldı ı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmez.

(2) —SUT eki EK 2/Ç Listesinde (\*) i aretli olan tedaviler ile aynı listenin “7.1 Taniya dayalı ortodontik tedavi i lemleri” ba lıklı bölümünde yer alan tedavilere ait giderlerin kar tlanabilmesi için, tedavinin konularında uzman veya doktora di hekimleri tarafından yapıldı mın belgelendirilmesi gerekmektedir.

#### **2.4.1.B-4- Kurum ile sözleşmeli/protokollü olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri**

(1) 5510 sayılı Kanunun (Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 3-b md. Yürürlük: 29/04/2017) 60/e-1, 60/e-3 veya 60/e-9 60/c-1 veya 60/c-3 bentlerinde sayılan ki iler (Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 6 md. Yürürlük: 01/03/2017) ile 5510 sayılı Kanunun 60 ncı maddesinin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sa lık sigortalısı sayılan ki iler hariç olmak üzere Kurumumuz kapsamındaki di er ki iler in özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucuları di üniterindeki a ız ve di sa lı ı hizmetleri a a ıdaki e kilde yapılacaktır.

#### **2.4.1.B-1 Diş tedavileri uygulama esasları**

(1) %40 ve üzerinde (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 7 md. Yürürlük: 05/09/2016) özürlü engelli ki iler hariç olmak üzere kapsamdaki ki iler in özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di üniterinde yapılan a ız ve di sa lı ı na ili kin tedavileri (ortodonti hariç) Kurumca ödenmez.

(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 3md. Yürürlük: 10/01/2018)

(2) (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 7 md. Yürürlük: 05/09/2016) %40 ve üzerinde özürlü engelli ki iler in özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di üniterinde yapılan di tedavilerinin ödenebilmesi için, özürlülük engellilik durumu belgelendirilmelidir. Bu hastalar; Sa lık Bakanlığı na ba lı a ız ve di sa lı ı merkezleri (ADSM), a ız ve di sa lı ı hastaneleri, a ız ve di sa lı ı e itim ve ara tırma hastaneleri veya üniversitelerin di hekimli i fakültelerince üç di hekim tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di ünitelere ba vurabilirler. Sa lık kurulu raporunda, yapılacak a ız ve di sa lı ı na ili kin tedaviler açıkça belirtilmelidir. (Ek: RG- 01/10/2014- 29136/2 a md.

**Yürürlük: 01/10/2014)** A ız ve Di muayeneleri yapılamayan hastalarda bu durum sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir. **Sa lık kurulu raporunun düzenlendi i tarihten itibaren (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 2 a md. Yürürlük: 01/10/2014) 10 gün 10 i günü (raporun alındı ı gün dahil) içinde tedaviye ba lanması gerekmektedir.**

(2) %40 ve üzerinde engelli ki ilerin özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di üniterinde yapılan di tedavilerinin ödenebilmesi için, engellilik durumu belgelendirilmelidir. Bu hastalar; Sa lık Bakanlığı na ba lı a ız ve di sa lı ı merkezleri (ADSM), a ız ve di sa lı ı hastaneleri, a ız ve di sa lı ı e itim ve ara tırma hastaneleri veya üniversitelerin di hekimli i fakültelerince muayene yapan hekim tarafından sa lık raporu düzenlenmesi halinde, özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di ünitelere ba vurabilirler. Sa lık raporunda, yapılacak a ız ve di sa lı ma ili kin tedaviler açıkça belirtilmelidir. Engellilik durumu nedeni ile a ız ve di muayeneleri yapılamayan hastalarda bu durum sa lık raporunda belirtilmelidir. Sa lık raporunun düzenlendi i tarihten itibaren 10 i günü (raporun alındı ı gün dahil) içinde tedaviye ba lanması gerekmektedir.

(3) **(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 2-b md. Yürürlük: 01/10/2014)** Ba ta zihinsel özürle olmak üzere ileti im kurulamayan veya algılama güçlü ü ya anan özürle ki ilerin di tedavileri, sınırlı uyu turma altında gerçekleştirilemiyorsa ve genel anestezi altında müdahale gerekmesi durumunda genel anestezi bedelinin ödenebilmesi için; tedavinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekiminin sorumlulu unda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulundu u genel anestezi ile müdahale birimi olan sa lık hizmeti sunucularında yapıldı ının belgelendirilmesi gerekmektedir. **(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 7 md. Yürürlük: 05/09/2016)** Ba ta zihinsel özürle engelli olmak üzere ileti im kurulamayan veya algılama güçlü ü ya anan özürle engelli ki ilerin di tedavileri, sınırlı uyu turma altında gerçekleştirilemiyorsa ve genel anestezi veya sedo-analjezi altında müdahale gerekmesi durumunda genel anestezi veya sedo-analjezi bedelinin ödenebilmesi için; tedavinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekiminin sorumlulu unda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulundu u genel anestezi ile müdahale birimi olan **(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 3 md. Yürürlük: 05/08/2015)** sa lık hizmeti sunucularında ADSM, tıp merkezleri ve hastanelerin ameliyathane ve genel anestezi üniterinde yapıldı ının belgelendirilmesi gerekmektedir.

(4) 14.01.2012 tarihli ve 28173 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sa lık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak düzenlenmi raporun bir örne i faturaya eklenir.

(5) **(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 2-c md. Yürürlük: 01/10/2014)** Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar; Sa lık Bakanlığı na ba lı a ız ve di sa lı ı merkezleri (ADSM), a ız ve di sa lı ı hastaneleri, a ız ve di sa lı ı e itim ve ara tırma hastaneleri veya üniversitelerin di hekimli i fakültelerince en az bir ortodonti uzmanının/ortodonti konusunda doktora sahip di hekiminin yer aldı ı üç di hekim tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di ünitelere ba vurabilirler. Tedavinin ba lanca ı il sınırları içerisinde, ortodonti uzmanının/ortodonti konusunda doktora sahip di hekiminin bulunmaması halinde sa lık kurulu üç di hekiminden oluşur. Sa lık kurulu raporunda yapılan tedavinin estetik amaçlı olmadığı ve maloklüzyon tipi açıkça belirtilir. Sa lık kurulu raporunun düzenlendi i tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye ba lanması gerekmektedir. Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar; Sa lık Bakanlığı na ba lı a ız ve di sa lı ı merkezleri (ADSM), a ız ve di sa lı ı hastaneleri, a ız ve di sa lı ı e itim ve ara tırma hastaneleri veya üniversitelerin di hekimli i fakültelerince üç di hekim tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularındaki di ünitelere ba vurabilirler. Sa lık kurulu raporunda yapılan tedavinin estetik amaçlı olmadığı ve maloklüzyon tipi açıkça belirtilir. Sa lık kurulu raporunun düzenlendi i tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye ba lanması gerekmektedir.

(6) Özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularınca yapılan di tedavileri sonrasında, SUT eki EK-2/Ç-2 Listesinde yer alan “Di Tedavileri Kontrol Formu” ve/veya ortodontik tedavilerde SUT eki EK-2/Ç-3 Listesinde yer alan “Tanıya Dayalı Ortodontik Tedavi Kontrol Formu”nda yer alan tedavinin yapıldı ına dair bölümün di ünitesi bulunan protokollü resmi sa lık hizmeti sunucusunda görevli di hekim tarafından onaylanması gerekmektedir.

#### **2.4.1.B-2- Diş tedavileri ödeme işlemleri**

(1) Özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti sunucularından, %40 ve üzeri **(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 8 md. Yürürlük: 05/09/2016)** özürle engelli hastalara verilen a ız ve di sa lı ı hizmetlerinin ücretleri SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alması artıyla, SUT eki EK-2/Ç Listesi üzerinden ödenir.

(2) Özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti sunucuları di üniterinde uygulanan ortodontik tedavi bedelleri SUT’un 2.4.1(4) fıkrasına göre ödenir.

(3) Ödemelerde; SUT ve eki EK-2/Ç Listesindeki süre ve adet ile ilgili hükümlere uyulur.

(4) Özel sa lık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti sunucuları di üniterinde %40 ve üzeri **(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 8 md. Yürürlük: 05/09/2016)** özürle engelli hastalara verilen a ız ve di sa lı ı hizmetleri kapsamında uygulanan protez tedavileri için malzeme dahil döküm ve i çilik ücreti ödenmez.

(5) Ortodontik tedavi uygulanan ki ilere ait faturaların ödemeleri SUT eki EK-2/Ç-3 Listesinde yer alan formlar üzerinden üç a amada yapılır. Her bir a ama tamamlandı ında tedavi bedelinin 1/3’ü ödenir.

#### **2.4.1.B-3- Diğer hükümler**

(1) Hastalar, ba vurdukları Kurum ile sözleşme olmayan resmi sa lık hizmeti verilen sa lık hizmeti sunucularınca a ız ve di sa lı ı tedavileri için düzenlenen sa lık kurulu raporunda ve/veya ortodontik tedaviler için düzenlenen sa lık kurulu raporunda imzası bulunan hekimin kendisinin, birinci derece yakınının veya bunların ortaklarının özel

muayenehanelerince/özel sağlık hizmeti sunucularınca tedavi edilemezler. Bu şekilde, sağlık kurulu raporlarında onayı bulunan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya e ili veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmez.

(2) SUT eki EK-2/Ç Listesinde (\*) ile retli olan tedaviler ile aynı listenin “7.1 Taniya dayalı ortodontik tedavi işlemleri” başlıklı bölümünde yer alan tedavilere ait giderlerin karılanabilmesi için, tedavinin konularında uzman veya doktora di hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

#### **2.4.2 - Organ, doku ve kök hücre nakli tedavileri**

##### **2.4.2.A - Organ ve doku nakli**

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere organ veya doku nakline gerek görülmesi halinde, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, A lanması ve Nakli Hakkında Kanun hükümleri dikkate alınmak artıyla, organ veya doku nakli tedavilerine ili kin giderler ile verici durumundaki kişilerin bu tedaviye ili kin giderleri Kurum tarafından kar ılanır.

(2) **(Mülga: RG- 18/02/2017- 29983/ 5 md. Yürürlük: 01/03/2017)** Kurumca sağlık yardımları kar ılanmayan kişiler durumundaki kişilere, kapsam bölümünde yer alan kişilerin organ veya doku vericisi olması halinde bu işlemlere ait bedeller kar ılanmaz.

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

(4) Yurt içinde organın bulunması halinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ili kin gidi -dönü için nakliye/transfer masrafları SUT’un 2.6 maddesi doğrultusunda Kurumca kar ılanır.

(5) Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezince bildirilen her bir kadavra donör için donörü temin eden sağlık kurumuna SUT eki EK-2/C Listesinde “P911146” kodu ile yer alan “Kadavra donör temini” bedeli kar ılanır. Söz konusu bedele kadavra organ alımı işlemleri dâhildir.

(6) Herhangi bir diyaliz yöntemiyle tedavisinin mümkün olmadığı (damar yolu giri i olmayan, periton diyalizi uygulanamayan vb.) Kurumla sözle meli/protokollü üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurulu raporu ile belirlenen hastalar hariç olmak üzere, ABO kan grubu uyumsuz böbrek nakline ili kin giderler Kurumca kar ılanmaz. ABO uyumsuz böbrek nakli yapılacak hastalara uygulanacak aferez işlemi ve bu işlemde kullanılacak tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılmaz.

##### **2.4.2.B - Kök hücre nakli tedavileri**

###### **2.4.2.B-1 - Kemik iliği nakli**

(1) Kemik iliği nakli tedavilerinde; hastaların anne, baba, karde ve çocuklarından, HLA doku grubu uyumlu verici bulmak amacıyla yapılan doku uyumluluk testlerinin giderleri (moleküler veya serolojik testler) ile bu adaylar arasından uygun vericisi bulunamayan hastaların 30 adayı geçmemek üzere HLA doku grubu belirleme testlerinin giderleri, Kurum tarafından kar ılanır. Bu testlerin sonuçları Sağlık Bakanlığıınca belirlenen formatta kemik iliği doku bilgi bankalarına iletilir.

(2) Birinci fıkrada tanımlanmış olan tarama sonucu uygun verici bulunamadığı takdirde; Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan “Kemik iliği Doku Bilgi Bankaları Listesi”nde yer alan yurt içindeki kemik iliği doku bilgi bankalarının, öncelikle yurt içi verici kaynakları taranacak olup tarama sonucu uygunluk gösteren kemik iliği verici adayları bulunamaması durumunda, yurtdışı verici kaynaklarının taranmasına da başlanabilecektir.

(3) Kemik iliği doku bilgi bankalarının birinci ama işlemlerin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “705.090” ve “705.110” işlemler kodları üzerinden, adres, serolojik yöntem doku tipi doğrultusunda ve onay alma işlemlerinin “705.100” ve “705.120” işlemler kodları üzerinden faturalandırılması gerekmektedir.

(4) Yurt içi ön taramalarda belirlenen verici adaylarının, Sağlık Bakanlığıınca ruhsatlandırılmış ve çalışması izni verilmiş doku tiplene laboratuvarlarında yapılan yüksek çözünürlük DNA testi ile HLA doku grubu doğrultusunda testleri giderleri, toplam 25 adayı geçmemek üzere Kurum tarafından kar ılanır.

(5) Akrabadışı kemik iliği vericisinin ülkemizde bulunması halinde **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 7 md. Yürürlük: 25/07/2014)** “Yurt içi kemik iliği temini /kordon kanı temini” bedeli, SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden kemik iliği doku bilgi bankasına fatura kar ılı fatura bedelini amaç üzere kar ılanır.

(6) Tedavisi için kemik iliği nakli gereken ve yurt içinde uygun vericisi bulunmadığı ülkemizdeki kemik iliği doku bilgi bankalarının rapor edilen hastalar için, yurtdışındaki kemik iliği bankaları aracılığı ile en az 7/8 doku tipi uyumu gösteren (HLA A, B, C, DR) kan örnekleri (bir defada en fazla 10, toplamda 25 kişi geçmemek üzere) beklemeden ilgili yurt içi doku bankası tarafından gerekçesi veya aciliyeti belgelendirilmek kaydıyla yurtdışı laboratuvarlarında veya yurda getirtilerek Sağlık Bakanlığıınca ruhsatlandırılmış ve çalışması izni verilmiş doku tiplene laboratuvarlarında yüksek çözünürlükte DNA yöntemi ile HLA doku grubu analizine (doğrulama testine) tabi tutulur. Bu testlerin bedelleri Kurum tarafından kar ılanır.

(7) Uluslararası kemik iliği bankalarından yapılan taramalarda uyumlu verici adayları bulunamayan veya acil nakil gereken hastalar için hastaya nakil yapacak merkez ve hastanın hekimi onaylıyorsa, en az 4/6 doku uyumu gösteren kordon kanı aratılır ve uygun bulunursa getirtilir.

(8) Nakil için kullanılacak ürünün ülkemize getirilmesi işlemleri, yurt içi doku bankasının kendisi tarafından; mevcut seçenekler (yurt içi - yurtdışı doku bankası kuryesi, uluslararası kurye firmaları) ve ekonomik koşullar dikkate alınarak yürütülür. Bu konu ile ilgili gerekli belgeleri istenildiğinde sunmak üzere temin eder.

(9) Kemik iliğinin Türkiye’deki nakil merkezine getirilme masrafları, Amerika Kıtası ve Avustralya Kıtası için 4.500 (dörtbinbe yüz) Euro kar ılı TL’sını, diğer ülkeler için 2.000 (ikibin) Euro kar ılı TL’sını, kordon kanının taşıma tankı ile nakil merkezine getirilme ve tankın geri iletilme masrafları 5.000 (be bin) Euro kar ılı TL’sını geçmemek artıyla fatura kar ılı Kurumca ödenir. Masraflara; yurtdışı birimi ile yapılacak organizasyon işlemleri (telefon, faks vb.), kemik iliği bankası kuryesince taşınması (vize, uçak bileti vb.)ve konaklama bedeli dâhildir. Bankanın kuryesinin olmadığı durumlarda kemik iliği/kordon kanı Türkiye’deki nakil merkezine yabancı ülkenin kuryesi tarafından getirtilir.

(10) Yurtdışından kemik iliği/kordon kanı getirilme sürecinde, yurtdışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kan örneği getirilme ve transferlerin bedeli, kök hücre toplanması, yurtdışı doku bankası tarafından hastaya ve vericiye başlı nedenlerle kök hücre toplanmasının durdurulmasında ortaya çıkan “işlem iptal bedeli”,

toplantı olan kemik iliğinin hastaya bazı sebeplerle uygulanmasının ertelenmesi durumunda “erteleme ücreti”, kordon kanı saklama bedeli (2 yıla kadar) gibi ilavelerin her biri için Dünya Kemik İliği Vericileri Birliğine (WMDA) üye bankalar tarafından her doku bankasına farklı olarak belirlenebilen ücretler ile aktivasyon ücreti, Kurumca (İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi tarafından) yurt dışı veya yurt içi kemik iliği doku bilgi bankasına avans şeklinde ya da yurt dışı ilgili banka hesaplarına havale edilerek ödenir. Ayrıca fatura düzenlenmiş ise ki iye ödenir. **(Ek: RG-04/02/2018- 30322/ 9 md. Yürürlük: 15/02/2018)** ahiş ödemelerinde, faturaya ve ödemeye ait banka dekontunda belirtilen tutar, fatura/dekont tarihindeki Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Yurt içi kemik iliği doku bilgi bankası bu konu ile ilgili gerekli belgeleri (fatura, kimlik, sigorta bilgileri, epikriz, konsey kararı, sağlık kurulu raporu, arama formları vb.) istenildiğinde sunmak üzere temin eder.

(11) Kemik iliği nakli (hematopoietik kök hücre nakli) tedavisi, Sağlık Bakanlığıınca ruhsatlandırılmış ve çalışması izni almış kemik iliği nakli merkezlerinde uygulanır. Kemik iliği nakli tedavisi bedelleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan “Kemik İliği Nakli” başlığı altındaki ilim puanları esas alınarak Kurumca karulanır.

**(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 7 md. Yürürlük: 25/07/2014)**

(12) 1/5/2013 tarihinden önceki SUT kuralları gereği Kurumumuzca karulanamayan yurt dışındaki kemik iliği bankaları aracılığı ile yapılan kemik iliği/kordon kanı tarama ve teminine ilişkin fatura bedelleri yukarıdaki hükümler doğrultusunda Kurumca karulanır.

#### **2.4.2.B-2 - Mezenkimal kök hücre (MKH)**

(1) Sağlık hizmeti sunucularınca;

a) Allojenik kemik iliği nakli planlanan hastalarda yüksek GVHD gelişme riski,

b) Allojenik kemik iliği nakli yapılan hastalarda steroid dirençli GVHD gelişmesi,

olgularında yapılan mezenkimal kök hücre nakli tedavi bedeli, söz konusu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve düzenlenen raporun Sağlık Bakanlığı tarafından her hasta için ayrı ayrı onaylanarak mezenkimal kök hücre nakli uygulamasına izin verilmesi halinde Kurumca karulanır.

(2) Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu, Sağlık Bakanlığıınca ruhsatlandırılmış ve çalışması izni almış kemik iliği nakli merkezlerinin bulunduğu sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek ve söz konusu tedavi bu merkezlerde uygulanabilecektir.

(3) “Mezenkimal kök hücre nakli (mezenkimal kök hücre üretimi dahil)” ilimi SUT eki EK-2/B Listesinde “704.981” kodu ile yer almakta olup söz konusu ilim bedelinin faturalandırılabilmesi için mezenkimal kök hücre üretiminin Sağlık Bakanlığı tarafından Kök Hücre Üretim Merkezi olarak tanımlanan merkezlerde yapılmış olması şarttır.

(4) **(Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 7 md. Yürürlük: 18/03/2014)** Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi kemik iliği nakil bedellerine dâhil olmayıp ayrıca faturalandırılabilir. Ancak mezenkimal kök hücre nakli, allojenik kemik iliği nakli sonrası 60 gün içerisinde uygulandırtakdirde kemik iliği nakli bedeline ilave olarak sadece SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “704.981” numaralı ilim bedeli faturalandırılabilir. Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi kemik iliği nakil bedellerine dâhil olmayıp ayrıca faturalandırılabilir. Ancak mezenkimal kök hücre nakli, allojenik kemik iliği nakli sonrası 90 gün içerisinde uygulandırtakdirde kemik iliği nakli bedeline dahil olup, ayrıca faturalandırılmayacaktır.

#### **2.4.3 - Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri**

**2.4.3-A -** Sağlık Bakanlığı “Geni letilmiş Bağımlı İklama Programı” kapsamına dahil olmayan ağı bedelleri; kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünyüpresif tedaviye bazı olarak bağımlı durumları olumsuz etkilediği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağı seyrettiği yüksek riskli kişiler bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden karulanır.

**(Değişik : RG- 26/11/2016- 29900/ 6 md. Yürürlük: 29/11/2016)**

**2.4.3-B -** Grip ağı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakım evi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immünyüpresif 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 karulanır.

**2.4.3-B-** Grip ağı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakım evi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immünyüpresif tedavi alanlar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını/gebelik durumunu belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce **(Ek:RG- 10/05/2018-30417/ 1md. Yürürlük:18/05/2018)** her Eylül ilâ ubat dönemleri içerisinde reçete edildiğinde **(Mülga:RG- 10/05/2018-30417/ 1md. Yürürlük:18/05/2018)** yılda bir defaya mahsus olmak üzere karulanır.

**2.4.3-C -** Pnömonokok ağı bedeli (polisakkarit); iki yağı üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular, orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünyüpresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dahil tedavileri veya hastalıklarına bazı immünyüpresiflik ve immünyü baskılanma durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendrom, kronik kalp hastalıkları, astım dahil kronik akciğer hastalıkları, siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları, diyabet 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 karulanır. 65 yaş ve üzerindeki kişilere rapor aranmaksızın beş yılda bir defa olmak üzere bedelleri ödenir.

**2.4.3-D -** Hepatit A ağı bedeli; Kronik karaciğer hastalığı olan veya pihtılaşma faktörü konsantrasyonu alan ve Hepatit A seronegatif olan; 1 yağı üzeri çocuklar ve erişkinlerde, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde en fazla yılda iki kez karulanır.

**2.4.3-E -** Genetik hastalıkların prenatal tanısı için yapılan tetkikler.

#### 2.4.3-F - Sünnet.

#### 2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri

##### 2.4.4.A - ESWL metodu ile yapılacak taş kırılma tedavileri

(1) Böbrek ve üreter ta larından kaynaklanan rahatsızlıklarının ESWL yöntemi ile yapılacak ta kırılma tedavileri için gerekli olan uzman hekim raporu, üroloji veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince düzenlenecektir. Düzenlenen rapor 6 ay süreyle geçerli olup en fazla 3 seans için kabul edilir.

(2) Radyolojik veya sonografik bulgular dikkate alınarak düzenlenecek rapordaki kırılacak ta ın sayısı ve "mm" cinsinden boyutları mutlaka gösterilecektir.

(3) ESWL tedavisi, SUT eki EK-2/C Listesi puanlar esas alınarak faturalandırılır. Altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı taraf böbrek ve/veya üreterdeki ta için toplam üç seanstan fazlasına ödeme yapılmayacaktır. İkinci ve üçüncü seanslar için radyolojik veya sonografik bulgulara ait belgeler fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Tedavi sonucunu ve ilave tedavi gerekip gerekmedi ini bildirir rapor ilgili hekim tarafından düzenlenir. Düzenlenen raporun aslı hasta dosyasında kalmak üzere bir örne i hastaya verilir.

##### 2.4.4.B - Hiperbarik oksijen tedavisi

(1) Hiperbarik oksijen tedavisi bedelleri, bünyesinde hiperbarik oksijen tedavi merkezi bulunan Kurumla sözleşmeli/protokollü resmi sa lık kurumunda veya "Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sa lık Kurulları Hakkında Yönetmelik" kapsamında faaliyet sürdüren Kurumla sözleşmeli özel merkezlerde yapılması halinde Kurumca kar ılanır.

(2) Acil durumlar hariç olmak üzere HBO tedavisi için, ikinci veya üçüncü basamak sa lık kurumları tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenecektir. (Mülga: RG- 18/06/2016- 29746/ 6 md. Yürürlük: 01/06/2016) Ancak resmi sa lık kurumu bünyesinde sualtı hekimli i ve hiperbarik tıp ile hava ve uzay hekimli i uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu da geçerli olacaktır. Uzman hekim raporunda/sa lık kurulu raporunda; tanı ile uygulanması istenilen seans sayısı yer alacaktır.

(3) Raporda belirtilen seans sayısı, SUT eki "Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulama Listesi" nde (EK-2/D-3) belirtilen " İlk sevkte seans sayısı" sütununda yer alan seans sayısını geçemez. Ancak, bu seans sayılarını a an seanslarda tedavinin devamının gerekmesi halinde, SUT eki EK-2/D-3 Listesinde belirtilen "Maksimum toplam seans sayısı" sütunundaki seans sayıları a ılmamak kaydıyla, ikinci bir sa lık kurulu raporu düzenlenecektir. Maksimum toplam seans sayısı; aynı tanı ve aynı lokalizasyonda (ba , gövde, sol alt ekstremitte, sol üst ekstremitte, sa alt ekstremitte, sa üst ekstremitte) bir yıl için geçerlidir. Sekestrektomi, minör amputasyon, majör amputasyon durumu yeni vaka gibi de erlendirilir. Dördüncü fıkrada sayılan acil durumlar ve ani i itme kaybı için maksimum toplam seans sayısı; her bir atak (vaka) için geçerlidir.

(4) Acil durumlarda (dekompresyon hastalı ı, hava veya gaz embolisi, karbon monoksit veya siyanit zehirlenmesi, anoksik/hipoksik ensefalopati, akut duman inhalasyonu, gazlı gangren, kompartman sendromu, santral retinal arter tıkanıklı ı ve nekrotizan yumu ak doku enfeksiyonunda) bu durumun sevk eden veya hiperbarik oksijen tedavisini yapan hekim tarafından imzalanmı bir belge ile belgelendirilmesi artıyla sa lık kurulu raporu aranmaz. Ancak acil durumlar için " İlk sevkte seans sayısı" sütununda yer alan seans sayılarının a ılması halinde bu maddenin ikinci fıkrasında yer alan hükümler do rultusunda rapor düzenlenecektir.

(5) Tedavi basıncı hastanın durumuna göre tedavinin yapıldı ı merkezin uzman hekimi tarafından belirlenecektir.

(6) HBO tedavisine raporun düzenlenme tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde ba lanmalıdır. Tedaviye ba ladıktan sonra tedavinin yapıldı ı merkez in uzman hekiminin onayı ile tedaviye bir defada kesintisiz en fazla yedi (Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 6 md. Yürürlük: 01/03/2017) gün- i günü ara verilebilir. Tedaviye 7 (Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 6 md. Yürürlük: 01/03/2017) günden- i gününden daha uzun süre kesintisiz ara verilmesi halinde maksimum seans sayısı dikkate alınarak bu maddenin ikinci fıkrasında yer alan hükümler do rultusunda yeni rapor düzenlenecektir.

(7) Bir hasta için günde en fazla bir seans HBO uygulaması bedeli Kurumca kar ılanır. Ancak ani i itme kaybı ve acil hastalarda, tedavinin ba ladı ı gün dâhil en fazla 7 gün boyunca günde birden fazla seans HBO uygulaması bedeli Kurumca kar ılanır.

(8) Ani i itme kaybı tedavisi için düzenlenen raporda; ani i itme kaybının son 30 gün içinde odyolojik test ile tespit edildi ine ili kin bilginin yer alması gerekmektedir. 20 nci seans sonunda saf ses ortalamasında 20 dB'lik bir düzelme yoksa tedavi bedelleri daha sonraki seanslar için ödenmez.

(9) Santral retinal arter tıkanıklı ında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben 5 gün içinde HBO tedavisine ba lanmı olması gerekmektedir.

(10) Hipoksik/anoksik ensefalopati tanısında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben ilk 5 gün içinde HBO tedavisine ba lanmı olması gerekmektedir.

(11) HBO seans süresi tekli basınç odasında en az 90 dakika, çoklu basınç odasında en az 2 saat olarak kabul edilir.

(12) HBO tedavi bedelleri sadece SUT eki EK-2/D-3 Listesinde belirtilen endikasyonlar ve ICD-10 tanı kodları dikkate alınarak SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca kar ılanır.

(13) Trafik kazası sonrası gerekli görülen HBO uygulamalarında SUT eki EK-2/D-3 Listesindeki seans sayısı sınırlamaları dikkate alınmaz.

##### 2.4.4.C - Stereotaktik radyocerrahi ve stereotaktik radyoterapi

(1) Kurumca radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi bedellerinin kar ılanabilmesi için; cyberknife tedavisinde radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu, gammaknife tedavisinde en az 2 beyin cerrahi ve en az 1 radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavinin; lokal tedavi endikasyonu bulunan cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan, a a ıda sıralanan olgularda uygulanması halinde bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılır.

(3) Stereotaktik radyocerrahi ve stereotaktik radyoterapi i lem bedeli ödenecek hastalıklar;

a) ntrakranial benign, malign lezyonlar,

- b) Ba boyun tümörleri,
- c) Primer akci er veya primeri kontrol altında 1-3 akci er metastazi,
- ç) Primer karaci er veya primeri kontrol altında 1-3 karaci er metastazi,
- d) Primer spinal veya primeri kontrol altında 1-3 spinal metastazi,
- e) Pankreas tümörü,
- f) Retroperitoneal tümörler,
- g) Prostat kanseri (T1,T2; Gleason 7; PSA<20 olmalı),  
) Primeri kontrol altında ve 1-3 beyin metastazi.

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

(5) Hastanın müracaat ettiği 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 bedeli faturalandırılmaz.

#### 2.4.4.Ç - Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi

(1) Ekstrakorporeal fotoferez tedavi bedellerinin ödenebilmesi için; üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucuları tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. **(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 3-a md. Yürürlük: 28/12/2018) Kemik ili i/Organ Nakil Merkezi ve Terapötik Aferez Merkezi ruhsatı olan ikinci basamak sa lık hizmeti sunucuları ise sadece; Graft Versus Host Hastalığı ve solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akci er, böbrek nakillerinde) için sa lık kurulu raporu düzenleyebilir.**

- (2) Ekstrakorporeal fotoferez tedavisinin;
  - a) Kutanöz T hücreli lenfomalarda,
  - b) Graft Versus Host Hastalığı,
  - c) Sezary Sendromu,
  - ç) Pemfigus Vulgaris,
  - d) Psöriasis,
  - e) Solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akci er, böbrek nakillerinde), nedeniyle uygulanması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) Sa lık Kurulu raporunda uygulanacak tedavi programı ve süresi ayrıntılı olarak belirtilecek ve Sa lık Bakanlı ı “Aferez-Fotoferez Danı ma Komisyonu”nun uygun görü ü alınacaktır.

(4) Kutanöz T hücreli lenfoma ve bunun alt grupları olan Mikozis Fungoides, Sezary sendromu endikasyonlarında hastanın ilk 6 aylık tedavisi için Sa lık Bakanlı ı Aferez-Fotoferez Danı ma Komisyonunun uygun görü üne gerek yoktur.

(5) Ayakta veya yatarak tedavi gören hastalara uygulanan her bir seans ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “704.941” kod numaralı **(Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 3-b md. Yürürlük: 28/12/2018) ve veya “704.940” kod numaralı i lemler üzerinden sa lık kurumlarınca faturalandırılır ve bedelleri Kurumca kar ılanır. SUT eki EK-2/B Listesi “704.941” kod numaralı “Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi” i lem puanına, tedavide kullanılan i lem kiti, fistül i nesi, fotoferez tedavisi endikasyonu olan metoksipsoralen, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, eri im katateri **(Ek:RG- 28/12/2018-30639/3-b md. Yürürlük: 28/12/2018), her türlü tıbbi malzeme, i lem ve ilaçlar dâhildir.****

(6) Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi en fazla 6 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.

#### 2.4.4.D - Diyaliz tedavileri

##### 2.4.4.D-1 - Hemodiyaliz tedavileri

(1) Kronik böbrek yetmezli i tanıısı konulan ve diyaliz tedavisi alması gerekti i eri kin/çocuk nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelendirilen diyaliz hastaları, bu tedavilerini, SUT’ta belirlenen usul ve esaslara uyulmak suretiyle sözleşme/protokollü resmi sa lık kurumlarında veya 18.06.2010 tarih ve 27615 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak açılan Kurumla sözleşme/özelleştirilmiş diyaliz merkezlerinde yaptırabilirler. Hemodiyaliz raporları, hastanın bulunduğu ilde nefroloji uzmanı bulunmaması durumunda sertifikalı uzman tabip tarafından da düzenlenebilir. Daha önce düzenlenen ve düzenlendi i tarih itibarıyla uygulamada olan SUT’a uygun sa lık raporları geçerlidir. Akut böbrek yetmezli i tanısıyla yapılan diyaliz i lemlerinde hekim raporu aranmaz.

(2) Hemodiyaliz tedavileri, “Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik” ve Sa lık Bakanlı ının konu ile ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

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

(4) Hemodiyaliz uygulamasına yönelik raporlar süre belirtilmeden ayrı düzenlenecek, raporlarda süre belirtilmi ise bu süreler dikkate alınmayacaktır. Ancak öngörülen seans sayısının de i mesi durumunda yeniden rapor düzenlenecektir.

(5) Hastanın raporda belirlenmi haftalık seans sayısının altında tedavi görmesi gerekti inin hemodiyaliz sorumlu uzman hekimi tarafından uygun görülmesi durumunda 3 ay süreyi geçmemek kaydıyla hemodiyaliz tedavileri, gerekçesi ayrıca belirtilecek suretiyle sa lanabilecek olup, bu sürenin devamı halinde rapor yenilenecektir.

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

(7) Kronik böbrek yetmezli i için yapılan hemodiyaliz tedavi giderleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan i lem puanı üzerinden faturalandırılır. **(Mülga:RG- 28/12/2018-30639/4 md. Yürürlük: 01/10/2018) (Ek: RG-14/07/2016-29770/ 5 md. Yürürlük: 25/07/2016) —Sa lık hizmeti sunucusunca bir faturalandırma döneminde verilen toplam hemodiyaliz tedavilerinden 700 seansa kadar verilen hemodiyaliz tedavileri SUT eki EK-2/C Listesi “P704230” i lem kodundan, 701 seans**

ve üzeri hemodiyaliz tedavileri SUT eki EK-2/C Listesi "P704234" i lem kodundan faturalandırılır. (Değişik: RG- 14/07/2016-29770/ 5 md. Yürürlük: 25/07/2016) Akut böbrek yetmezli i tanısıyla hemodiyaliz tedavisi görmesi gerekti ine dair rapor düzenlenmeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri de SUT eki EK-2/C Listesi "P704230" i lem kodundan faturalandırılır. Böbrek yetmezli i tanısıyla acil hemodiyaliz tedavisi görmesi gerekti ine dair rapor düzenlenmeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri de SUT eki EK-2/C Listesi "P704210" i lem kodundan faturalandırılır.

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

(9) Özel diyaliz merkezlerinde sa lık raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek diyaliz tedavi bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(10) Hemodiyaliz tedavisinin her bir seansı; tıbbi zorunluluklar hariç olmak üzere en az 4 saat olarak uygulanır.

(11) Hemodiyaliz tedavisi süresince, "Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik"te belirtilen tetkikler, hemodiyaliz uygulaması sırasında ortaya çıkan acil durumda yapılması gereken di er tetkikler ile gerekti inde ve özellik gösteren hastalara daha sık yapılan tetkiklerin tümü (Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 7 md. Yürürlük: 05/04/2017) ve seans sırasında geli en komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar ve gündüz yatak ücreti fiyata dâhil olup ayrıca faturalandırılmayacaktır. Tetkikleri yaptırılmayan hastaların diyaliz tedavilerine ait ücretleri ödenmez.

#### **2.4.4.D-1-1 - Ev hemodiyalizi**

(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 10 md. Yürürlük: 15/02/2018)

~~(1) Ev hemodiyalizi için gerekli sa lık kurulu raporu en az bir nefroloji uzmanının yer aldığı sa lık kurulları tarafından düzenlenecektir.~~

(1) Ev hemodiyalizi için gerekli uzman hekim raporu, ev hemodiyalizi uygulama izni olan merkezin eri kin/çocuk nefroloji uzman hekim tarafından düzenlenir.

(2) Ev hemodiyalizi tedavileri, "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" ve Sa lık Bakanlı ının konu ile ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

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

(4) Ev hemodiyalizi tedavisine yönelik raporlar süre belirtilmeden ayrı düzenlenecek, rapordaki süre belirtilmi ise bu süreler dikkate alınmayacaktır. Ancak öngörülen seans sayısının de i mesi durumunda yeniden rapor düzenlenecektir.

(5) Hasta tarafından "Ev Diyalizi Aylık Diyaliz Tutana ı" doldurulacaktır.

(6) Kronik böbrek yetmezli i için yapılan ev hemodiyaliz tedavi giderleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan "ev hemodiyalizi" puanı esas alınarak faturalandırılır. SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bedele dâhil oldu u belirtilen tüm sa lık hizmetlerinin, hastanın takip ve tedavisini yapan merkez tarafından sa lanması zorunludur.

(7) Ev hemodiyalizi için hastanın evine diyaliz merkezi tarafından kurulmu olan cihaz bedelleri ile cihaza ait bakım, onarım ve yedek parçalarının bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(8) Diyaliz merkezlerince sa lanan ev hemodiyalizi tedavilerinde, sa lık (Mülga: RG-21/03/2018-30367/ 4 md. Yürürlük:15/02/2018) kurulu raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek hemodiyaliz tedavi bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

#### **2.4.4.D-2 - Periton diyalizi**

(1) Böbrek yetmezli i için yapılan periton diyalizi, hemofiltrasyon ve plazmaferez giderleri ile bunlara ait tetkik ve tahlil giderleri ve diyalize ili kin di er tedaviler, hizmet ba ı ödeme yöntemi esas alınarak kar ılanır.

##### **2.4.4.D-2-1 - Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD)**

(1) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) için gerekli uzman hekim raporu eri kin/çocuk nefroloji uzman hekim tarafından düzenlenecek olup, daha önce düzenlenen ve düzenlendi i tarih itibariyle uygulamada olan SUT'a uygun sa lık raporları geçerlidir. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda "izleme" bedeli eri kin hastalarda ayda en fazla 2 defa, çocuk hastalarda ayda en fazla 3 defa, periton diyalizi de i im sıvısı bedeli ise, raporda periton bo lu u hacmi için uygun solüsyonun maksimum miktarı hacim olarak mililitre cinsinden belirtilerek, aletsiz periton diyalizi uygulamalarında standart veya biyouyumlu solüsyonlar için ayda maksimum 150 adet torba, olacak ekilde kar ılanır. (Aminoasit içerikli ile isodextrin içerikli solüsyonlar günde en fazla 1defa kar ılanır.)

(2) Yatan hastalarda bu artlar aranmaz.

(3) SAPD tedavisi görmekte olan hastanın ek hemodiyaliz tedavisi görmesi gerekti i takdirde, hemodiyaliz tedavisi resmi sa lık kurumu bünyesindeki hemodiyaliz merkezlerinde sa lanacaktır.

##### **2.4.4.D-2-2 - Aletli periton diyalizi (APD)**

(1) Kapsamdaki ki ilerinin; aletli periton diyalizi tedavilerine yönelik sa lık kurulu raporları, bünyesinde periton diyalizi ünitesi bulunan sa lık kurumu sa lık kurulları tarafından düzenlenecektir. Kurulda nefroloji uzman hekiminin yer alması zorunludur.

(2) APD cihaz bedelleri ve cihaza ait bakım, onarım ve yedek parçalarının bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(3) APD tedavisi görmekte olan hastanın ek hemodiyaliz tedavisi görmesi gerekti i takdirde, hemodiyaliz tedavisi resmi sa lık kurumu bünyesindeki hemodiyaliz merkezlerinde sa lanacaktır.

#### **2.4.4.E - İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişimler**

(1) İnvaziv kardiyolojik tetkik ve giri im öncesinde hastaya yapılan tetkiklerin sonuçları, yapılan giri ime ait rapor ile elektronik görüntü kaydı ve elektrofizyolojik çalı ma-ablasyon traseleri hastaya verilmelidir.

(2) Anjiyografi ile aynı seansta perkütan koroner giri im (PTCA ve/veya stent), trombektomi yapılması halinde PTCA ve/veya stent i leminin tamamı, koroner anjiyografi i leminin ise %25'i SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılır.

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

(4) Anjiyografi ve perkütan koroner girişim için, işlemi yapan sağlık kurumunda görevli ilgili hekim sayısı alınarak her bir hekim için günlük en fazla 15 (Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 8 md. Yürürlük: 05/04/2017) hastaya yapılan işlem bedeli karılandırılır.

#### 2.4.4.F - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri

##### 2.4.4.F-1 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon sağlık raporlarının (uzman hekim /sağlık kurulu) düzenlenmesi (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2014)

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının Kurumca bedelinin karılandırılması için;

a) 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince,

b) SUT eki "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tanı Listesi" nde (EK-2/D-2) (\*) i aretli (bölge/seans kontrolüne tabi olmayan) tanılarda 30 seans sonrası devam edilecek tedaviler için;

1) 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca), (EK:RG- 25/07/2014-29071 / 8 md. Yürürlük: 01/09/2014) ancak SUT eki EK-2/D-2 Listesinde "G80 kodu ile yer alan tanılarda ise; 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) resmi sağlık kurumu sağlık kurulunca,

2) 60 seans üzeri olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca,

sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Düzenlenen raporda ayrıntılı hastalık hikâyesi dışında SUT eki EK-2/D-2 Listesinde A ve B grubunda yer alan hastalıklar için; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşlemlerine Yönelik Değerlendirme Ölçekleri" esas alınarak mevcut hastalığa ve komplikasyonlarına uygun ayrıntılı muayene ve değerlendirme sonuçları belirtilecektir. 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda tedavinin devamının gerekliliğine dair gerekçeler ayrıca belirtilecektir. Raporun sonuç bölümünde elde edilen değerlendirme ve muayene bulgularına uygun olarak, tanı ve tanıya ilişkin ICD-10 kodları ile hastanın kaç seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına ihtiyacı olduğu ve uygulanacak bölge yazılacaktır.

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının Kurumca bedelinin karılandırılması için;

a) 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince,

b) SUT eki "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tanı Listesi" nde (EK-2/D-2) (Ek: RG- 30/04/2016- 29699/ 3 md. Yürürlük: 30/04/2016) G80 ve (\*) i aretli (bölge kontrolüne tabi olmayan) tanılarda 30 seans sonrası devam edilecek tedaviler için;

1) 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca),

2) 60 seans üzeri olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca,

sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Düzenlenen raporda ayrıntılı hastalık hikâyesi dışında SUT eki EK-2/D-2 Listesinde A ve B grubunda yer alan hastalıklar için; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşlemlerine Yönelik Değerlendirme Ölçekleri" esas alınarak mevcut hastalığa ve komplikasyonlarına uygun ayrıntılı muayene ve değerlendirme sonuçları belirtilecektir. 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda tedavinin devamının gerekliliğine dair gerekçeler ayrıca belirtilecektir. Raporun sonuç bölümünde elde edilen değerlendirme ve muayene bulgularına uygun olarak, tanı ve tanıya ilişkin ICD-10 kodları ile hastanın kaç seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına ihtiyacı olduğu ve uygulanacak bölge yazılacaktır.

##### 2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması

(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 4 md. Yürürlük: 01/10/2014)

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin Kurumca faturalandırılabilmesi için SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sağlık raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Ayakta veya yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapılacak hastalarda, hastanın tedaviye girdiği kurumun fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini tarafından belirlenecek tedavi ayrıntıları (elektrotterapi uygulamaları, egzersiz çeşitleri, masaj, manipülasyon uygulamaları, ortez-protez uygulamaları ve eğitim, konum terapi uygulamaları, iğne-uygulama terapisi uygulamaları vb. gibi tedavi uygulamaları; bu tedavilerin süreleri, dozları ve sayıları, uygulanan vücut bölgeleri gibi), hazırlanacak tedavi çizelgesine yazılarak fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimince kaelenip imzalanacaktır.

(3) (EK:RG- 25/07/2014-29071 / 9 md. Yürürlük: 01/09/2014) 3713 sayılı Kanuna göre aylık baılanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 nci maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık baılanmışlar ile



3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi bakımının yardımı ve desteği olmaksızın ya da amaç için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulleri hariç olmak üzere SUT eki EK 2/D 2 Listesinde “G81.0, G81.1, G81.9, G82.0, G82.1, G82.2, G82.3, G82.4, G82.5, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1” ICD-10 kodları ile yer alan hastalıklarda, tanı ile ilgili düzenlenen ilk sa-lık raporu tarihinden itibaren üç yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon i-lem bedelleri Kurumca kar-ılanacaktır. Bu sürelerin bitiminden sonra meydana gelen hastalık ili-kin geç komplikasyonlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının faturalandırılabilmesi için, üçüncü basamak sa-lık kurumu sa-lık kurullarınca en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sa-lık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sa-lık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sa-lık kurulu raporu düzenlenmesi ve tedavilerin üçüncü basamak sa-lık kurumlarınca yapılması gerekmektedir.

(4) Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında bir hastaya günde en fazla bir seans, yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise aynı bölge için bir seans fizik tedavi ve rehabilitasyon i-lemi bedeli Kurumca kar-ılanır.

(5) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon i-lemine ait bedeller Kurumca kar-ılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sa-lık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sa-lık raporu sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-6(2) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sa-lık raporu sayıları da hesaba katılır. Ancak SUT eki EK 2/D 2 Listesinde (\*) i-aretli tanılarda bölge ve seans kontrolü yapılmaz. Ekstremitelerdeki sa- ve sol bölgeler ayrı bölge olarak de-erlendirilir.

(6) SUT eki EK 2/D 2 Listesinde (\*) i-aretli tanılar hariç olmak üzere bir bölge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon i-lemine ait bedeller Kurumca kar-ılanır. SUT eki EK 2/D 2 Listesinde (\*) i-aretli tanılarda ise 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon i-lemine ait bedeller de Kurumca kar-ılanabilecek olup farklı zamanlarda aynı tanı ile aynı bölgeye uygulanan tedaviler devam eden tedavi olarak de-erlendirilerek ilk 30 seansın sonra uygulanacak tedaviler için SUT’un 2.4.4.F-1(1)b bendinde belirtilen sa-lık kurulu raporu düzenlenecektir.

(7) SUT eki EK 2/B Listesindeki “7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” baş-lığı altında yer alan “De-erlendirmeler” alt baş-lığındaki i-lemeler hariç olmak üzere, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sa-lık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 (on be-) gün içerisinde tedaviye baş-lanması kaydıyla SUT eki EK 2/D 2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınarak SUT eki EK 2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak bedelleri Kurumca kar-ılanır. (SUT eki EK 2/A 1 Listesinde E4 kodu ile yer alan hastanelerce, SUT eki EK 2/C Listesinde belirlenen puana %35 ilave edilerek faturalandırılır.) Sa-lık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye baş-lanmaması halinde hastaya yeni sa-lık raporu düzenlenecektir. Ancak hastaya sadece SUT eki EK 2/B listesinde “7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” baş-lığı altında yer alan “De-erlendirmeler” alt baş-lığındaki i-lemelerin yapılması halinde tedavi, hizmet baş-ına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

(8) EK 2/D 2 Listesinde (\*) i-aretli tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları hariç olmak üzere sa-lık raporunda belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına, tedaviye baş-landıktan sonra 5 i- gününden fazla ara verilmesi halinde ara verildikten sonra yeni bir sa-lık raporu düzenlenmedikçe uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon i-lemleri Kurumca kar-ılanmaz. Ara verilmeden önce uygulanan tedavi, bölge ve seans kontrolünde dikkate alınır.

(9) Yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sa-lık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi), SUT hükümlerine uyulmak ko-uluyla “hizmet baş-ına ödeme yöntemi” ile faturalandırıldı-ında Kurumca kar-ılanır.

(10) Trafik kazası sonrası gerekli görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının süre, seans ve bölge kontrollerinde, trafik kazası ile ili-kili olmayan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları dikkate alınmaz.

**(EK:RG-25/07/2014-29071/9 md. Yürürlük: 01/09/2014)**

(11) SUT eki EK 2/D 2 Listesinde “G80 kodu ile yer alan tanılarda; 31-60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının resmi sa-lık hizmeti sunucularında ya da nöroloji, ortopedi uzmanlarının olduğu özel sa-lık hizmeti sunucularında yapılması, 60 seans üzeri fizik tedavi uygulamalarının da resmi sa-lık kurumlarında yapılması gerekmektedir.

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon i-lemlerinin Kuruma faturalandırılabilmesi için SUT’un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sa-lık raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Ayakta veya yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapılacak hastalarda, hastanın tedaviye girdi-i kurumun fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından belirlenecek tedavi ayrıntıları (elektroterapi uygulamaları, egzersiz çe-itleri, masaj, manipülasyon uygulamaları, ortez-protez uygulamaları ve e-itimi, konu- ma terapisi uygulamaları, i- u- ra-ı terapisi uygulamaları vb. gibi tedavi uygulamaları; bu tedavilerin süreleri, dozları ve sayıları, uygulanan vücut bölgeleri gibi), hazırlanacak tedavi çizelgesine yazılarak fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimince ka-elenip imzalanacaktır.

(3) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bakım maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 ncı maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bakım alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi bakımının yardımı ve desteği olmaksızın ya da amaç için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan hastalarda SUT’un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan raporlara göre fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar-ılanır. **(Ek: RG-18/02/2015-29271/1 md. Yürürlük: 18/02/2015)** Ancak bölge seans kontrolüne tabi fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon i-lemlerinden daha fazla tedavi gereken durumlarda, bu ki-ilerin fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Türk Silahlı Kuvvetleri ve Sa-lık Bakanlığı’na baş-lık sa-lık hizmeti sunucularında görevli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince 30’ar seanslık rapor düzenlenmesi ve tedavinin raporun düzenlendi-i sa-lık hizmeti sunucularınca yapılması halinde Kurumca kar-ılanır.

**(Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 4-a md. Yürürlük: 30/04/2016)**

(3) 3713 sayılı Kanuna göre aylık ba lanmı maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandı ı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanununun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık ba lananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi ba kasının yardımı ve deste i olmaksızın ya amak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastaların **(Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 4 md. Yürürlük: 09/09/2017) ve genel sa lık sigortalısı ile bakmakla yükümlü oldu u ki ilerden** 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi atı , tatbikat veya di er ate li silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerine, 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan ki ilerinde tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinle inceye kadar geçen süre içerisinde yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır. Bu ki ilere SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tüm tanılarda bölge kontrolü olmaksızın, 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince, 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldı ı (sa lık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sa lık kurulu bu hekimler tarafından olu turulacaktır) sa lık kurumu sa lık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sa lık kurulunca) düzenlenen rapora istinaden, 60 seanstan daha fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları gereken durumlarda ise **(Mülga: RG-07/10/2016- 29850/ 6-a md. Yürürlük: 18/10/2016)Fırık Silahlı Kuvvetleri ile Sa lık Bakanlı ı'na ba lı sa lık hizmeti sunucularında ve üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularında görevli en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldı ı (sa lık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sa lık kurulu bu hekimler tarafından olu turulacaktır) sa lık kurumu sa lık kurulunca 30'ar seanslık rapor düzenlenmesi ko ulu ile tüm sa lık hizmeti sunucularında uygulanması halinde Kurumca kar ılanır.**

(4) Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında bir hastaya günde en fazla bir seans, yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise aynı bölge için bir seans fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemi bedeli Kurumca kar ılanır.

(5) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemlerine ait bedeller Kurumca kar ılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sa lık raporu düzenlenebilir. **(Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 6-b md. Yürürlük: 18/10/2016)** Bölge, seans ve sa lık raporu sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F 6(2) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sa lık raporu sayıları da hesaba katılır. Ekstremitelerdeki sa ve sol bölgeler ayrı bölge olarak de erlendirilir. Ancak SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) i aretli tanılarda ve G80 kodlu tanılarda bölge kontrolü yapılmaz.

(6) **(Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 5 md. Yürürlük: 01/01/2015)** SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) i aretli tanılar hariç olmak üzere bir bölge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemlerine ait bedeller Kurumca kar ılanır. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) i aretli tanılarda ise SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sa lık raporuna istinaden tedavinin ba ladı ı tarih itibariyle bir yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır, devam eden yıllarda; her yıl için SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinin a bendi ile b bendinin 1 inci alt bendinde belirtilen sa lık raporuna istinaden sadece 0-30 ve 31-60 seans uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır. 61 seans sonrası tedaviler ise; SUT'un 2.4.4.F-1(1)b bendinin 2 numaralı alt bendinde belirtilen rapora istinaden 3. Basamak sa lık hizmeti sunucusunca uygulanması halinde Kurumca kar ılanır. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) i aretli tanılar hariç olmak üzere bir bölge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemlerine ait bedeller Kurumca kar ılanır. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) i aretli tanılarda ise SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sa lık raporuna istinaden tedavinin ba ladı ı **(Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 5 md. Yürürlük: 28/12/2018) tarih** ilk rapor tarihi itibariyle bir yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır, **(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 5 md. Yürürlük: 28/12/2018)** tedavinin ba ladı ı ilk rapor tarihi baz alınmak suretiyle devam eden yıllarda; her yıl için SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinin (a) bendi ile (b) bendinin 1 inci alt bendinde belirtilen sa lık raporuna istinaden sadece 0-30 ve 31-60 seans uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır. 61 seans sonrası tedaviler ise; SUT'un 2.4.4.F-1(1)(b) bendinin 2 numaralı alt bendinde belirtilen rapora istinaden 3. Basamak sa lık hizmeti sunucusunca uygulanması halinde Kurumca kar ılanır. Ancak 61 seans sonrası tedavilerin Sa lık Bakanlı ı'na ba lı sa lık hizmeti sunucularınca verilmesi halinde; en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldı ı (sa lık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sa lık kurulu bu hekimler tarafından olu turulacaktır) Sa lık Bakanlı ı sa lık hizmeti sunucularınca sa lık kurulu raporu düzenlenmesi kaydıyla verilen tedaviler Kurumca kar ılanır.

(7) SUT eki EK-2/B Listesindeki "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" ba lı ı altında yer alan **(Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 6 md. Yürürlük: 25/07/2016)** "De erlendirmeler" alt ba lı ı ndaki i lemler hariç olmak üzere, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sa lık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 (on be ) gün içerisinde tedaviye ba lanmı olması kaydıyla SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak bedelleri Kurumca kar ılanır. **(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 7 md. Yürürlük: 29/06/2016)** (SUT eki EK-2/A-1 Listesinde E4 kodu ile yer alan hastanelerde, SUT eki EK-2/C Listesinde belirlenen puana %35 ilave edilerek faturalandırılır.) **(Mülga:RG- 05/07/2018-30469/ 3 md. Yürürlük: 05/07/2018)** SUT eki EK-2/A-1 Listesinde **(Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 7 md. Yürürlük: 07/12/2016)** U1 ve U3 U kodu ile yer alan hastanelerde, SUT eki EK-2/C Listesinde P915033 kodlu "Fizik tedavi ve rehabilitasyon A Grubu" ile P915032 kodlu "Fizik tedavi ve rehabilitasyon B Grubu" i lemleri için belirlenen puanlara %35 ilave edilerek faturalandırılır. Sa lık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye ba lanamaması halinde hastaya yeni sa lık raporu düzenlenecektir. Ancak hastaya sadece SUT eki EK-2/B listesinde "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" ba lı ı altında yer alan "De erlendirmeler" alt ba lı ı ndaki i lemlerin yapılması halinde tedavi, hizmet ba ı ödemeye yöntemi ile faturalandırılır. **(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 2 md. Yürürlük: 04/09/2019)** Aynı ba lik altında yer alan 702430 kodlu Pulmoner rehabilitasyon i leminin gö üs hastalıkları uzman hekimleri, 702500 kodlu Yutkunma

rehabilitasyon i leminin KBB uzman hekimleri tarafından yapılması durumunda verilen bu hizmetler hizmet ba ı ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

(8) EK-2/D-2 Listesinde (**Ek: RG- 30/04/2016- 29699/ 4-b md. Yürürlük: 30/04/2016**) G80 ve (\*) i aretli tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları hariç olmak üzere sa ık raporunda belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına, tedaviye ba lanıldıktan sonra 5 i gününden fazla ara verilmesi halinde ara verildikten sonra yeni bir sa ık raporu düzenlenmedikçe uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemleri Kurumca kar ılanmaz. Ara verilmeden önce uygulanan tedavi, bölge ve seans kontrolünde dikkate alınır.

(9) Yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dı ndaki sa ık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi), SUT hükümlerine uyulmak ko uluyla "hizmet ba ına ödeme yöntemi" ile faturalandırıldı nda Kurumca kar ılanır.

(10) Trafik kazası sonrası gerekli görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının süre, seans ve bölge kontrollerinde, trafik kazası ile ili kili olmayan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları dikkate alınmaz.

(11) (**Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 5 md. Yürürlük: 01/01/2015**) SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 kodu ile yer alan tanılarda;

16 ya ından küçük (16 ya ı dahil) olan hastalarda, 2.4.4.F.1 maddesinde belirtilen raporlara istinaden yıl içerisinde en fazla 90 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır.

16 ya ından büyük olan hastalarda, 2.4.4.F.1 (1) fıkrasının a bendinde belirtilen rapora istinaden yılda en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır.

Ayrıca G80 kodu ile yer alan tanılarda mobilitenin korunmasının sa lanması ya da gerçekleştirilmesi amacıyla cerrahi giri im veya botulismus toksini uygulandı ı takdirde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldı ı (sa ık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sa ık kurulu bu hekimler tarafından olu turulacaktır) üçüncü basamak sa ık kurumu sa ık kurulunca düzenlenen rapora istinaden ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır. **SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 kodu ile yer alan tanılarda;**

a) 2.4.4.F.1 maddesinde belirtilen raporlara istinaden (**Ek:RG-30/04/2016-29699/4 e md. Yürürlük: 30/04/2016**) tedavinin ba ladı ı tarih itibarıyla yıl içerisinde en fazla 90 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır. (**Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 6-c md. Yürürlük: 18/10/2016**) 2.4.4.F.1 maddesinde belirtilen raporlara istinaden tedavinin ba ladı ı ilk rapor tarihi baz alınmak suretiyle devam eden yıllarda da her yıl için en fazla 90 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır. Ancak, 16 ya ından büyük olan hastalarda 31-60 seans ve 61-90 seansa kadar olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları resmi sa ık hizmeti sunucusunca uygulanması halinde Kurumca kar ılanır, ancak 61 seans sonrası tedavilerin Sa ık Bakanlı ı'na ba lı sa ık hizmeti sunucularınca verilmesi halinde; en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldı ı (sa ık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sa ık kurulu bu hekimler tarafından olu turulacaktır) Sa ık Bakanlı ı sa ık hizmeti sunucularınca sa ık kurulu raporu düzenlenmesi kaydıyla verilen tedaviler Kurumca kar ılanır.

b) Ayrıca G80 kodu ile yer alan tanılarda mobilitenin korunmasının sa lanması ya da gerçekleştirilmesi amacıyla cerrahi giri im veya botulismus toksini uygulandı ı takdirde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldı ı (sa ık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sa ık kurulu bu hekimler tarafından olu turulacaktır) üçüncü basamak sa ık kurumu sa ık kurulunca düzenlenen rapora istinaden ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca kar ılanır.

#### **2.4.4.F-3 - Kurumla sözleşmeli özel sağık hizmeti sunucularında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları**

(1) Özel sa ık kurumlarınca yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemlerinde SUT'un 2.4.4.F-1 ve 2.4.4.F-2 madde hükümleri ile birlikte a ıda belirtilen düzenlemelere de uyulacaktır.

a) Özel sa ık hizmet sunucularınca yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (**Ek: RG-18/02/2015- 29271/ 2 md. Yürürlük: 18/02/2015**) G80 ve (\*) i aretli tanılarda (**Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 9md. Yürürlük: 24/07/2016**) (D) grubu hariç di er tanılarda yapılan uygulamalar Kuruma fatura edilebilir. Bu tedaviler bir yıl içerisinde 60 seansı geçemez. (**Ek: RG- 30/04/2016- 29699/ 5 md. Yürürlük: 11/05/2016**) Ancak 3713 sayılı Kanuna göre aylık ba lanımı maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandı ı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık ba lananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi ba kasının yardımı ve deste i olmaksızın ya amak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastalara, (**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 11-a md. Yürürlük: 15/02/2018**) ve genel sa ık sigortalısı ile bakmakta yükümlü oldu u ki ilerden 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi atı , tatbikat veya di er ate li silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerine, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan ki ilere tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinle inceye kadar geçen süre içerisinde SUT'un 2.4.4.F-2 maddesinin üçüncü fıkrasında tanımlanan raporlara istinaden (\*) i aretli tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ise seans kısıtlaması olmaksızın Kuruma fatura edilebilir.

b) Uygulamalar fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini tarafından veya bu uzman hekimlerin (**Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 5 md. Yürürlük: 20/09/2017**) gözetiminde sorumlulu unda yapılır.

c) Fizik tedavi ve rehabilitasyon seansları en az 60 dakika olarak uygulanır. Ancak tıbbi nedenlerle fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasının belirtilen süreden daha önce sona ermesi halinde, gerekçesinin Kurumca kabul edilmesi durumunda tedavi puanının %50'si ödenir.

(**Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 8 md. Yürürlük: 01/04/2014**)

(**Değişik: RG- 10/04/2014- 28968/ 3 md. Yürürlük: 18/03/2014**)

4) c) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon branşında ayaktan başvurulara özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırları acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 48'i geçemez.

(Ek: RG- 30/10/2015- 29517/ 1 md. Yürürlük: 30/10/2015)

d) (Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 5 md. Yürürlük: 11/05/2016) Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında görev yapan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri için günlük en fazla sekiz saat üzerinden fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması Kuruma fatura edilir. Günlük en fazla sekiz saat üzerinden Kuruma fatura edilebilecek fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması birden fazla sağlık hizmeti sunucusunda çalışan hekim için de geçerlidir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini ve bir fizyoterapist için (A) grubundaki i lemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki i lemlerden günlük toplam en fazla on iki hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini için (C) grubundaki i lemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki i lemlerden ise günlük toplam en fazla altı dört hastanın i lemi Kuruma fatura edilir. Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında gerçekleştirilecek olan günlük muayene sayısı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısına dahil değildir. Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında, Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında görev yapan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri için günlük en fazla sekiz saat üzerinden fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması Kuruma fatura edilir. Günlük en fazla sekiz saat üzerinden Kuruma fatura edilebilecek fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması birden fazla sağlık hizmeti sunucusunda çalışan hekim için de geçerlidir. (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 10 md. Yürürlük: 05/09/2016) Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini ve bir fizyoterapist için (A) grubundaki i lemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki i lemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini için ilave olarak (C) grubundaki i lemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki i lemlerden ise günlük toplam en fazla altı dört hastanın i lemi Kuruma fatura edilir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini ve bir fizyoterapist için; (A) grubundaki i lemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki i lemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini ve iki fizyoterapist için; (A) ve (B) grubundaki i lemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın i lemi Kuruma fatura edilir. (Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 10 md. Yürürlük: 05/09/2016) Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini için ilave olarak (C) grubundaki i lemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki i lemlerden ise günlük toplam en fazla altı dört hastanın i lemi Kuruma fatura edilir. Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında gerçekleştirilecek olan günlük muayene sayısı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısına dahil değildir. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan (Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 11-b md. Yürürlük: 15/02/2018) G80 ve (\*) i aretli (D) grubu hariç diğer tanılarda verilen yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise bu hasta sayıları dikkate alınmaz.

#### 2.4.4.F-4 - Ekstrakorporeal şok dalgası (ESWT) tedavisi

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

(2) ESWT tedavisi, sadece epin calcanei, plantar fasiit, epikondilit ve kalsifik tendinit tanılarında uygulanması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) ESWT tedavisi SUT eki EK-2/C Listesi esas alınarak kar ılanır. (Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 12 md. Yürürlük: 15/02/2018) Bir hasta için bir yıl içinde farklı vücut bölgelerinden olmak artıyla iki kez, aynı bölgeden bir kez olmak üzere uygulanan ESWT i lemlerine ait bedeller Kurumca kar ılanır. Bir hasta için bir yıl içinde en fazla 2 farklı vücut bölgesine uygulanan ESWT i lemlerine ait bedeller Kurumca kar ılanır. (Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 12 md. Yürürlük: 15/02/2018) Bir bölge için en fazla 5 seansa kadar i lem bedeli ödenir. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bölge olarak değerlendirilir. (Ek: RG- 09/09/2017- 30175/ 6 md. Yürürlük: 20/09/2017) 2.4.4.F-2(5) fıkrasında belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavileri için uygulanan, sağlık raporu sayısı, bölge, seans kontrolleri hesaba katılmaz.

(4) ESWT i lemi diğer fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemleri ile birlikte faturalandırılmaz.

#### 2.4.4.F-5 - Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları

(1) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması için gereken sağlık kurulu raporu, üçüncü basamak sağlık kurumlarında fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin katıldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir.

(2) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan (\*\*) i aretli ICD-10 kodlarındaki tanılarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır.

(4) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması i lemi diğer fizik tedavi ve rehabilitasyon i lemleri ile birlikte faturalandırılmaz.

(5) Bir hasta için bir yılda en fazla 30 seans uygulanabilir. Her bir robotik rehabilitasyon sistemi için günlük en fazla 15 hasta faturalandırılabilir. (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 10 md. Yürürlük: 25/07/2014) Özel sağlık hizmet sunucularında ise en fazla 8 hasta faturalandırılabilir.

(Mülga: RG- 25/08/2016- 29812/ 11 md. Yürürlük: 24/07/2016)

#### 2.4.4.F-6 - Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamaları

(1) Resmi sağlık kurumlarında görevli; spor hekimlerince sunulan spor hekimliği uygulamalarının bedelinin Kurumca kar ılanabilmesi için bu hekimler tarafından, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince sunulan tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamalarının Kurumca bedelinin kar ılanabilmesi için bu uzman hekimler tarafından sağlık raporu düzenlenmesi gereklidir. Düzenlenecek raporda uygulanacak tedavi ve tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına ait bedeller Kurumca kar ılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık raporu sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-2(5) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır.

(3) Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tanımlarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları SUT eki EK-2/C Listesindeki "P915030" kodlu işlem puanı esas alınarak faturalandırılır.

**(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/7 md. Yürürlük: 20/09/2017)**

#### **2.4.4.F-6 - Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamaları**

(1) Resmi sağlık kurumlarında görevli; spor hekimlerince sunulan spor hekimliği uygulamalarının bedelinin Kurumca karılanabilmesi için bu hekimler tarafından, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince sunulan tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamalarının Kurumca bedelinin karılanabilmesi için bu uzman hekimler tarafından sağlık raporu düzenlenmesi gereklidir. Düzenlenecek raporda uygulanacak tedavi ve tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına ait bedeller Kurumca karılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık raporu sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-2(5) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır.

(3) Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tanımlarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları SUT eki EK-2/C Listesindeki "P915030" kodlu işlem puanı esas alınarak faturalandırılır.

#### **2.4.4.G - Genetik tetkikler**

##### **2.4.4.G-1 - Sitogenetik tetkikler**

(1) SUT eki EK-2/B Listesinde "9.B Sitogenetik tetkikler" başlığı altında yer alan sitogenetik tetkik bedellerinin faturalandırılması için; yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapor ile analiz görüntülü sonuçlarının orjinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orjinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü de içeren tirip de kimliği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.

##### **2.4.4.G-2 - Moleküler tetkikler**

(1) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 3 md. Yürürlük: 01/05/2013)** SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözlü meli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ile bünyesinde, Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izni belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. **(Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 6 md. Yürürlük: 01/05/2013)** SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözlü meli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca Genetik Tanı Merkezinde yapılması halinde ve bünyesinde Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izni belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözlü meli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ile bünyesinde Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izni belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. Ancak; preimplantasyon genetik tetkikler, prenatal genetik tetkikler, hematolojik maligniteler, organ ve doku nakli merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında transplantasyon yapılacak alıcı ve verici adayları için bu tetkikler aranmaz. Adli veya tıbbi endikasyonlara bağlı zorunluluklar dışında kiminin kendi isteği üzerine bağılı olarak yaptırılan DNA testleri Kurumca hiçbir şekilde ödenmez. Yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren ayrıntılı rapor ile analiz görüntülü sonuçlarının orjinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orjinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü de içeren tirip de kimliği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.

##### **2.4.4.G - Kardiyak risk puanlaması**

(1) SUT eki EK-2/C Listesinde P605.680'den P605.840'a, **(Değişik: RG- 10/04/2014- 28968/ 4 md. Yürürlük: 10/04/2014)** P605.890 P605.910'dan P605.970'e, P604.560'dan P605.050'ye kadar olan kodlu işlemlerin bedelleri, aşağıda belirtilen "Kardiyak Risk Puanlaması" kriterlerine göre düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak hasta hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda risk puanı belirtilmek suretiyle;

- Düşük risk grubuna, SUT eki EK-2/C Listesinde ilgili kodlar için belirtilen bedellerin %10 eksisi,
- Orta risk grubuna listede ilgili kodlar için belirtilen bedellerin tamamı,
- Yüksek risk grubuna ise listede ilgili kodlar için belirtilen bedellerin %15 fazlası, üzerinden karılanır.

(2) Sözlü meli/protokollü sağlık kurumları, risk puanlamasına esas teşkil eden bilgi ve belgeleri hasta dosyasında saklamak zorundadır.

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER			PUAN
1	Yaş	60- 65 Ya :1, 66-70 Ya :2, 71 Ya ve ya üstü:3	
2	Cinsiyet	Kadın	1
3	Kronik akciğer hastalığı	1. Solunum fonksiyon testinde hava yolu darlığı bulunması (F1/FVC %70'in altında)	1
		ve/veya	
		2. Azalmış akciğer hacmi: FVC: %80'in altında + F1/FVC:%70'in üstünde	
4	Ekstrakardiyak arteriopati	%50'nin üzerinde karotis lezyonu, geçirilmiş veya kalp ameliyatı sonrasında planlanan abdominal aorta, karotis ya da 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	Kardiyopulmoner canlandırma ile ameliyata alınan hasta ve/veya ABP takılması olarak ameliyata alınması	3
10	Diabetes Mellitus	nsüline bağımlı Diabetes Mellitus varlığı	2
<b>KARDİYAK FAKTÖRLER</b>			
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
<b>OPERASYONLA İLGİLİ FAKTÖRLER</b>			
14	Torasik aorta cerrahisi	Asendan, arkus ya da desendan aort patolojilerine girişim	4
15	Post MI VSD	Ekokardiyografi ve/veya kateterizasyon sırasında tanılması	5

Beklenen Mortalite (Lojistik skor):

TOPLAM Risk Puanı:

Düşük Risk: 0-3 puan

Orta Risk: 4-6 puan

Yüksek risk: 7 ve üzeri puan

#### 2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi

(1) Resmî ve özel sağlık kurumları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşıması gereken diğer özellikleri v.b. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır. (Ek: RG- 30/04/2016-29699/ 6 md. Yürürlük: 30/04/2016) (Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 7 md. Yürürlük: 18/10/2016) Türk Silahlı Kuvvetleri'ne bağlı sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere, (Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 4 md. Yürürlük: 01/01/2016) Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir nedenle seviyelendirilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler birinci basamak yoğun bakım fiyatından faturalandırılır. Tescil edilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler ise faturalandırılmaz.

(2) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. (Mülga: RG- 21/04/2015- 29333/ 5 md. Yürürlük: 01/05/2015) Yoğun bakım tedavisi uygulanmayan günlerde verilen sağlık hizmetleri, hizmet bedeli ödeme yöntemiyle faturalandırılabilir. Yoğun bakım tedavisi sürmekte iken; EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu ile ilgili uygulanması durumunda ilgili lemin yapıldığı gün, tanıya dayalı yoğun bakım puanı faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan ilgili lemin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan ilgili lemin puanı ile tanıya dayalı ilgili lemlerde ayrıca faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılabilir. D ve E grubu ile ilgili lemler yoğun bakım bedellerine dâhil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(3) Anestezi sonrası bakım hizmetleri (PACU) için yoğun bakım bedelleri faturalandırılmaz.

(4) Yo un bakımdaki hastalara uygulanan **(Ek:RG-10/05/2018-30417/ 2 md. Yürürlük:18/05/2018)** sürekli hemodiyalizasyon/hemofiltrasyon, plazmaferez tedavileri, prematüre retinopatisinde lazer tedavisi **(Ek: RG- 21/04/2015-29333/ 6 md. Yürürlük: 01/05 /2015)**, terapötik hipotermi tedavisi SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan i lem puanı ve o i leme ili kin **(Mülga:RG-10/05/2018- 30417/ 2 md. Yürürlük:18/05/2018)** ayrıca faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri ile hemodiyaliz tedavisi SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan i lem puanı üzerinden ayrıca faturalandırılabilir.

**(Ek: RG-08/06/2017-30090/ 2-a md. Yürürlük:19/06/2017)**

(5) “Trombositüspansiyonu” (705440,705441,705442,705443 kodlu i lemler) ve “aferez trombosit” bedelleri ile aferez trombosit i lemne ili kin SUT’ta belirtilen faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri de ayrıca faturalandırılabilir.

(6) Türkiye Halk Sa lı ı Kurumu (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Ba kanlı ı) tarafından temin edilen Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B ve E), **(Ek: RG-08/06/2017-30090/2-b md. Yürürlük:18/01/2016)** Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B, C, D, E, F, G ), ATC kodu “B01AC, B01AD, R07AA” olan ilaçların parenteral formları ile immüsuprese veya immün yetmezli i olan hastalarda ATC kodu “J02AA, J02AC, J02AX **(Ek:RG-08/06/2017-30090/2-c md. Yürürlük:14/03/2016)** ,V03AB34 ” olan ilaçların parenteral formları, ayrıca faturalandırılabilir.

(7) Aynı sa lık kurumunda aynı gün birden fazla basamakta yo un bakım tedavisi gören hasta için bir yo un bakım bedeli faturalandırılabilir. Hastanın genel durumu itibarıyla bulundu u basamaktan farklı bir basama a geçmesi durumunda, geli meler hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda belirtilmelidir.

(8) Yo un bakımda yatan hastanın, yatt ı ilk gün ile vefat etti i veya yo un bakımdan çıkarıldı ı gün ya da ba ka bir sa lık hizmeti sunucunun yo un bakım servisine sevk edildi i gün verilen sa lık hizmetleri, hizmet ba ına ödeme yöntemiyle faturalandırılır.

**(Ek: RG-08/06/2017-30090/ 2-ç md. Yürürlük:19/06/2017)**

(9) Yo un bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinden faturalandırıldı ında kan ürünleri i lem puanına dahildir **(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 3-a md. Yürürlük: 04/09/2019)**

#### **2.4.4.1 - Fakomülsifikasyon (FAKO) işlemleri**

##### **2.4.4.1 - Göz hastalıkları branşına ait işlemler**

(1) Kurumla sözle meli özel sa lık hizmeti sunucuları, FAKO i lemi uygulayacakları hastalar için planlanan i lem tarihini, en az 2 gün öncesinde Kurum bilgi i lem sistemi üzerine kaydedeceklerdir. Kurum bilgi i lem sistemi üzerinde gerekli düzenlemeler yapıncaya kadar bu hüküm uygulanmaz.

**(Mülga: RG- 05/07/2018-30469/ 4 md. Yürürlük: 05/07/2018)**

(2) **(Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 7 md. Yürürlük: 01/08/2013)** SUT eki EK 2/C Listesindeki “P617340” kodlu i lem, üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca i lem puanına %35 ilave edilerek faturalandırılır. **SUT eki EK 2/C Listesindeki “P617340” kodlu i lem, üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca i lem puanına **(Değişik: RG-12/11/2013-28819/ 4 md. Yürürlük: 12/11/2013)** %25-%30 ilave edilerek faturalandırılır.**

**(Ek: RG- 01/08/2013- 28725/ 7 md. Yürürlük: 01/08/2013)**

(3) **(Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 5 md. Yürürlük: 01/10/2014 )** SUT eki EK 2/B Listesindeki “617340”, “617341”, “617342” kodlu, EK 2/C Listesindeki “P617340”, “P617341”, “P617342” kodlu i lemlerin yapılması halinde, i lem tarihinden itibaren 6 (altı) ay içinde aynı sa lık hizmeti sunucusunda “P617410” kodlu Lazer kapsülotomi sine iotomi i leminin de yapılması durumunda; “P617410” kodlu i lemin bedeli Kurumca kar ılanmaz. SUT eki EK 2/B Listesindeki “617340”, “617341”, “617342” kodlu, EK 2/C Listesindeki “P617340”, “P617341”, “P617342” i lemlerin yapılması halinde i lem tarihinden itibaren 6 (altı) ay içinde ba ka bir sa lık hizmeti sunucusunda P617410 Lazer kapsülotomi sine iotomi i lemi yapılması durumunda ise “P617410” kodlu i lem bedeli Kurumca kar ılanır ve SUT eki EK 2/B Listesindeki “617340”, “617341”, “617342” kodlu, EK 2/C Listesindeki “P617340”, “P617341”, “P617342” kodlu i lemleri yapan sa lık hizmeti sunucusundan “P617410” kodlu i lem bedeli mahsup edilir.

**(Ek: RG- 12/11/2013- 28819/ 4 md. Yürürlük: 12/11/2013)**

(4) Göz hastalıkları bran ında ayaktan ba vurularda özel sa lık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/poliklini e ba vurular hariç olmak üzere, sa lık hizmeti sunucusundaki sözle me kapsamında çalı an hekimlerin çalı ma saatlerinin 4,5 ile çarpılması ile bulunur. Kusurathı rakamlar üste tamamlanır. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 45’i geçemez. SUT eki EK-2/B Listesindeki 617340, 617341, 617342 kodlu i lemler ile EK-2/C Listesindeki P617340, P617341, P617342 kodlu i lemlerin yapılması halinde her bir i lem için hekim çalı ma saatinden 30 dakika dü ülererek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. **(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 3-b md. Yürürlük: 04/09/2019)** SUT eki EK-2/B Listesindeki 602200, 616510, 616520, 616550, 616780, 616790, 616800, 616810 kodlu i lemler ile EK-2/C Listesindeki P602200, P616510, P616520, P616550, P616780, P616790, P616800, P616810 kodlu i lemlerin yapılması halinde ise her bir i lem için hekim çalı ma saatinden 60 dakika dü ülererek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. SUT eki EK-2/B Listesindeki 602200, 616510, 616520, 616550, 616780, 616790, 616800, 616810 kodlu i lemler ile EK-2/C Listesindeki P602200, P616510, P616520, P616550, P616780, P616790, P616800, P616810 kodlu i lemlerden bir göz hastalıkları uzman hekimi günlük en fazla toplam 8 adet, bir sa lık hizmeti sunucusu ise en fazla toplam 16 adet Kuruma fatura edebilir.

##### **2.4.4.1 - Yardımcı üreme yöntemi tedavileri**

(1) nvitro fertilizasyon i lemleri (IVF), 5510 sayılı Kanununun 63 üncü maddesinde tanımlanan “yardımcı üreme yöntemi” olarak kabul edilir. Ovulasyon indüksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IUI) i lemi bu kapsamda de erlendirilmez.

##### **2.4.4.1-1 - İnvitro fertilizasyon (IVF)**

(1) **(Değişik: RG- 25/07/2014-29071/ 11 md. Yürürlük: 25/07/2014)** Evli olmakla birlikte e llerden herhangi birinin evlat edinilmi çocukları hariç soy ba ı kurulu sa lık hizmeti sunucusunun olmaması ko uluyla; **(Değişik: RG- 18/02/2015-29271/ 3 md. Yürürlük: 18/02/2015)** Evli olmakla birlikte evlat edinilmi çocukları hariç çocuk sahibi olmayan **Evli olmakla birlikte daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadı ına bakılmaksızın evlat edinilmi çocukları hariç mevcut evlili inde çocuk sahibi olmayan** genel sa lık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü oldu u karısına, en fazla

**(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 6 md. Yürürlük: 01/10/2014)** iki üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ili kin giderler, a a ıda belirtilen artların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca kar ılanır.

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

b) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 11 md. Yürürlük: 25/07/2014)** ~~23 ya mını doldurmu , 40 ya ından gün almamı olmas,~~ 23 ya mını doldurmu , 39 ya ından küçük,

c) Uygulamanın yapıldı ı merkezin Kurum ile sözleşmeli/protokollü olması,

ç) En az be yıldır genel sa lık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan ki i olup, 900 gün genel sa lık sigortası prim gün sayısının olması veya halen genel sa lık sigortalısı olan kadının bu bentteki ko ulları ta imaması halinde e inin gerekli ko ulları sa laması,

d) Son üç yıl içinde di er tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamı oldu unun Kurumla sözleşmeli/protokollü sa lık hizmeti sunucusu sa lık kurulları tarafından belgelenmesi.

(2) IVF tedavisine ba lanan kadının IVF uygulama tarihinde (embriyo transferinin yapıldı ı tarih) 40 ya ından gün almı olması durumunda, IVF tedavisine ait bedeller Kurumca kar ılanmaz. Ancak kadının 40 ya ından gün aldı ı tarihten önce düzenlenmi geçerli sa lık raporunun bulunması ve rapor tarihinden itibaren 30 gün içinde embriyo transferinin gerçekleşti rilmesi olması durumunda, IVF tedavisine ili kin sa lık hizmetleri Kurumca kar ılanır.

(3) Kuruma devredilen sosyal güvenlik kurumlarınca daha önce ödenen tüp bebek tedavileri, i lem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınır.

(4) IVF bedellerinin ödenebilmesi için IVF uygulanacak kadında gebeli in sürdürülmesine engel olabilecek sistemik hastalı m bulunmadı mının IVF tedavisi için gerekli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi yeterlidir.

**(Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 6 md. Yürürlük: 01/10/2014)**

(5) Harp malullü ü kapsamında aylık almakta olan harp malullerinin kendileri ve bunların e leri, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Ba lanması Hakkında Kanuna veya 2330 sayılı Kanun hükümleri uygulanarak aylık ba lanmasını gerektiren kanunlara göre malullük aylı ı almakta olan vazife malullerinin kendileri ile bunların e leri, bu Kanunun 47 nci maddesi ile 5434 sayılı Kanunun 56 ncı maddesi ve mülga 45 inci maddesi kapsamında vazife malulü olarak aylık almakta olan vazife malullerinden ise ba kasının yardımı ve deste i olmaksızın ya amak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olanların kendileri ile bunların e leri, birinci fıkranın (ç) ve (d) bendlerinde belirtilen artlar aranmaz.

#### **2.4.4.İ-1-1 - IVF endikasyonları**

**1) Erkek faktörü:** Üro-androlojik tedaviye ra men, en az 15 gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogramın hepsinde total progresif motil sperm sayısının 5 milyondan az oldu u oligoastenosperti olguları ile azoospermi olguları. Ancak; normal yoldan ejakülat- sperm elde edilemeyen bir hastalı m oldu unun ilgili uzman hekim raporu ile belgelenmesi halinde spermiyogram sonucu aranmaz.

#### **2) Kadın faktörü:**

a) Tubal faktör: Primer silier diskinezi-Kartegener Sendromu varlı ı, laparoskopi ile onaylanmı bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (a ır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yoklu u olan) olgular, a ır pelvik yapı ıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile) sonrasında gebe kalamayan olgular.

b) Endometriyozis: Hafif ve orta derece endometriyozis, ileri evre (evre 3-4) endometriyozis.

c) Hormonal -ovulatuvar bozukluklar: DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgular.

**3) Açıklanamayan infertilite:** Hem erkek, hem de kadının tetkiklerinin normal olmasına ve gonadotropinlerle en az iki deneme OI+IUI uygulanmasına ra men evlilik tarihinden itibaren 3 yıl veya daha uzun süreli gebe kalamama hali.

**4) Diğer endikasyonlar:** Kötü ovaryan yanıtız veya dü ük ovaryan rezervli olgular.

#### **2.4.4.İ-1-2 - IVF sa ğlık kurulu raporu**

(1) IVF tedavisi için gerekli 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 verilen 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.

(2) Sa lık kurulu raporlarında; hasta ya ı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi belirtilecek, ayrıca kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da SUT'un 4.2.42.B maddesinde yer alan hükümler göz önünde bulundurularak sa lık kurulu raporlarında yer alacaktır.

(3) Sa lık kurulu raporunda;

a) Erkek faktörü için; oligoastenozoospermide total progresif motil sperm sayısı 5 milyondan yüksek olan olgularda iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmı "OI+IUI" tedavisinin yapılmı olmasına ra men gebe kalamadı mının (5 milyondan az olan oligoastenozoospermi olguları ile azoospermi olgularında bu art aranmaz),

b) leri evre (evre 3-4) endometriyozis olgularında; endometriyozis cerrahisi tedavisinden sonra bir yıl gebeli in sa lanamadı mının veya cerrahi tedavi sonrası iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmı "OI+IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemedi inin,

c) Hafif ve orta derece endometriyozis olgularında; en az iki deneme gonadotropinlerle "OI+IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemedi inin,

ç) Açıklanamayan infertilite olgularında; en az iki deneme gonadotropinlerle "OI+IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemedi inin,

belirtildi olması gereklidir.

(4) Ancak;

a) Primer silier diskinezi-Kartegener Sendromu varlı ında,

b) Laparoskopi ile onaylanmı bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (a ır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yoklu u olan) olgularda,



c) A ır pelvik yapı ıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile) sonrasında bir yıl içinde gebe kalamayan olgularda,

ç) DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgularda, tanıya dayanak te kil eden klinik ve laboratuvar bulgularının sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla, IVF öncesinde “OI ve/veya OI+IUI” tedavisi yapıma artı aranmaz.

(5) Sa lık kurulu raporunun düzenlendi i tarihten itibaren 6 ay içinde IVF uygulamasının yapılmaması halinde yeniden sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir. Ancak bu süre içerisinde ilaçlar temin edilmi ise temin edilen ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır.

(6) **(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 4 md. Yürürlük: 18/02/2015)** ~~İkinci IVF tedavisi için de yeniden sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.~~ **Her bir IVF tedavisi için sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.**

#### **2.4.4.İ-1-3 - IVF tedavi bedellerinin ödenmesi**

(1) IVF tedavisi, SUT eki EK-2/C Listesinde belirtilen bedel esas alınarak faturalandırılır. Bu bedele; IVF tedavisi kapsamında yapılan ovulasyon takibi, oosit aspirasyonu, sperm-oosit hazırlanması ve inkübasyonu, ICSI (mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, i lem öncesi kadın ve erke e yapılan tetkik ve tahlil bedelleri, kullanılan her türlü sarf malzemesi ile embriyo transferi dahildir.

(2) Embriyo freezing bedeli, sadece birinci denemeden sonra SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan bedel üzerinden faturalandırılabilir.

(3) Hastaya IVF uygulamasının yapılamaması durumunda; bu süreye kadar yapılan i lemler SUT eki EK-2/B Listesi üzerinden %10 indirim yapılarak faturalandırılır. Bu durumda söz konusu i lemler deneme sayısına dâhil edilmeyecektir. Ancak kullanılan ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır.

(4) IVF tedavisinin, freezing i lemi uygulanan embriyonun transferi ile yapılması durumunda i lemler, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan “Freezing i lemi uygulanan embriyonun transferi” i lemi üzerinden faturalandırılacaktır. Bu durumda söz konusu i lem, deneme sayısına dâhil edilecektir.

(5) Ya faktörü, embriyo kalitesi ve benzeri tıbbî zorunluluk hallerinin uygulamayı yapan hekim tarafından gerekçesinin belgelendirildi i durumlar hariç olmak üzere birden fazla embriyo transfer edilmesi nedeniyle birden fazla gerçekleştirilen do umlarda, bebeklere ait taburcu edilinceye kadar ortaya çıkacak sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Söz konusu bebeklerin tedavilerinin embriyo transfer i lemini gerçekleştirilen sa lık hizmeti sunucusu dı ndaki sözleşmeli/protokollü sa lık hizmeti sunucusunda yapılması halinde söz konusu giderler Kurumca kar ılanır ancak ödenen bedeller embriyo transfer i lemini yapan merkezden mahsup edilir.

#### **2.4.4.İ-1-4 - Kayıtların tutulması**

(1) Kurumla sözleşmeli/protokollü üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, IVF kapsamında yapılan her türlü tıbbi i lemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların do ru ve sa lıklı bir ekinde tutulması ve muhafazasında, merkez sorumlusu ve ruhsat (uygunluk belgesi) sahibi ki iler, mü terek ve mü teselsilen yükümlüdür.

(2) Evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığını ve e ler için vukuatlı nüfus kayıt örne i, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

#### **2.4.4.İ-2 - Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisi**

(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin ba ka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve tibben zorunlu görülmesi halinde bu çocu un tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi karde do masına yönelik olarak, bünyesinde kemik ili i transplantasyon merkezi bulunan üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucuları sa lık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildi i genetik uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ili kin giderler, SUT’un 2.4.4. -1 maddesinde yer alan hükümler uygulanmaksızın Kurumca kar ılanır. Bu durum dı nda preimplantasyon genetik tarama ve bu i lem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(2) Aileler, söz konusu sa lık kurulu raporuna istinaden Kurumla sözleşmeli/protokollü üremeye yardımcı tedavi merkezlerinden (tüp bebek merkezi) birine ba vurabilirler.

(3) Sa lık Kurulu raporu ile belirlenen ilaç dozları için SUT’un 4.2.42.C maddesinde yer alan hükümler geçerlidir.

#### **2.4.4.J - Kaplıca tedavileri**

(1) Kaplıca tedavileri için, resmi sa lık kurumlarınca en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulları tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenecektir. Sa lık raporunda tanı, önerilen tedavi, seans ve gün sayısı bilgilerinin yer alması zorunludur.

(2) Sa lık kurulu raporunun düzenlendi i tarihten itibaren 6 ay içerisinde tedaviye ba lanamaması halinde yeniden sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Kaplıca tedavisine gerek görülenler, Sa lık Bakanlı nca i letme izni verilen kaplıca tesislerine müracaat edebilirler. Sa lık Bakanlı nca i letme izni verilmeyen kaplıcalarda tedavi görenlerin, kaplıca tedavilerine ait bedeller Kurumca kar ılanmaz.

(4) Sa lık Bakanlı nca i letme izni verilen kaplıca tesisleri ile sözleşmeli yapılmaya kadar kaplıca tedavilerine ait giderler, hasta tarafından kar ılanacak olup tedaviye ili kin fatura ve sa lık raporuna dayanılarak her bir gün için bir adet olmak üzere, SUT eki EK-2/B Listesinde “702.020” kodu ile yer alan “banyo-kaplıca” bedeli hastaya ödenir. SUT’ta yer alan di er i lemler faturalandırılrsa dahi bedelleri kar ılanmaz.

(5) Kaplıca tedavileri ile ilgili yol, gündelik ve refakatçi giderleri SUT’un 2.6 maddesi hükümlerine göre kar ılanır.

**(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 6 md. Yürürlük: 01/01/2015)**

#### **2.4.4.K – Palyatif Bakım Tedavisi**

(1) Palyatif bakım tedavisi, Sa lık Bakanlı nca palyatif bakım verme konusunda tescil edilmi olan Sa lık Bakanlı nca ba lı yataklı sa lık tesislerinde **(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 8 md. Yürürlük: 29/06/2016)** ve EK-2/A-1 Listesinde yer alan **(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/8 md. Yürürlük: 20/09/2017) U1 (Ek:RG-08/06/2017-30090/ 3md. Yürürlük: 26/04/2017) ve U2 U1, U2 ile U4 kodlu sa lık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.**

(2) Palyatif bakım tedavisi yalnızca palyatif bakım yata ında yatan hastalara verilen hizmettir.  
(3) Palyatif bakım tedavisi vermeye yetkili sa lık hizmeti sunucusunun tescil edilmi palyatif bakım yatakları dı ndaki herhangi bir yataktan bu hizmetleri göndermesi durumunda bu hizmet bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(4) Palyatif bakım tedavisi a a ıdaki hizmetleri kapsamaktadır.

a)Beslenmesi fiziksel ve psikolojik/nörolojik nedenlerle bozulup enteral, parenteral beslenme deste ine ihtiyaç duyanlar,

b)Enfeksiyon, kas ve nörolojik hastalıklar nedeniyle solunumu bozulmu olup, invaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon deste ine ihtiyacı olan hastalar,

c)Enfekte yatak yarası açılan, ostomi bölgelerinde enfeksiyon, kaçak sorunları olan(trakeotomi, gastrostomi, ileostomi, kolostomi vs), kateteri olup tıkanan, kırılan, giri yeri enfeksiyonu olan yada katetere ba lı fonksiyon bulguları bulunan (diyaliz kateteri, santral venöz kateteri, ant kateterleri, a rı portu ve kateteri, perkütan pleural kateter, perkütan mesane kateteri) hastalarının tedavisi ve tıbbi sorunlarının giderilmesi,

(5) Palyatif bakım tedavisi EK-2/C Listesindeki P560000 SUT kodundan günde en fazla 1(bir) kez faturalandırılır.

(6) Palyatif bakım tedavisi altında tedavi gören hastaya EK-2/C Listesindeki i lemlerden herhangi birinin yapılması durumunda, EK-2/C Listesindeki i lem bedeli faturalandırılır ve 2.2.2.B-1(3) maddesinde belirtilen sürelerde palyatif bakım tedavisi adı altında herhangi bir bedel ödenmez.

**(Değişik: RG-05/07/2018-30469/ 5 md. Yürürlük: 05/07/2018)**

~~(7) Palyatif bakım tedavisinin faturalandırılmasında di er SUT kuralları geçerlidir. (Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 8 md. Yürürlük: 20/09/2017) Palyatif bakım tedavisine tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm i lemler dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.~~

(7) Palyatif bakım tedavisine tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm i lemler (SUT'un **(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 6 md. Yürürlük: 05/07/2018)** ~~2.2.4.B-1~~ 2.2.2.B-1 maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen tanıya dayalı i lemler kapsamında kullanılması halinde sa lık hizmeti sunucularınca ayrıca faturalandırılan kan bile enleri oranları ve SUT'un 2.4.4.H maddesinin altıncı fıkrasında yer alan ilaçlar hariç) dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

**(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 9 md. Yürürlük: 05/04/2017)**

#### **2.4.4.L – Epidural Girişimler**

(1) P551120, P615895 ve P615991 kodlu i lemler sadece SUT EK-2/C Listesinde belirtilen puanlar üzerinden faturalandırılacaktır. Bu i lemlerin bedelleri algoloji, beyin cerrahisi ve ortopedi ve travmatoloji bran hekimlerince üçüncü basamak sa lık hizmet sunucularında yapılması halinde Kurumca kar ılanacaktır.

(2) Transsakral giri imle kamera e li inde lomber Epidural Diskoplasti/Adezyolizis/Nöroplasti amaçlı P551120, P615895 ve P615991 kodlu i lemlerin yapılabilmesi için algoloji, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ile beyin cerrahi bran larından herhangi üç uzman hekim tarafından olu turulan sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gerekir.

(3) A a ıdaki kriterlerin tespit edildi i lomber vakalarda;

a) Daha Önce Cerrahi Tedavi Uygulanmamı Lomber Spondiloz ve Dejeneratif Disk Hastalı ı Olan Olgular çin; a a ıdaki kriterlerin tümünün varlı ı halinde;

1) Üç (3) aylık sürede konservatif tedavi, fizik tedavi, giri imsel a rı i lemleri ( faset ekleme yönelik giri imler veya arka kök gangliona yönelik giri imler veya epidural enjeksiyon tedavilerinden en az birini görmü olma ) tedavilerinden fayda görmemi olması,

2) Radyolojik incelemelerinde ekstrude ve sekestre disk hernisinin olmaması,

3) Radiküler a rının olması (bacak a rıtı),

b) Daha Önce Spinal Cerrahi Tedavi Uygulanmı Nüks Olgular çin; yeni nörolojik defisiti olmayan, sekestre lomber disk hernisi bulunmayan, kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme yöntemi ile i lem bölgesinde fibrozise ili kin granülasyon dokusunun varlı ı halinde,

bedeli Kurumca kar ılanır.

#### **2.4.4.M – İntraoperatif Nöromonitörizasyon İşlemi**

(1) SUT eki EK-2/D-4 Listesinde yer alan i lemlerin, P703365 kodlu “İntraoperatif nöromonitörizasyon” i lemi ile birlikte uygulanması artıyla SUT’un 2.2.2.B (3) fıkrasında belirtilen kurallar uygulanmaksızın faturalandırılması halinde Kurumca kar ılanır.

(2) ntraoperatif nöromonitörizasyon i leminde; cerrahi i lemi gerçekle tiren hekim ve nöroloji/nörofizyoloji/fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında uzmanlık ve/veya yan dal e itimi almı hekimler tarafından düzenlenecek nöromonitörizasyon kayıt raporunun bir sureti fatura eki belge olarak ibraz edilmelidir.

**(Ek:RG-08/06/2017-30090/4 md. Yürürlük:19/06/2017)**

#### **2.4.4.N – Epidermolizis Bülloza**

(1) Epidermolizis bülloza tanılı hastalara yara bakım hizmetlerinin ödenebilmesi için üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimi ile genel cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinin yer aldı ı sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Sa lık kurulu raporu 1 (bir) yıl geçerlidir. Bu hastaların tedavisi, yatan hastalar için Sa lık Bakanlı ı’na ba lı sa lık hizmeti sunucuları ve üniversite hastaneleri tarafından sa lanacaktır. Epidermolizis bülloza hastalarının ayakta tedavisi ise sadece Evde Sa lık Hizmeti Birimlerince faturalandırılabilir. Epidermolizis bülloza tanılı hastaların yatarak veya ayakta tedavileri kapsamındaki yara bakım hizmetleri SUT EK-2/B Listesinde yer alan “530533” kodlu “Epidermolizis bülloza hastalı ında yara bakım

hizmetleri” i lemi üzerinden faturalandırılır. Bu grup hastalara yara bakım hizmetlerinde kullanılan malzemeler i lem puanına dahil olup sa lık hizmeti sunucularınca ayrıca faturalandırılmaz ve ahıs ödemesi kapsamında da herhangi bir ödeme yapılmaz. Ancak bu kapsamda tedavi gören hastalara kullanılan malzemelerin sa lık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmeyerek hastaya reçete kar ılı ı dı arıdan temin ettirilmesi durumunda fatura tutarı ilgili hastaya ödenerek sa lık hizmeti sunucusuna yapılacak ödemeden dü üdür.

**(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 13 md. Yürürlük: 15/02/2018)**

#### **2.4.4.O – Obezite Cerrahisi**

(1) SUT ve eki listelerinde yer alan obezite cerrahisi i lemlerinin faturalandırılmasında a a ıdaki kurallara uyulur.

a) BMI > 40 kg/m2 olan ki ilerde; genel cerrahi, endokrinoloji (endokrinoloji uzmanının bulunmaması halinde dahiliye), akıl ve ruh sa lı ı hastalıkları ile anestezi ve reanimasyon uzman hekimlerinin yer aldı ı ve tıbbi endikasyonun belirtildi i sa lık kurulu raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

b) BMI 35-40 kg/m2 olan ve e lik eden hastalı ı bulunan (koroner arter, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon, uyku apnesi, hareket kısıtlılı ına neden olan dejeneratif osteoartrit ve vertebral disk bozuklukları) ki ilerde; genel cerrahi, endokrinoloji (endokrinoloji uzmanının bulunmaması halinde dahiliye), akıl ve ruh sa lı ı hastalıkları, anestezi ve reanimasyon uzman hekimleri ile mevcut e lik eden hastalı ı ile ilgili bran uzman hekiminin de yer aldı ı ve tıbbi endikasyonun belirtildi i sa lık kurulu raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

c) BMI 35-40 kg/m2 olan ve e lik eden hastalı ı bulunan (koroner arter, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon, uyku apnesi, hareket kısıtlılı ına neden olan dejeneratif osteoartrit ve vertebral disk bozuklukları) ki ilere düzenlenecek sa lık kurulu raporunda; uzman kontrolünde en az 6 ay ya am tarzı de i ikli i ve/veya medikal tedavi ile kilo verilemedi inin belirtilmesi gerekmektedir.

ç) Sa lık kurulu, hizmeti veren sa lık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden olu ur ve düzenlendi i sa lık hizmeti sunucusunda geçerlidir.

d) Obezite cerrahisinin yapılaca ı sa lık tesislerinin tescilli yapılmı üçüncü seviye eri kin yo un bakım servisi ve endoskopi ünitesi ile obezite artlarına uygun alt yapı ve cerrahi donanım artlarını haiz ameliyathanesi bulunmalıdır.

### **2.5 - Yurt dışında tedavi**

#### **2.5.1 - Yurt dışında görevlendirme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri**

(1) 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde sayılan sigortalılardan i verenleri tarafından, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılardan özel mevzuatlarında belirtilen usüle uygun olarak;

a) Geçici görevle yurtdı ına gönderilenlere sadece acil hallerde,

b) Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurtdı ında birlikte ya adıkları bakmakla yükümlü oldu u ki ilere, acil hal olup olmadı ına bakılmaksızın,

sa lanan sa lık hizmetleri bedelleri, yurt içinde sözleşme li sa lık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldı ı tarihte ödenen en yüksek tutarı a mamak kaydıyla Kurumca kar ılanır.

(2) Sa lık hizmeti giderleri, öncelikle i verenler tarafından ödenir ve yurtdı ında görevli olundu ına dair belge ile birlikte (belgede geçici veya sürekli görevlendirme yapıldı ının belirtilmesi gerekmektedir) mahalli konsolosuktan, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde görevli Türk Silahlı Kuvvetleri personeline ait belgelerin ise konsolosluk veya görevlendirece i/yetki devredece i kurum/kurulu tarafından tasdikli rapor, fatura ve sair belgelere dayanılarak Kurumdan talep edilir. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası döviz satı kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Tedavi giderinin Kurumun ödedi i tutarları a ması halinde a an kısım, i verenlerce kar ılanır. Uluslararası sözleşme hükümleri saklıdır.

(3) Yurt dı ına geçici veya sürekli görevle gönderilen ki ilerin sa lık hizmetlerinin, Kurumca ilgili ülkede sa lık sigortası yaptırmak suretiyle sa lanması halinde sa lık hizmeti giderleri ödenmez.

(4) Yurt dı ına geçici veya sürekli görevle gönderilenlerin bulundu u ülkede sözleşme li sa lık hizmeti sunucusu bulunması halinde tedavi giderleri sözleşme hükümlerine göre ödenir.

(5) Yurt dı ına geçici veya sürekli görevle gönderilen ki iler ile bakmakla yükümlü oldu u ki iler için yol gideri, gündelik, refakatçi ve cenaze giderleri ödenmez.

**(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 2 md. Yürürlük: 18/04/2014)**

(6) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Kurumla sözleşme li sa lık hizmeti sunucusu bulunması halinde, geçici ya da sürekli görevle bu ülkede bulunanlar ile bakmakla yükümlü oldu u ki ilerinin acil haller hariç sözleşme li sa lık hizmeti sunucularından alınan sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

**(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 10 md. Yürürlük: 01/03/2017)**

(7) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin on ikinci fıkrası kapsamında genel sa lık sigortalısı sayılanlardan özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak sürekli veya geçici görevle yurtdı ına gönderilenlere acil hal olup olmadı ına bakılmaksızın, sa lanan sa lık hizmeti bedelleri, yurt içinde sözleşme li sa lık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldı ı tarihte ödenen en yüksek tutarı a mamak kaydıyla Kurumca kar ılanır.

#### **2.5.2 - Yurt dışında bulunma halinde sağlanacak sağlık hizmetleri**

(1) Genel sa lık sigortalısı veya bakmakla yükümlü oldu u ki ilerinin yurtdı ında buldukları sırada sa lanan sa lık hizmetlerine ili kin bedellerin ödenmesinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sa lık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşme li olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sa lık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşme li olmaması halinde, sa lık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi vb. giderler ödenmez.

(2) **(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 3 md. Yürürlük: 18/04/2014)** Türk vatanda ı olan genel sa lık sigortalılarının ve bakmakla yükümlü oldu u ki ilerinin Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde buldukları sırada sa lanan sa lık hizmeti bedelleri,

yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen en yüksek tutarı geçmemek üzere Kurumca kararlaştırılır. Bu ülkede Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu bulunması halinde acil haller hariç sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca kararlaştırılmaz. Bu fıkra kapsamında olan kişilere ayrıca yol ve gündelik gideri ödenmez.

### 2.5.3 - Tetkik/tedavi için yurt dışına gönderilme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri

#### 2.5.3.A - Yurt dışı tedavi

(1) Yurt içi sağlık hizmeti sunucularında sağlanamayan sağlık hizmetlerinin yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında sağlanabilmesi için aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

#### 2.5.3.A-1 - Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu

(1) Yurt dışı tedavi için gerekli sağlık kurulu raporları;

a) Doku ve organ nakli için Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan “Yurt Dışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi”nde yer alan hastanelerin sağlık kurullarınca,)

b) Diğer tedaviler için ise üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının sağlık kurullarınca,

c) SUT eki “Yurt Dışına Tedaviye Gönderilecekleri İlişkin Sağlık Kurulu Raporu” (EK-2/E-1) formatına uygun olarak düzenlenecek ve raporda altı ayı geçmemek kaydı ile tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Sağlık kurulu en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde beşerit üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde beşeritim görevlisi katılımıyla oluşturulacaktır.

(3) **(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 4 md. Yürürlük: 25/07/2014)** ~~Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince veya Kurumca yetkilendirilen ve Kurumun resmi internet sitesinde ilan edilerek duyurulan hastanelere teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır. Düzenlenen sağlık kurulu raporları (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 4-a md. Yürürlük: 26/05/2019) Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Ehir Hastanesi, İstanbul İli Hamidiye Etiler Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Yeni Ehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden herhangi biri tarafından teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır. (Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 8 md. Yürürlük: 18/10/2016) Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastaneleri tarafından kendi mevzuatına uygun düzenlenen yurt dışı tedaviye ilişkin sağlık kurulu raporlarının Sağlık Bakanlığınca onaylanması yeterli sayılacaktır.~~

(4) Söz konusu işlemler sonrasında, Dışişleri Bakanlığınca nezdinde gerçekleştirilecek işlemler Kurum tarafından yürütülecektir.

#### 2.5.3.A-2 - Raporların yenilenmesi, bekleme süreleri ve süre uzatımı

(1) **(Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 7 md. Yürürlük: 30/04/2016)** Yurt dışı tedavilerine ilişkin raporların, Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmaması halinde yenilenmesi gereklidir. Yurt dışı tedaviye ilişkin raporların Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren üç ay içinde yurt dışına çıkılmaması nedeniyle işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekir.

(2) Yurt dışı tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçmez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon eflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda **(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 4-b md. Yürürlük: 26/05/2019) Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Ankara Ehir Hastanesinin veya bu konuda Kurumca yetkilendirilmiş hastanelerden birinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçmeyen dönemler halinde (Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 12 md. Yürürlük: 01/01/2014 ) en çok iki yıla kadar Kurumun onayı ile tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aklanması halinde aklan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.**

(3) Yurt içinde sağlanamayan organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar geçecek süredeki tetkik ve tedavileri yurt içinde yapılacaktır. Uygun organ temini üzerine hasta, yeni bir sağlık kurulu raporuna ihtiyaç duyulmadan nakil işlemi için yurt dışına gönderilecektir. Ancak hastanın organ nakli sırasına alındığı tarihten itibaren bekleme süresinin beş yılı geçmesi halinde, yurt dışına gönderilmeye ilişkin sağlık kurulu raporunun SUT’un 2.5.3.A-1 maddesi doğrultusunda yenilenmesi ve ilgili onayların yapılması gereklidir.

(4) Organ nakli tedavisi için yurt dışına gönderilen kişilerin, organ teminine kadar geçecek sürenin naklin gerçekleştirileceği ülkede geçirilmesinin zorunlu olduğu yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunca gerekçeleriyle belgelendirilmesi halinde Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığının yazılı görüşünü almak suretiyle bekleme süresinin yurt dışında geçirilmesine karar vermeye ve yurt dışında geçirilecek süreyi belirlemeye yetkilidir. Bu süre 6 ayı geçmeyen dönemler halinde uzatılabilir. Yurt dışında toplam bekleme süresi iki yılı geçmez. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aklanması halinde aklan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

**(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 4 md. Yürürlük: 15/09/2015)**

(5) Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hastaların kontrol tedavilerinin yurt içindeki sağlık hizmeti sunucularında yapılması esastır. Ancak, hastaların kontrol tedavisi amacıyla yurt dışına gönderilebilmesi için;

a) Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hastaların ilk muayene ve/veya tedavi işleminin başlangıç tarihinden itibaren, organ, doku ve kök hücre nakli gibi tedaviler için gönderilen hastaların ise nakil tarihinden itibaren; dört yıllık sürenin

tamamlandı 1 tarihten sonraki her kontrol tedavileri için SUT'un 2.5.3.A-1 maddesinde yer alan ekil ve artları içeren yeni bir sa lık kurulu raporu düzenlenmi olması,

b) Hastaların bu dört yıllık süreden önceki kontrol tedavileri için yurt içindeki SUT'un 2.5.3.A-1 maddesinde belirtilen ilgili sa lık hizmeti sunucularınca ya da yurt dı nda tedavi gördü ü sa lık hizmeti sunucusu tarafından kontrol tarihini de içeren gerekçeli kontrol tedavi raporunun düzenlenmi olması,

c) Düzenlenmi olan bu raporların SUT'un 2.5.3.A-1(3) maddesinde yer alan sa lık hizmeti sunucularından biri tarafından uygun görülerek teyit edilmi olması, gerekir.

#### **2.5.3.A-3 - Sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesi**

(1) Yurt dı nda tedavi edilecek ki i, var ise yurt dı ndaki sevke konu tedaviye ili kin sözleşmeli sa lık hizmeti sunucusuna sevk edilir ve sa lık hizmeti giderlerinin tümü kar ılanır. Yurt dı nda sözleşmeli sa lık hizmeti sunucusunun olmaması hâlinde de sevk edilen sa lık hizmeti sunucusunda yapılan tedavilere ait giderlerin tamamı Kurumca ödenir. Ancak, ki inin tercihi do rultusunda Kurumun yurt dı nda sözleşmeli oldu u sa lık hizmeti sunucusuna gitmemesi hâlinde, sözleşmeli yere ödenebilecek tutarı geçmemek üzere Kurumca ödeme yapılır, arada fark olu ması hâlinde fark ki i tarafından kar ılanır.

(2) Ki ilerin Ülkemizle sosyal güvenlik sözleşmesi olan bir ülkeye gönderilmesi halinde; o ülke ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesinde tedavi uygulaması öngörölmü ve tedavi amacıyla gönderilen ki i sosyal güvenlik sözleşmesinin kapsamında bulunuyorsa, bunlar hakkında sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanır.

(3) Yurt dı nda yapılan tedavi bedelleri, Kurum tarafından yurt dı ı sa lık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya ki ilerce ödenen tutarın belge kar ılı ı kendilerine ödenmesi suretiyle kar ılanır.

(4) Kurumca, yurt dı nda yapılacak tedaviler için olu acak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde, ki ilere veya sa lık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon eflî i aracılı ıyla da yapılabilir.

(5) Kurum, avans ödemeleri için, yurt dı ndaki sa lık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon eflikleri tarafından onaylanmasını isteyebilir.

(6) Acil müdahaleyi gerektiren durumlar, sevke konu hastalı ın komplikasyonuna ba lı olarak yapılan tedaviler ile ili kili tedaviler hariç olmak üzere yurt dı na sevke konu hastalık dı ndaki tedavi giderleri Kurumca ödenmez. Hastaya uygulanan ba ka bir tedavinin sevke konu hastalıkla ilgili olup olmadı ının tespit edilemedi i durumlarda yurt dı ı tedavi raporunu teyit eden hastanenin görüşü alınarak i lem yapılır.

(7) Sosyal güvenlik il müdürlükleri tarafından, SUT eki "Yurt Dı ı Tedavi/Tetkik çin Hasta zleme Çizelgesi" (EK-2/E-3) ile birlikte yapılan i lemlerin sonucundan Genel Sa lık Sigortası Genel Müdürlü üne bilgi verilecektir.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 13 md. Yürürlük: 01/01/2014 )

(8) Türkiye'de tedavisi yapılamayan bir hastalık için yurt dı na gönderilen hastaya, gönderildi i ülkedeki sa lık hizmeti sunucusu tarafından sevke konu tedavi dı nda farklı bir tedavi uygulaması öngörölmekte ise, SUT 'un 2.5.3.A-1 maddesinde belirtilen rapor ve onayların öngörölen yeni tedavi için de alınmı olması halinde tedavi giderleri kar ılanır. Aksi halde yeni tedavi bedeli ile bu tedaviye ili kin yol ve gündelik gideri Kurumca kar ılanmaz.

#### **2.5.3.B - Yurt dışı tetkik işlemleri**

(1) Yurt içinde yapılamayan tetkik ve/veya tahlillerin, numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dı ı sa lık hizmeti sunucularında yaptırılabilmesi için a ı daki düzenlemelere uyulacaktır. Tetkik ve/veya tahlillerin ki ilerin yurt dı na gönderilmesi suretiyle yaptırılması i lemleri SUT'un 2.5.3.A maddesi do rultusunda yürütülecektir.

##### **2.5.3.B-1 - Yurt dışı tetkik sağlık kurulu raporu**

(1) Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle tetkiklerin ve/veya tahlillerin yurt dı nda yaptırılabilmesi için gerekli sa lık kurulu raporları, üniversite veya e itim ara tırma hastaneleri sa lık kurullarınca, SUT eki "Yurt Dı ı Tetkike li kin Sa lık Kurulu Raporu" (EK-2/E-2) formatına uygun olarak düzenlenecektir. Raporlarda tetkikin/tahlilin yurt içinde yapılmadı ı ayrıntılı gerekçeleri ile belirtilecektir.

(2) Sa lık kurulu, en az biri ilgili dal uzman hekimisi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde en az bir ö retim üyesi, e itim ve ara tırma hastanelerinde en az bir e itim görevlisi katılımıyla olu turulacaktır.

(3) Numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dı nda yapılacak tetkikler ve/veya tahliller için düzenlenen sa lık kurulu raporları, Sa lık Bakanlı ınca onaylanacaktır.

##### **2.5.3.B-2 - Yurt dışı tetkik bedellerinin ödenmesi**

(1) Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle yurt dı nda yapılan tetkik ve/veya tahlil bedeli tetkik ve/veya tahlili yapan sa lık hizmeti sunucusunca düzenlenen faturada/fatura yerine geçen belgede belirtilen tutar üzerinden, Kurum tarafından yurt dı ı sa lık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya ki ilerce ödenen tutarın belge kar ılı ı kendilerine ödenmesi suretiyle kar ılanır.

(2) Kurumca, yurt dı nda yapılacak tetkikler/tahliller için olu acak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde ki ilere veya sa lık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon eflî i aracılı ıyla da yapılabilir.

(3) Kurum, avans ödemeleri için, yurt dı ndaki sa lık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon eflikleri tarafından onaylanmasını isteyebilir.

(4) Sosyal güvenlik il müdürlüklerince yurt dı nda tetkik yaptırılması ile ilgili olarak yapılan i lemler sonrasında, SUT eki EK-2/E-3 ile birlikte Genel Sa lık Sigortası Genel Müdürlü üne bilgi verilecektir.

#### **2.5.3.C - Yurt dışı yol, gündelik ve refakatçi giderleri**

##### **2.5.3.C-1 - Yol gideri**

(1) Yurt dı na gönderilen hasta ile raporda öngörölmüşü halinde bir ki iyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin (18 ya ını doldurmamı ki iler için refakatçi öngörölme artı aranmaz) yol gideri, ula ım aracına ili kin fatura/bilet tutarı üzerinden Kurumca ödenir. Yurt dı ı tetkik/tehdavi için düzenlenen sa lık kurulu raporunda hastanın yurt dı na tarifeli hava ta ıtı dı ndaki hava ta ıtı ile (ambulans uçak, özel uçak vb.) naklinin gerekti inin belirtilmesi halinde gidi için söz konusu ta ıt

bedelleri fatura/belge karılıklı ödenir. Yurt dışına gönderilen hastanın dönüşü için; tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusunca tarifeli hava taşıtı dışında bir hava taşıtı ile dönmesi gerektiğinin belgelendirilmesi halinde de taşıtı bedelleri ulaşıma aracına ilişkin fatura/belge tutarı üzerinden ödenir.

(2) Tedavi/tetkik için yurt dışına gönderilen kişinin tedavi/tetkik sırasında ölümü hâlinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurtdışı yol giderleri de Kurumca karılanır.

### 2.5.3.C-2 - Gündelik

(1) Yurt dışına gönderilen hasta ile raporda öngörülmesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisine (18 yaşını doldurmamış kişiler için refakatçi öngörülme şartı aranmaz) gündelik/yemek ve yatak gideri ödemesi ile maddeleri aşağıda belirtilen düzenlemeye göre yürütülecektir.

(2) Ayakta tedavinin sağlandığı her gün için hasta ve refakatçisinin her birine "gündelik", yatarak tedavide ise yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine yemek ve yatak gideri ödenir. Ödemelerde, 6245 sayılı Harcırah Kanunu gereğince Bakanlar Kurulunca belirlenen ilgili yıl "Yurtdışı Gündeliklerinin Hesaplanmasında Esas Alınacak Cetvel" in (Mülga: RG- 04/05/2013- 28637/ 4 md. Yürürlük: 01/01/2013) (VI) numaralı (Aylık/kadro derecesi 5-15 olanlar) sütununda gönderilen ülke için belirlenen bedel esas alınır.

## 2.6 - Yol ve gündelik giderleri

### 2.6.1 -Yol ve gündelik gideri esasları

(1) (Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 11 md. Yürürlük: 01/03/2017) 5510 sayılı Kanunun 60 nci maddesinin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkralarında sayılan kişiler hariç genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurumumuzca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin yol, gündelik ve refakatçi gideri ödenebilmesi için;

a) Kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekimin veya di hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması,

b) Sevkin, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere, sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunca yapılması,

c) Sevkin, elektronik ortamda veya SUT eki "Hasta Sevk Formu" (EK-2/F) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılması (sevk belgesinde hekim imza ve kaşesinin dışında ayrıca başka hekim onayı aranmayacaktır.),

ç) (Değişik: RG- 25/07/2014-29071 / 14 md. Yürürlük: 18/04/2014) Sevkin yapıldığı gün dahil **3** 5 gününde sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edilmiş olması, gerekmektedir.

(Ek: RG-09/09/2017- 30175/ 9 md. Yürürlük: 09/09/2017)

(2) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bakanlık maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bakanlık maluller ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girerse dahi bakanlığın yardımı ve desteğisiz olarak ya da amaç için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastalar, 3713 sayılı Kanun kapsamına girerse dahi atılabilir, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malulleri, tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinle inceye kadar geçen süre içerisinde 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişilerin yerleşim yeri dışına sevki için birinci fıkranın (a) bendinde yer alan şartlar aranmaz.

### 2.6.1.A - Yol giderlerinde esas alınacak mesafeler

(1) Sevkinin teşhis ve/veya tedavinin sağlanabilmesi için en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esastır. Ancak, hekimin veya di hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması durumunda, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere;

a) (Değişik: RG-21/03/2018-30367/5-a md.Yürürlük:01/04/2018) Birinci basamak resmi sağlık kurulu-u tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerden en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerde birinci basamak resmi sağlık kurulu-u tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri,

b) İkinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, (Mülga: RG-21/03/2018-30367/5-b md. Yürürlük:01/04/2018) tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aynen mamak kaydıyla sevk edilen yerleşim yeri,

c) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri sevk edilen yerleşim yeri, mesafesi esas alınarak karılanır.

(2) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından yerleşim yeri dışına;

a) Organ, doku ve kök hücre nakli tedavisi ve/veya kontrolü (Ek:RG-21/03/2018-30367/5-c md. Yürürlük: 01/04/2018) (donör dahil),

b) Kanser tedavisi ve/veya kontrolü,

c) Uzun replantasyonu (Ek:RG-21/03/2018-30367/5-ç md.Yürürlük: 01/04/2018) veya kontrolü,

ç) SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil hal,

d) Meslek hastalıkları hastanesine meslek hastalığı tedavisi ve/veya kontrolü,

nedenleri ile sevk edilen kişilerin tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi aranmaksızın sevk edildikleri yer üzerinden hesaplanan yol gideri Kurumca karılanır.

(3) Kurum tarafından, sürekli iş göremezlik veya malullük durumlarının tespiti ve/veya kontrolü ile 5510 sayılı Kanunun 94 üncü maddesi gereğince gerekli görülen kişilerin kontrol muayeneleri için yerleşim yeri dışına yapılan sevklerine

ili kin yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca kar ılanır. Ayrıca, Kurumca yapılan sevklerde sevkini ki ilere tebli edildi i gün dahil 10 i günü içinde sa lık hizmeti sunucularına müracaat edilmi olması gerekmektedir.

(4) Kaplıca tedavilerinde yol gideri, tedavinin sa lanabildi i en yakın kaplıca tesisinin bulundu u yerle im yeri esas alınarak ödenir.

(5) Diyaliz tedavilerinde yol giderleri, en yakın diyaliz merkezinin bulundu u yerle im yeri esas alınarak ödenir. En yakın diyaliz merkezinin bulundu u mesafeden daha uzak bir yerle im yerinde bulunan diyaliz merkezinde diyalize gidip gelen hastaların yol giderleri, tedavinin yapılabildi i en yakın diyaliz ünitesinin (yatak kapasitesi, günlük hasta sayısı, bo yatak olup olmadığı, HBs Ag (+) hastalar için ayrı bir bölüm, HCV Ab (+) hastalar için ayrı cihaz bulunup bulunmadığı gibi durumlar dikkate alınarak) tespit edilmesi halinde Kurumca kar ılanır. Hastalara diyaliz merkezinin/sa lık hizmeti sunucusunun servis hizmeti verdi inin tespit edilmesi halinde servis hizmetinden faydalananlara bu mesafeler için ayrıca yol gideri ödenmez.

**(Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 10 md. Yürürlük: 09/09/2017)**

(6) 3713 sayılı Kanuna göre aylık ba lanımı maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık ba lananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi ba kasının yardımı ve deste i olmaksızın ya amak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastalar, 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi atı , tatbikat veya di er ate li silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malulleri, tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinle inceye kadar geçen süre içerisinde 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan ki iler için birinci fıkrada yer alan artlar aranmaz.

#### **2.6.1.B - Yol gideri sevk belgesi ve ücretler**

(1) SUT eki EK-2/F veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belgede:

a) Sevk belgesini düzenleyen sa lık hizmeti sunucusu hekimi tarafından sevk belgesinde genel sa lık sigortalısı ve hasta bilgileri ile birlikte, sevk edildi i tanı/tedavi bran ının, sevk gerekçesinin (gerekli te his/tedavi cihazlarının veya ilgili bran uzman hekiminin bulunmaması vb. tıbbi nedenlerinin), sevk edilece i ehir ve/veya sa lık hizmeti sunucusunun adının, hasta sevk vasıtasının (mutat ta it dı araç öngörülmesi), sevk eden hekim tarafından refakatçi öngörülmesi refakatın tıbben gerekli oldu unun gerekçesi ile birlikte (18 ya altındaki çocuklar için aranmaz),

b) Sevk ile müracaat edilen sa lık hizmeti sunucusu hekimi tarafından sevk belgesinde sa lık kurum/kurulu una ba vuru tarihinin, sa lık kurum/kurulu undan ayrılı tarihinin, ayakta ve/veya yatarak tedavi ba langıç ve biti tarihinin, tedavi tarihlerinde istirahat raporu verilmi ise rapor ba langıç biti tarihinin, refakatçisi olması durumunda refakatli olarak gelindi inin/kalındı ının,

belirtilmesi gereklidir.

(2) Hekim imza ve ka esinin dı nda ayrıca ba hekim onayı aranmaz.

(3) Elektronik ortamda alınan SUT eki EK-2/F hasta sevk formunun basılı olarak istenilip istenilmeyece i, onay süreci ve di er gönderilme usulleri Kurumca belirlenerek duyurulur.

(4) Elektronik sevk uygulamasında, e-sevkin Kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, ifre) imzalanması arttır.

(5) MEDULA sisteminin ve/veya sa lık hizmet sunucusuna ait sistemin çalı maması nedeniyle e-sevkin düzenlenemedi i durumlarda manuel sevk düzenlenebilecektir. Bu durumda sevk belgesi üzerinde "Sistemlerin çalı maması nedeniyle e-sevk düzenlenememi tir" ibaresi ka e ya da el yazısı ile belirtilerek ayrıca sevki düzenleyen hekim tarafından onaylanacaktır.

(6) Sa lık hizmeti sunucularının MEDULA hastane sistemini kullanmaya ba lamaları veya teknik alt yapılarını olu turmaları ve e-sevk uygulamasına geçmeleri zorunlu olup, gerekli düzenlemeler tamamlanıncaya kadar:

a) SUT'un 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden provizyon alınmamasına ra men sa lık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen sevkler,

b) Birinci basamak resmi sa lık hizmeti sunucuları ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci (**Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 9 md. Yürürlük: 18/10/2016**), ikinci ve üçüncü basamak sa lık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen sevkler, manuel olarak düzenlenebilecektir.

(7) Elektronik sevk ile sevk edilen hastanın müracaat etti i sa lık hizmeti sunucusunda MEDULA alt yapısı bulunmaması (**Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 9 md. Yürürlük: 18/10/2016**) Türk Silahlı Kuvvetlerine ba lı sa lık tesisleri, birinci basamak sa lık kurulu ları, diyaliz merkezleri, kaplıca tesisleri vb.) nedeniyle elektronik olarak kabul i lemi yapılamaması halinde ilgili hekim tarafından elektronik sevk belgesi üzerine, sa lık kurum/kurulu una ba vuru tarihinin, sa lık kurum/kurulu undan ayrılı tarihinin, ayakta ve/veya yatarak tedavi ba langıç ve biti tarihinin, tedavi tarihlerinde istirahat raporu verilmi ise rapor ba langıç biti tarihinin, refakatçisi olması durumunda refakatli olarak gelindi inin/kalındı ının belirtilerek ıslak imza ile onaylanması gerekir.

#### **2.6.1.B-1 - Mutat taşı ile yapılan nakile ilişkin sevkler**

(1) Sevk formunda sevk vasıtası belirtilmemi ise mutat ta it ücreti ödenir.

(2) Mutat ta itla yapılan nakillerde bilet/fatura ibrazı zorunlulu u bulunmamaktadır. Ancak, yurt içinde demiryollarında, denizyollarında, karayollarında kurumlar/kurulu lar veya özel firmalar aracılı ıyla ehirlerearası yapılan yolcu ta ıma i inde kullanılan araçlarda ücretsiz seyahat hakkı bulunan ki iler ile bu haktan faydalanan e leri, ana ve babaları ile bakmakla yükümlü olunan çocukları ve e lik eden refakatçilerinin bilet/fatura ibraz etmeleri gerekmektedir. Ücretsiz seyahat etmenin mümkün olmadığı yerle im yerleri/mesafeleri için ise bilet/fatura ibrazı zorunlulu u bulunmamaktadır.

#### **2.6.1.B-2 - Mutat taşı ücretleri**

(1) Yerle im yeri dı ndaki sa lık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler istinaden mutat ta it giderleri;

a) 0-100 km arası mesafeler için fatura/bilet tutarını a mamak üzere Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleş me Bakanlığı tarafından Resmî Gazetede yayımlanan "Karayolları ehirlerearası Yolcu Ta ımacılığı Alanında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesi Hakkında Tebli "de (ÜTHT) yer alan Karayoluyla ehirlerearası Yolcu Ta ımacılı ında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesinde (Ücret Tarifesi) 101-115 km arası mesafe için belirlenen tutarın,

- 1) 0-25 km arası mesafeler için 0,4
- 2) 26-50 km arası mesafeler için 0,5
- 3) 51-75 km arası mesafeler için 0,7
- 4) 76-100 km arası mesafeler için 0,8

katsayıları ile çarpımı sonucu bulunacak miktarlar üzerinden,

b) 101-2001 km ve üzeri mesafeleri için fatura/bilet tutarını a mamak üzere ÜTHT’de yer alan “Ücret Tarifesi” esas alınarak, ödenir.

(2) Ücret Tarifesini de i tiren yeni bir düzenleme yapılıncaya kadar mevcut tarifeler geçerli olacaktır. Yeniden belirlenecek tarifelerin hangi tarihten itibaren uygulanacağı Kurumca belirlenerek duyurulacaktır.

#### **2.6.1.B-3 - Mutat taşıt dışı araçla nakile ilişkin sevkler**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakımakla yükümlü olduğu kişilerin yerleşim yeri dışına mutat taşıt dışı araç (ambulans, ticari taksi, tarifeli uçak vs.) ile sevk edilmeleri halinde;

a) Sevk eden sağlık kurumunca; hastalının ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporu düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer gidişi için geçerlidir),

b) Sevk ile müracaat edilen sağlık kurumunca; tedavi sonrasında dönüş için mutat taşıt dışı araçla naklin öngörülmesi durumunda da **(Ek: RG-21/03/2018-30367/ 6md. Yürürlük: 01/04/2018) hastalının ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporunun ayrıca düzenlenmesi** (bu rapor sadece tek sefer dönüşü için geçerlidir),

c) Acil hal nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenlenmeksizin sevk edilen kişinin mutat taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte, sevk eden sağlık kurumunun ilgili hekimi tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi,

ve Kurumca kabul edilmesi durumunda yol gideri ödenir.

(2) **(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 7 md. Yürürlük: 01/01/2015)** Belli bir program çerçevesinde sayılan tedavilerde (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, PUVA vb.) kişilerin mutat taşıt dışı araç ile nakillerine ilişkin gidiş - dönüş yol giderinin ödenmesinde, her seferinde sağlık kurulu raporu aranmaz. Ödeme işlemleri ilk sağlık kurulu raporuna istinaden yürütülür.

a) Kemoterapi ve radyoterapi tedavileri nedeniyle düzenlenen mutat taşıt dışı araç ile nakile ilişkin sağlık kurulu raporu 3 ay süre ile geçerlidir.

b) Diyaliz tedavileri nedeniyle düzenlenen mutat taşıt dışı nakile ilişkin sağlık kurulu raporunda en az bir erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi veya hastanın bulunduğu ilde nefroloji uzmanı bulunmaması durumunda sertifikalı uzman hekiminin yer alması gerekmektedir. Bu sağlık kurulu raporu 3 ay süre ile geçerlidir.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakımakla yükümlü olduğu kişiler, kendilerine bir vasıta tahsis edilmesi suretiyle başka bir yere gönderilmeleri işlemleri, elektronik eden refakatçiyeye ayrıca yol gideri ödenmez.

(4) Sağlık kurulu raporlarının elektronik ortamda alınmaya başlanması durumunda ayrıca basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenerek duyurulur.

#### **2.6.1.B-4 - Mutat taşıt dışı araç ücretleri**

(1) Mutat taşıt dışı araçla yapılan sevklerde mutlaka bilet/fatura ibrazı zorunludur. Bilet/fatura ibraz edilememesi halinde mutat taşıt bedeli üzerinden ödeme yapılır.

(2) Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve/veya dönüşlerinde mutat taşıt ücreti ödenir.

(3) Kurumca ticari taksi için ödenecek ücret, ilgili yerleşim yerleri arası için geçerli mutat taşıt ücreti bedelinin 5 katını geçemez.

(4) **(Değişik: RG-21/03/2018- 30367/ 7-a md. Yürürlük:01/04/2018)** Tarifeli uçak için ibraz edilen bilet/fatura tutarı, ekonomi sınıf bedeli üzerinden ödenir. Tarifeli uçak için ibraz edilen bilet/fatura tutarı, ekonomi sınıf bedeli üzerinden ödenir. **(Mülga: RG-21/03/2018- 30367/ 7-a md. Yürürlük:01/04/2018)** İlgili firmanın tespit edilen uçuş tarihindeki ekonomi sınıf bileti ücretinden daha düşük ücrette bilet/fatura beyanının olması durumunda, bilet/fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır. **(Ek: RG-26/11/2016- 29900/ 8 md. Yürürlük: 07/12/2016)** Uçak ile yapılan sevklerde, faturanın/biletin yanında o seferle seyahat ettiğine ilişkin olarak uçak bini kartının da ibraz edilmesi gerekmektedir.

(5) Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 07.12.2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28 inci maddesi gereği belirlenen **(Ek: RG-21/03/2018-30367/ 7-b md. Yürürlük:01/04/2018) asgari** fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren “Ambulans Ücret Tarifesi”nden daha düşük bedelle hasta nakil beyanlarının olması durumunda, kamu ve Kurum yararı doğrultusunda belirlenen ücret tarifesinden daha düşük fatura edilmesi halinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır.

(6) Hava ambulans ücretleri sadece uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmeti ile SUT’un 2.4.2 maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/dokunun naklin yapılacağı sağlık kurumuna, hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulansı ve hava ambulansı dışındaki özel hava taşıt bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde taşıtın ambulans görevi maksadıyla ilk kule teması “ambulans görevi” ifadesi ile kurulmuş olması, hava aracının uçuşu ve teknik kayıtlarının (motor çalıştırma-motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir. Ruhsatlandırılmış hava ve deniz ambulansları için aşağıda belirtilen ücretler azami ücretler olup ücretlere tıbbi müdahale bakım ücretleri dâhildir.

a) Uçak ambulans ücretleri;

1) Turbo prop motorlu ambulans uçuşu için gidiş dönüşü hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.000 (ikibin) TL + KDV,

2) Jet motorlu ambulans uçuşu için gidiş dönüşü hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 3.500 (üçbinbe yüz) TL+KDV, yurt dışı uçuşları için 4.000 (dörtbin) TL,

b) Helikopter ambulans ücretleri;



1) Tek motorlu ambulans helikopter için gidi dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 1.500 (binbe yüz) TL+KDV,

2) Çift motorlu ambulans helikopter için gidi dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.750 (ikibinyediyüzelli) TL+KDV,

c-) Deniz ambulans ücretleri;

1) Deniz ambulansı için gidi dönüş hesap edilmek suretiyle seyir saati başına 1.500 (binbe yüz) TL+KDV.

(7) Cenaze nakil aracı ücretleri ilgili belediye tarafından onaylanan ücret tarifesi üzerinden fatura tutarını a) makamı ile Kurumca kararlaştırılır.

#### 2.6.2 - Gündelik giderleri

(1) Kişilerin, yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerinde hasta ve refakatçisine;

a) Ayakta tedavilerde, sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında, istirahat raporu verilen süreler dışında kalan günler için gündelik ödenir.

b) Yatarak tedavilerde, hasta ve refakatçisine yalnızca gidi ve dönüş tarihi için gündelik ödenir.

c) Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelenmesi artıya 5 günü geçmemek üzere gündelik ödenir.

**(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 8 md. Yürürlük: 01/04/2018)**

ç) Belli bir program çerçevesinde sayılan tedaviler hariç olmak üzere sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda ayakta tedavinin başlangıcından itibaren 10 günü aşmaması halinde, gerekçesinin sevk belgesinde belirtilmesi durumunda 10 günü aşan süreler için de gündelik ödenir.

(2) Gündelikler; il dâhilindeki sevklerde (ilçe-merkez arası) 100, iller arası sevklerde ise 200 gösterge rakamının devlet memurları aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden ödenir.

(3) Sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihin aynı gün olması halinde gündelik ödenmez.

(4) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna müracaatları sonrasında, hastanın sevk edildiği branş dışında başka bir branşa tedavinin devamı niteliğinde sevk edilmesi ve bu durumun belgelendirilmesi halinde sevk edildiği branşta ayakta tedavi görülen günler için de gündelik ödenir.

(5) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna müracaatları sonrasında, hastanın sevk edildiği yerleşim yerinde başka bir sağlık hizmeti sunucusuna tedavinin devamı niteliğinde sevk edilmesi ve bu durumun belgelendirilmesi halinde sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusunda ayakta tedavi görülen günler için de gündelik ödenir.

#### 2.6.3 - Refakatçi giderleri (Ek: RG-21/03/2018- 30367/ 9-a md. Yürürlük: 01/04/2018) (yol, gündelik)

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bir kişiyle sınırlı olmak üzere **(Mülga: RG- 26/11/2016- 29900/ 9 md. Yürürlük: 07/12/2016)** (18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi tıbben lüzum görülmesi ~~artı aranmaz~~) refakatçi giderlerinde; sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusuna refakatçi tıbben gerekli olduğu için, sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna refakatçi eliyle gelindiğinin ve/veya kalındığının elektronik ortamda veya SUT eki EK-2/F formunda belirtilmesi gerekmektedir. **(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 9-b md. Yürürlük: 01/04/2018)** %40 ve üzeri engelli kişilerde, organ, doku, kök hücre nakli, uzuv replantasyonu tedavilerinde ve **(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/9 md. Yürürlük:07/12/2016)** 18 yaşını doldurmamış çocuklar için bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçi giderlerinin ödenmesinde yukarıda belirtilen koşullar aranmaz.

(2) Kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya di hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgeye istinaden, hastanın yanında kalan refakatçisinin yatak ve yemek giderleri, sağlık hizmeti sunucusuna Kuruma fatura edilmesi halinde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "refakat" puanı esas alınarak kararlaştırılır, ayrıca bu günler için ilgililere gündelik ödenmez. Gününbirlik tedavilerde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "refakat" kodu faturalandırılmaz.

(3) Hastanın yoğun bakım ünitesindeki yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine gündelik ödenir.

#### 2.6.4 - Kontrol çağrılarının istinaden yapılan sevklerle ilişkin yol ve gündelik giderleri

(1) **(Değişik: RG-21/03/2018-30367/10md. Yürürlük:01/04/2018)** Mevzuata uygun olarak yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan veya kanser tedavisi gören veya meslek hastalıkları hastanesinde meslek hastalığı nedeniyle tedavi olan hastaların; kontrol amaçlı sevkleri; Mevzuata uygun olarak yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan, kanser tedavisi gören, uzuv replantasyonu yapılan veya meslek hastalıkları hastanesinde meslek hastalığı nedeniyle tedavi olan hastaların kontrol amaçlı sevkleri;

a) Kontrol çağrıldığını gösteren belgeye istinaden birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları dâhil tüm sağlık hizmeti sunucularına yapılabilecektir.

b) Kontrol çağrılarının istinaden birinci basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerle ilişkin yol gideri ödemesi yapılırken, sevk belgesi ile birlikte kontrol çağrı belgesinin de ödeme belgeleriyle birlikte ibrazı/gönderilmesi zorunludur. Kontrol çağrısının sevk belgesi veya tedavi gördüğü üni belirtir belge üzerinde hekim tarafından belirtilmiş olması yeterlidir. Hekim imza ve kaşesini içermeyen belge, kontrol çağrı belgesi olarak kabul edilmez.

c) Kontrol çağrılarının istinaden ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen sevklerle ilişkin yol gideri ödemesi yapılırken kontrol çağrı belgesi aranmaz.

ç) Birinci fıkrada sayılan tedaviler/hastalıklar dışında kalan tedavilerin/hastalıkların kontrol amaçlı çağrılarının ilişkin giderler Kurumca kararlaştırılmaz.

d) Kontrol çağrılarının istinaden mutata itidilme vasıtasıyla yapılan sevklerle ilişkin iddialar SUT'un 2.6.1.B-3 ve 2.6.1.B-4 maddeleri doğrultusunda yürütülür.

### 2.6.5 - Organ nakli tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri

(1) Organ nakli tedavilerinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidi-dönüş nakliye/transfer masrafları, Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşıma aracı esas alınarak kayıpla kararlaştırılır.

(2) Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşıma aracı için, SUT'un 2.6.1.B-4 maddesi doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/bilet tutarını aynen karşılamaya esas alınır.

(3) Organ naklinin gerçekleştirilememesi nedeniyle ilgili giderlerin ödenmesine engel teşkil etmez.

(4) Kemik iliği/kordon kanı nakline ilişkin yol giderleri, SUT'un 2.6.1.B-4(6) fıkrası doğrultusunda kararlaştırılır.

(5) Uzun süreli tedavi gerektiren acil sağlık hizmeti için müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna hava ambulansı ile başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevkini gerekli görülmesi ve bu durumun belgelendirilmesi koşulları ile hava ambulansı için SUT'un 2.6.1.B-4(6) fıkrası doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/bilet tutarını aynen karşılamaya esas alınır.

(6) Donör (verici) durumundaki kişilerin sağlık giderlerinin finansmanının Kurumumuzca kararlaştırılması durumunda, mevzuata uygun sevk edilmeleri halinde yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanmaktadır.

### 2.6.6 - Kaplıca tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri

(1) Kaplıca tedavilerine ilişkin yol, gündelik ve refakatçi giderleri, tedavi için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak kararlaştırılır.

(2) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği gün dahil (**Değişiklik: RG- 25/07/2014- 29071/ 15 md. Yürürlük: 18/04/2014**) 5 gün içinde kaplıca tesisine müracaat edilmesi gerekmektedir. Bu süre içinde kaplıca tesisine müracaat edilmemesi halinde yol gideri ve gündeliklerin ödenememesi için yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesine gerek bulunmayıp, raporun geçerli olduğu süreyi içerisinde sağlık hizmeti sunucusu tarafından elektronik ortamda veya SUT eki EK-2/F formu (sevk belgesi) düzenlenmesi ve (**Değişiklik: RG- 25/07/2014- 29071/ 15 md. Yürürlük: 18/04/2014**) → 5 gün içinde kaplıca tesisine müracaat edilmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık Bakanlığıınca izni verilmeyen kaplıcalarda tedavi görenlere ve refakatçilerine ait giderler Kurumca karşılanmaz.

(4) Raporla/sevk formunda refakatini tıbbi olarak gerekli olduğunu belirtmesi (18 yaşını doldurmayan çocuklar için aranmaz) ve tedavinin yapıldığı tesis tarafından refakatçi kalıncının belgelendiği şekilde refakatçinin yol giderleri ve gündelikleri Kurumca karşılanmaktadır.

(5) Yol giderleri mutlak bedeli üzerinden ödenir.

### 2.6.7 - Belli bir program çerçevesinde sayılan tedavilere ait yol ve gündelik giderleri

(1) Belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb.) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ilk sevk belgesine istinaden tedavilerinin devamı niteliğindeki diğer müracaatları nedeniyle oluşan yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde, her gidiş için sevk belgesi aranmaz.

(2) Ödeme imlemleri ilk sevk belgesine istinaden, diğer müracaatlara ilişkin tedavi gördüğü tarihleri belirtir müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür.

(3) Yerleşim yerinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmaması halinde birinci basamak sağlık kuruluunca düzenlenen sevk belgesi kabul edilecek olup sözleşmeli herhangi bir sağlık hizmeti sunucusu bulunmaması durumunda ise yerleşim yerinin belirlenmesi halinde tedavi için düzenlenen geçerli sağlık raporu, sevk belgesi olarak kabul edilir.

### 2.6.8 - Cenaze nakil işlemleri

(1) Yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin cenaze nakline ilişkin giderleri, sevkini düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yerini mesafesini aynen karşılamaya esas alınarak Kurumca karşılanmaktadır.

(2) Sevk edilmeksizin müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunda vefat eden kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

(3) 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalıların cenaze nakline ilişkin giderler ilgili kamu idaresince karşılanacaktır Kurumca ayrıca ödeme yapılmaz.

### 2.6.9 - Yol ve gündelik gideri ortak hükümleri

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile refakatçilere (**Değişiklik: RG- 30/08/2014- 29104/ 5 md. Yürürlük: 30/08/2014**) ~~mücavir olan~~ yerleşim yerinde bulunan nakiller için yol ve gündelik gideri ödenmez.

(2) Sevk yapılmaksızın belediye/büyükşehir belediye (**Değişiklik: RG-30/08/2014-29104/ 5md. Yürürlük: 30/08/2014**) ~~mücavir olan~~ yerleşim yerindeki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez.

(3) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevklerdeki yol, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenememesi için sevkini, acil hal nedeniyle yapıldığını Kurumca kabul edilmesi gereklidir.

(4) Sevk edilen sağlık hizmeti sunucularına ayaktan müracaatlarda, ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti verilemediğinin ilgili sağlık hizmeti sunucusu başhekimli tarafından onaylanarak belgelendiği şekilde gidiş-dönüş için ilgili giderler Kurumca karşılanmaktadır.

(5) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bu madde kapsamındaki ödemeye esas fatura ve eki belgeleri için Kurumca tıbbi uygunluk aranan veya Kurumca kabul edilmesi halinde ödenilebilecek belirtilen durumlarda tıbbi uygunluk, hastane faturası ödemelerinin yapıldığı bölgede bulunan İl Müdürlükleri tarafından verilir.

(6) 5510 sayılı Kanunun 60 nci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (**Değişiklik: RG-RG-09/09/2017- 30175/11 md. Yürürlük: 29/04/2017**) (1), (3) ve (9) (1) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı kapsamına alınan kişilerin SUT'un 1.5.1 maddesinde belirtilen usul ve esaslara uygun sevklerine ilişkin yol gündelik ve refakatçi giderleri SUT'un 2.6 maddesi hükümleri doğrultusunda karşılanmaktadır.

(7) Kurum tarafından birimleri tarafından üçer aylık dönemler halinde, yerleşim yerindeki yapılan sevkler ve gereklileri konusunda sevk eden sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu ilin (**Değişiklik: RG- 26/11/2016- 29900/ 10 md. Yürürlük:**

**07/12/2016) il sa lık müdürlü üne (Değişik: RG-21/03/2018-30367/ 11 md. Yürürlük: 01/04/2018) Kamu Hastaneleri Birli i Genel Sekreterli ine- I Sa lık Müdürlü üne yazılı bilgilendirme yapılacaktır.**

(8) Sürekli i göremezlik, malüllük ve çalı ma gücü kaybı hâllerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller için sa lık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik ve yol giderleri ile refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden kar ılandı ndan Kurumun ödeme birimlerince bu durumun dikkate alınması gerekmektedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme

### 3.1 - Tıbbi malzeme temin esasları

#### 3.1.1 -Tanım ve genel hükümler

(1) Ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, ki i kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, basit sıhhi sarf ve iyile tirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri tıbbi malzeme kapsamında de erlendirilir.

**(Değişik: RG- 01/02/2019- 30673/ 4-a md. Yürürlük: 12/02/2019)**

(2) Kurumca bedeli kar ılanan tıbbi malzemelerin, Türkiye laç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (T TUBB) kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı olmalıdır. T TUBB kayıt/bildirim i lemi tamamlanmamı tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz. **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 5-a md. Yürürlük: 01/05/2013)** Ancak, Sa lık Bakanlı ı'nın tıbbi cihazlarla ile ilgili ~~Ancak, Sa lık Bakanlı ı'nın tıbbi cihazlar ile ilgili~~ mevzuatı kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin Kurumca kar ılanmasında ve SUT'ta belirtilen istisnalardan T TUBB kayıt/bildirim i leminin tamamlanmı olması artı aranmaz. T TUBB'a kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör firmalarea bayilerinin de T TUBB'da tanımlanmı olması gerekmekte olup resmi kurumlar/resmi sa lık kurumlarından bu artı aranmaz. Bir malzemenin T TUBB kayıt/bildirim i leminin tamamlanmı olması o malzemenin Kurumca bedelinin kar ılanması için tek ba ına yeterli de ildir.

(2) Kurumca bedeli kar ılanan tıbbi malzemelerin, Türkiye laç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (T TUBB)/ Ürün Takip Sistemi (ÜTS) kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı olmalıdır. T TUBB/ÜTS kayıt/bildirim i lemi tamamlanmamı tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Ancak Sa lık Bakanlı ı'nın tıbbi cihazlar ile ilgili mevzuatı kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin Kurumca kar ılanmasında ve SUT' ta belirtilen istisnalardan T TUBB/ÜTS kayıt/bildirim i leminin tamamlanmı olması artı aranmaz. T TUBB/ÜTS'ye kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör **(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 5 md. Yürürlük: 04/09/2019) firmalarea-bayilerinin de** firmalarının da T TUBB/ÜTS'de tanımlanmı olması gerekmekte olup resmi kurumlar/resmi sa lık kurumlarından bu artı aranmaz. Bir malzemenin T TUBB/ÜTS kayıt/bildirim i leminin tamamlanmı olması o malzemenin Kurumca bedelinin kar ılanması için tek ba ına yeterli de ildir.

(3) **(Mülga: RG- 18/01/2016- 29597/ 5 md. Yürürlük: 01/02/2016) (Değişik:RG-04/05/2013-28637/ 5-b md. Yürürlük: 01/05/2013)** İsmarlama tıbbi cihaz kapsamındaki nihai ürünlerin T TUBB kayıt sisteminde Sa lık Bakanlı meca kayıt altına alınmıncaya kadar bedellerinin kar ılanmasında T TUBB kayıt/bildirim i leminin tamamlanmı olması artı aranmaz. **(Değişik: RG- 25/07/2014-29071 / 16-a md. Yürürlük: 25/07/2014)** SUT eki Ek 3/C 2 listesinde yer alan İsmarlama tıbbi cihaz kapsamındaki nihai ürünlerin bedellerinin kar ılanmasında; nihai ürünler T TUBB kayıt sisteminde Sa lık Bakanlı meca kayıt altına alınmıncaya kadar T TUBB kayıt/bildirim i leminin tamamlanmı olması artı aranmaz. Ancak, nihai ismarlama cihazın üretiminde kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olan malzemelerin ayrı ayrı T TUBB kayıt bildirim i lemi tamamlanmı olma artı aranacaktır. İsmarlama cihazın üretiminde kullanılan ve Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olmayan (Örne in, vücuda temas etmeyen kösele, perçin, yapı tırıcı, ip vs.) malzemelerin T TUBB kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı olma artı aranmayacaktır. İsmarlama tıbbi cihaz kapsamındaki nihai ürünlerin bedellerinin kar ılanmasında, bu ürünlerin T TUBB kayıt/bildirim i leminin tamamlanmı olması artı aranmaz. Ancak, **(Değişik: RG-30/08/2014-29104/ 6 md. Yürürlük: 30/08/2014)** SUT eki Ek 3/C 2 listesinde yer alan nihai ismarlama cihazın SUT eki EK 3/C listelerinde yer alan nihai ismarlama cihazların üretiminde kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olan malzemelerin ayrı ayrı T TUBB kayıt bildirim i lemi tamamlanmı olma artı aranacaktır. İsmarlama cihazın üretiminde kullanılan ve Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olmayan (Örne in, vücuda temas etmeyen kösele, perçin, yapı tırıcı, ip vs.) malzemelerin T TUBB kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı olma artı aranmayacaktır.

(4) Kurumla sözle meli sa lık kurumlarınca temin edilerek hastalara kullanılan tıbbi malzemelerin **(Ek:RG-01/02/2019-30673/4-b md.Yürürlük:12/02/2019)** T TUBB/ÜTS kayıt/bildiriminde tanımlı barkod numara bilgisi, hasta güvenli i açısından, hasta i lem dosyasında muhafaza edilir ve Kurumca gerekli görüldü ü durumlarda ibrazı zorunludur. Ancak SUT eki EK-3/A Listesinde yer alan bedeli 100 (yüz) TL'nin altındaki tıbbi sarf malzemelerin yatarak tedavi gören hastalarda kullanılması halinde (inceleme, soru turma, denetim gibi haller hariç) barkod numara belgesinin ibrazı zorunlu de ildir.

(5) Kurumla sözle meli 4734 sayılı Kamu hale Kanununa tabi resmi sa lık kurumları, temin ettikleri tıbbi malzemeler için 4734 sayılı Kanunun 19 uncu, 20 nci, 21 inci ve 22 nci maddelerinde belirtilen ihale usulleri ve do rudan temin alımları da dâhil olmak üzere yaptıkları alımların; ihale kayıt numarasını ( KN) (do rudan temin alımlarında ihale kayıt numarası girilmez), T TUBB kayıt numarasını, KDV hariç alı fiyatını, adedini, tarihini, hastane kodunu, firma bilgisini ve kayıt için istenen di er tüm bilgileri “ hale/Do rudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”na eksiksiz ve düzenli olarak girmek zorundadır. **(Mülga:RG-08/06/2017-30090/5 md.Yürürlük: 08/06/2017)** “ hale/Do rudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”na gerekli bilgileri girmeyen sözle meli resmi sa lık kurumlarının tıbbi malzeme bedelleri, “ hale/Do rudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”na eksiksiz ve düzenli olarak girilinceye kadar Kurumca kar ılanmaz.

(6) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler sağlık kurumu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karılı hastaya aldırılması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

(7) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 5-c md. Yürürlük: 01/05/2013)** Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karılanmayan tıbbi malzemelerin kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, sağlık kurumlarınca hastanın yazılı olarak bilgilendirilmesi halinde hastaya herhangi bir ödeme yapılmaz. Ayrıca bu işlemle ilgili olarak hastaneye mahsuplama yapılmaz. Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karılanmayan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılarak kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, sağlık kurumlarınca hastaya aldırılan bu tıbbi malzemenin Kurumca ödenmediğine ilişkin hastanın yazılı olarak bilgilendirilmesi halinde hastaya herhangi bir ödeme yapılmaz.

**(Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 7 md. Yürürlük: 15/01/2019)**

(8) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilmek suretiyle dışardan temin ettirilmesi halinde, ahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karılanır. **(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 14 md. Yürürlük: 04/02/2018)** Bu listelerde yer alan tıbbi malzemelerden sözleşmeler kapsamında temin edilmesi gereken malzemelerin bedelleri ise bu malzemelerin ancak sözleşmeli merkez/eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karılanır. SUT eki EK-3/C-4 listesinde yer alan, ancak yatarak tedaviler sırasında Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarınca temin edilmesi gereken tıbbi malzeme listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin geri ödeme i lemleri, malzemenin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilerek dışardan temin ettirilmesi halinde ahıs ödemesi kapsamında altıncı ve yedinci fıkralarında yer alan hükümler doğrultusunda yapılır. Ancak tabure olan hastalara reçetelendirilecek malzemeler, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

(9) SUT eki EK-3/B Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin SUT'ta belirtilen istisnalar hariç bedelleri Kurumca karılanmaz. Ayrıca bir tıbbi malzemenin söz konusu listede olmaması, o malzemenin Kurumca bedelinin karılanacağı anlamına gelmez.

(10) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzeme birim fiyatları, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç tavan fiyatlardır.

(11) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 5-ç md. Yürürlük: 01/05/2013)** Sağlık hizmet sunucuları tarafından temin edilen ilgili branşlara ait SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin birlikte fatura edilebileceği birbir uyan işlem tanımları bulunmaması hallerinde ödeme i lemi, gerekli endikasyon uyumu ve ilgili mevzuat hükümleri dikkate alınarak gerçekleştirilir. Bedeli Kurumca karılanmayan i lemlere ait tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karılanmaz.

(12) **(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 5 md. Yürürlük: 12/11/2013)** SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzeme fiyatları, KDV hariç fiyatlardır. İlgili kanunlarda tanımlanan KDV istisna ve muafiyetler ile SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere KDV ilave edilerek ödenir. SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzeme fiyatları, KDV hariç fiyatlardır. İlgili kanunlarda tanımlanan KDV istisna ve muafiyetler ile SUT'ta belirtilen istisnalar ve yurt dışı faaliyet gösteren Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere KDV ilave edilerek ödenir. **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-b md. Yürürlük: 01/08/2014)** Ancak; 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununun 17 nci maddesinin birinci fıkrasında sayılan kurum ve kuruluşlara ayrıca KDV ödenmez.

(13) Kurum SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin bedellerinin karılanabilmesi için kalite ve ürün güvenliğine ait belgeleri istemeye yetkilidir. Bu yetkisini ilgili resmi/özel kurum veya kuruluşlara yaptırmak suretiyle de yerine getirebilir.

**(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-c md. Yürürlük: 25/07/2014)**

(14) Yurt dışında faaliyet gösteren Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularında kullanılan tıbbi malzemeler için işletme gideri, hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi bedelleri Kurumca karılanmaz.

**(Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 6 md. Yürürlük: 01/10/2015)**

(15) Tıbbi malzeme alan tanımları (SUT kodları), SUT eki EK-3 listelerinde yer almaktadır. Tıbbi malzemeler bu SUT kodları ile Kuruma fatura edilebilecek olmakla birlikte, SUT eki EK-3 listelerinde yer alan SUT kodlarının, SUT eki i lemler listelerinde (EK-2/B, EK-2/C gibi) yer alan SUT i lemler kodlarına ilave olarak ayrıca faturalandırılabilmesi için SUT veya eklerinde ilgili tıbbi malzemenin i lemler bedeline ilave olarak faturalandırılabilmesinin belirtilmesi gerekmektedir.

(16) Tıbbi malzeme imal veya ithal eden firmalar tıbbi malzemelerini; Kurumca duyurulan yöntemlerle ve/veya Kurumca yayınlanan Tıbbi Malzeme Bavyuru Kılavuzu kapsamında SUT eki EK-3 listelerindeki **(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 11 md. Yürürlük: 01/12/2016)** (EK-3/C listeleri hariç) tıbbi malzeme alan tanımlarına (SUT kodlarına), küresel ürün numarası (barkod) bazında tanımlar. SUT kodları bazında MEDULA sisteminde i lemler tarihinde tanımlı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karılanmaz.

(17) Barkod-SUT kodu ile tirmelerinin hatalı olduğunun herhangi bir şekilde tespit edilmesi veya tıbbi malzemelerin Kurumca belirlenen kural ve/veya kriterlere uygunsuz bir şekilde fatura edilmesi halinde, söz konusu tıbbi malzeme bedelleri ödenmez, ödenmi ise ilgililerden yersiz ödeme kapsamında tahsil edilir.

**(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 10 md. Yürürlük: 07/10/2016)**

(18) Ödeme kural ve/veya kriterlerinde sağlık hizmeti sunucusu kısıtı bulunan tıbbi malzemelerin faturalandırıldığı SUT eki i lemler bedellerinin ödemesinde de aynı kısıt aranır. Tıbbi malzemelerdeki sağlık hizmeti sunucusu kısıtına uymayan i lemler bedelleri ödenmez.

### 3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler

(1) SUT eki "Ayakta Tedavilerde Kullanılan Tıbbi Malzemeler" (EK-3/C) Listesinde yer alan Kurumca bedeli karılanacak tıbbi malzemeler;

a) Tıbbi Uygunluk Aranacak Tıbbi Malzemeler (EK-3/C-1),

b) Eksternal Alt ve Üst Ekstremiteler/Gövde Protez ve Ortezleri (EK-3/C-2),

- c) Di er Protez ve Ortezler (EK-3/C-3),  
ç) Tıbbi Sarf Malzemeleri (EK-3/C-4),  
d) Özel Hallerde Kar ılanan Tıbbi Malzemeler (EK-3/C-5),

listelerinde SUT kodları, alan tanımları ve fiyatları ile tanımlanmıştır.

(2) SUT eki EK-3/C listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerin bedelleri, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç Kurumca kar ılanmaz.

(3) SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan tıbbi malzemeler genel alan tanımları ile belirlenmiştir. Bu alan tanımları, benzer nitelikleri veya aynı i levsel özellikleri taşıyan tüm tıbbi malzemeleri kapsamaktadır.

(4) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinin açıklama bölümünde "T" harfi yer alan (ki iye özel ısmarlama üretilen) ürünler ile ilgili olarak;

a) "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile itme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında Sağlık Bakanlı ı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezleri ile i itme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) Bu tıbbi malzemeler için fatura eki belgelere, SUT'un **(Değişik:RG-10/05/2018-30417/ 3 md. Yürürlük: 10/05/2018)** 5.3.4 5.3.2 maddesinde belirtilen belgelere ilave olarak, Sağlık Bakanlı ı tarafından verilmiş ruhsatnamenin ve sorumlu müdür belgesinin "aslı gibidir" onaylı örne i eklenir. Ancak, resmi kurumlar/resmî sağlık kurumları bünyesindeki ısmarlama protez ve ortez merkezlerinden bu belgeler istenmez.

**(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 8-a md. Yürürlük: 15/01/2019)**

c) SUT eki EK-3/C-3 listesinin "Lenfödem Bası Giysileri (İsmarlama)" ve "Yanık Bası Giysileri (İsmarlama)" başlıkları altında tanımlanmış tıbbi malzemeler, "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile itme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında olmadığından sözleşme hükümleri doğrultusunda kar ılanır.

(5) SUT eki EK-3/C-1 Listesinde yer alan tıbbi malzemelerden tıbbi uygunluk aranması esas olup, SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan di er tıbbi malzemelerden tıbbi uygunluk aranmaz. Ancak, sürekli kullanım gerektiren rapor takipli;

**(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 5 md. Yürürlük: 01/09/2015)**

**(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 12-a md. Yürürlük: 25/03/2017)**

a) Hasta alt bezi ve çocuk alt bezi, **Hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi ve çocuk alt bezi, çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi,**

b) Kolostomi, ileostomi ve ürostomi **(Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 9 md. Yürürlük: 18/03/2014)** torbaları malzemeleri,

c) Hidrofilik kendinden kayganla tırcılı sonda, hidro kit sonda,

ç) Aspirasyon kateteri,

için tıbbi uygunluk aranması zorunlu olmayıp, ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uygunluk aranabilecektir.

(6) Kullanım adetleri günlük/haftalık/aylık vb. olarak reçetelendirilebilen tıbbi malzemelerin, SUT'ta belirtilen miktarlardan fazla reçete edilmesi **(Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 8-b md. Yürürlük: 15/01/2019)** ve hastalar tarafından fatura kar ılı i temin edilmesi durumunda, SUT'ta belirtilen kullanım adetleri doğrultusunda bedelleri Kurumca kar ılanır.

(7) Kurumca bedeli kar ılanan tıbbi malzemelerin kaybolması veya çalınması halinde malzemenin SUT'ta belirtilen miat süresi doluncaya kadar Kurumca yenisinin bedeli kar ılanmaz.

~~(8) (Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 8-b md. Yürürlük: 15/01/2019) Tıbbi malzemenin reçete tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 10 i günü olmalıdır. Ancak ki iye özel ısmarlama olarak üretilen veya Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerde bu süre aranmaz.~~

~~(9) (Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 8-b md. Yürürlük: 15/01/2019) —ade kapsamındaki cihazlara ait i lemlerin reçete ve sağlık raporu ile birlikte reçete tarihinden itibaren 10 i günü içinde Kurumumuz tarafından kilitlerine basılarak başlatılması zorunludur. Kurumca iade alınan cihazların bası yapılan sosyal güvenlik il müdürlü ü sto unda bulunmadığı durumlarda, bu cihazlara ait fatura tarihi ile stok kontrol tarihi arasında en fazla 30 i günü bulunması halinde Kurumca bedelleri kar ılanır.~~

~~(10) (Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 8-b md. Yürürlük: 15/01/2019) SUT'ta geçerlilik süreleri ayrıca belirtilenler hariç olmak üzere tıbbi malzemelerin teminine ilişkin düzenlenen sağlık raporları (Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 15-a md. Yürürlük: 15/02/2018) ve reçeteler ile ilgili olarak;~~

~~a) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporları en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.~~

~~(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 15-b md. Yürürlük: 04/02/2018)~~

~~b) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için düzenlenen sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 2 ay olmalıdır. Ancak temin edilen tıbbi malzemenin ısmarlama ürün olması halinde sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.~~

~~b) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için;~~

~~1) —ahıs ödeme kapsamında temin edilecek olması durumunda, sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında süre en fazla 2 ay, temin edilen malzemenin ısmarlama ürün olması halinde ise sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.~~

~~2) Sözleşme merkez/eczanelerden temin edilecek olması durumunda, malzemenin hazır veya ısmarlama olduğu na bakılmaksızın sağlık raporu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde reçetenin düzenlenmesi gerekmekte olup, sağlık raporu ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.~~

~~(Ek: RG- 09/09/2017- 30175/ 12-a md. Yürürlük: 01/10/2017)~~

~~c) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenen sağlık raporlarına istinaden temin edilen tıbbi malzeme reçeteleri, Kurum kayıtlarında yer alan malzeme bitim tarihinden 15 gün öncesine kadar düzenlenebilir.~~

~~(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 15-c md. Yürürlük: 15/02/2018)~~

e) SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ili kin reçeteler en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda düzenlenir.

(11) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazların bakım ve onarımı;

a) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ili kin hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek bakım ve onarım masraflarından garanti kapsamı süresi içinde olan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında olan masraflar ise bakım ve onarımın gerektiğinin Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından kar ılanacaktır.

b) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ili kin bakım ve onarım ihtiyacı olması halinde; garanti süresi içerisinde sat ı yapan firmaya, garanti süresi dışında ise Kurumun ilgili birimine müracaat edilir. **(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 6 md. Yürürlük: 04/09/2019)** Kurumca iade alınan DO1009, DO1017 ve DO1071 SUT kodlu cihazlara ili kin bakım ve onarım ihtiyacı olması halinde; garanti süresi içerisinde olan cihazların bakım ve onarım sa lanıncaya kadar sat ı yapan firma hastalara ücretsiz yedek cihaz temin etmek zorundadır. Garanti süresi dışında olan cihazlarda ise bakım ve onarım sa lanıncaya kadar Kurumun ilgili birimi varsa stoktan hastaya yedek cihaz temini yapacak olup, stoklarda bulunmadığı anda bakım ve onarım hizmeti satın alınan firma tarafından hastalara ücretsiz yedek cihaz temin edilir.

c) Söz konusu malzemelerin kullanım kurallarına uyulmaması nedeniyle olan onarım masrafları Kurumca kar ılanmaz. Bu amaçla Kurum, arızanın meydana geli sebebini hekim raporu ile ihtiyaç duyulması halinde ise hekim raporuna ek olarak teknik servis raporu ile tespit eder.

(12) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler SUT'ta belirtilen miat sürelerinden önce yenilenmez. Ancak;

a) Büyüme ve gelişme ça ındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen miatlı tıbbi malzemeler, malzemenin çocu un büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sa lık raporu ile belgelenmesi ko uluyla süresinden önce SUT hükümleri do rultusunda yenilenebilir.

b) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 6-a md. Yürürlük: 01/05/2013)** ~~Miatlı tıbbi malzemenin~~ SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-3 listelerinde yer alan miatlı tıbbi malzemelerin kullanım süresi dolmadan kullanıcının kasit ve kusuru olmaksızın arızalandığı nın veya kullanılamaz hale geldiğinin sa lık raporu ile belgelendirilmesi ve Kurumca onarımının sa lanamaması hâlinde; garanti süresi içerisinde sat ı yapan firma tarafından, garanti süresi dışında ise Kurum tarafından süresinden önce yenilenebilir.

e) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 6-b md. Yürürlük: 01/05/2013)** ~~SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin bakım ve onarımının mümkün olmadığı nın, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sa lık kurumları tarafından düzenlenmi ve protez/ortezli olu turan ara ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığı nın ayrıntılı olarak belirtildiğ i sa lık raporu ile belgelenmesi ko uluyla; ilgili parçaların bakım/onarım masraflarının toplam bedelinin, protez/ortez bedelinin %75'ini a ması halinde süresinden önce SUT hükümleri do rultusunda yenilenir.~~

c) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin bakım ve onarımının mümkün olmadığı durumlarda protez/ortezin süresinden önce yenilenme talepleri, protez/ortezli olu turan ara ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığı nın ayrıntılı olarak belirtildiğ i, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sa lık kurumları tarafından düzenlenmi sa lık raporu ile belgelenmesi ko uluyla, ilgili parçaların bakım/onarım masraflarının toplam bedelinin protez/ortez bedelinin %75'ini a ması halinde süresinden önce SUT hükümleri do rultusunda kurum tarafından kar ılanacaktır.

**(Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 6-c md. Yürürlük: 01/05/2013)**

c) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin **(Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 8-c md. Yürürlük: 15/01/2019)** yenilenme miat süresi içerisinde, protez/ortezli olu turan ara ürünlerden herhangi birisinin yenilerek mevcut protez/ortezin kullanılabilceğinin sa lık raporu ile belgelendirilmesi halinde, bakım onarımı gereken parçaların bedelleri, SUT hükümleri do rultusunda Kurum tarafından kar ılanacaktır.

(13) Protez ve ortezlerin **(Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 8-ç md. Yürürlük: 15/01/2019)** yenilenme miat süresi sonunda bazı parçalarının de i tirilerek kullanılabilceğinin sa lık raporu ile saptanması halinde; protez ve ortezin de i im süresi, aslına uygun olarak de i tirilen parçalardan de i im süresi en uzun olanının kullanım süresi kadar uzar. Ancak, aynı protez ve ortezin yeniden talep edilmesi halinde de i en parçaların bedeli ödenecek tutardan mahsup edilir.

(14) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin miat süresini takiben yapılan bakım/onarım masraflarının toplam bedeli, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç, tıbbi malzeme bedelinin %75'ini geçemez.

(15) Tıbbi malzemelerin yenilenmesi için düzenlenecek sa lık kurulu raporlarında, önceden Kurumca bedeli kar ılanan protez veya ortezin yenilenmesi gerektiğinin gerekçeleriyle birlikte belirtilmesi gerekmektedir. Kurumca bedeli kar ılanan protez veya ortezin kullanım süresinin doldu u ve/veya sa lık kurulu raporu ile yenilenmesinin gerektiğ i durumlarda düzenlenecek sa lık kurulu raporlarında daha önce kullanılan protez veya ortezin belirtilmesi gerekmektedir.

**(Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 8-d md. Yürürlük: 15/01/2019)**

~~(16) Müebir sebeplere ba lı olarak kullanılmayacağı nın belgelendirilmesi ve Kurumun da uygun görmesi durumunda, SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3, EK-3/C-4 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler kullanım sürelerine bakılmaksızın yenilenir.~~

(16) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3, EK-3/C-4 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler, Kurumun uygun gördü ü müebir sebeplere ba lı olarak kullanılmayacağı nın belgelendirilmesi halinde, kullanım sürelerine bakılmaksızın yenilenir.

(17) 3713 sayılı Kanuna göre aylık ba lanmı maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık ba lanlar **(Mülgä: RG- 07/10/2016- 29850/ 11 md. Yürürlük: 07/10/2016)** ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi ba kasının yardımı ve deste i olmaksızın ya amak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 11 md. Yürürlük: 07/10/2016 ) vazife ve harp malullerinin** vazife ve harp malulleri ile at ı , tatbikat veya di er ate li silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerinin sa lık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve di er iyile tirici araç ve gereçlerin bedelleri herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin Kurumca kar ılanır. Ancak bu kapsamdaki ki ilerinin;

**(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2014)**

a) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde belirtilen fiyatları a- mamak üzere Kurumca kar ılanır.

b) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde bedelleri fatura tutarı üzerinden ödenir. Bu malzemelere ait sa- lık kurulu raporları üçüncü basamak resmi sa- lık kurumlarınca düzenlenir.

c) SUT ve eki listelerde yer almayan her türlü protez/ortez ve di- er iyile tirici araç ve gereçlerin benzer nitelik veya aynı i- levsel özellikte olanlarında, SUT eki listelerde yer alması durumunda bu tıbbi malzemeler için listelerdeki fiyatlar tavan fiyatları olarak uygulanır.

**(Mülga: RG-25/03/2017- 30018/ 12-b md. Yürürlük: 11/02/2017)**

a) SUT ve eki listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde belirtilen fiyatları a- mamak üzere Kurumca kar ılanır.

b) SUT ve eki listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerden, benzer nitelik veya aynı i- levsel özellikte olanların SUT ve eki listelerde yer alması durumunda bu tıbbi malzemeler için listelerdeki fiyatlar tavan fiyatı olarak uygulanır.

**(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 12-b md. Yürürlük: 09/09/2017)**

a) SUT ve eki listelerinde yer alan tıbbi cihazları temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde yer alan fiyatları a- mıyor ise bu fiyatlar üzerinden Kurumca kar ılanır.

**(Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 8-e md. Yürürlük: 28/12/2018)**

b) SUT' ta yer alan fiyatlarla temin edilemeyen ortez/protez ve di- er iyile tirici araç ve gereçler ile SUT' ta yer almayan her türlü ortez/protez ve di- er iyile tirici araç ve gereçlere, Sa- lık Bakanlığı Sa- lık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon E- itim ve Ara- tırma Hastanesi ile yapılacak protokol/sözle- me kapsamında, bu hastanede olu- an ve/veya olu- turulacak komisyon/kurulca ihtiyacı oldu- nunun tespit edilmesi ve ihtiyacın hastaneye kar ılanarak Kuruma faturalandırılması halinde fatura tutarı üzerinden ödenir.

b) SUT'ta yer alan fiyatlarla temin edilemeyen ortez/protez ve di- er iyile tirici araç ve gereçler ile SUT'ta yer almayan her türlü ortez/protez ve di- er iyile tirici araç ve gereçler, Sa- lık Bakanlığı Sa- lık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon E- itim ve Ara- tırma Hastanesi ile yapılan protokol/sözle- me kapsamında, bu hastanede olu- an ve/veya olu- turulacak komisyon/kurulca ihtiyacı oldu- nunun tespit edilmesi ve ihtiyacın hastaneye kar ılanarak Kuruma faturalandırılması halinde fatura tutarı üzerinden ödenir. Ancak hazır ortez/protez ve di- er iyile tirici araç ve gereçler, hastane tarafından temin edilme bedeli üzerine 10 brüt asgari ücret tutarını geçmemek üzere %12 oranında i- letme gideri eklenerek Kuruma fatura edilir.

c) SUT ve eki listelerde yer alan tıbbi malzemeler ile benzer nitelik veya aynı i- levsel özellikte olmayan tıbbi malzeme bedellerinin ödemeleri ise, söz konusu tıbbi malzemenin Kurumca uygun görülerek bu listelere eklenmesi halinde mümkün olacaktır.

c) Tıbbi malzemelere ili- kin bakım ve onarım masrafları garanti süresi içinde firma tarafından kar ılanacaktır. Kuruma ayrıca faturalandırılmaz.

d) Tıbbi malzemelerin garanti süresi içindeki yenilenme talepleri Kurumca kar ılanmaz.

e) Aynı i- levi gören birden fazla ürün çe- idi bulunan tıbbi malzemelerden birinin temini halinde di- erlerinin bedeli, temin **(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2014)** edilen malzemenin edilen tıbbi malzemenin garanti süresi dolana kadar Kurumca kar ılanmaz.

**(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 8 md. Yürürlük: 01/01/2015)**

f) SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin garanti süresi sonunda kullanılamaz durumda oldu- nunun fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldı- ı sa- lık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde, tıbbi malzemelerin yenilenme talepleri listelerde yer alan yenilenme süreleri dikkate alınmadan Kurumca kar ılanır.

g) SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde hakem hastane onay artı aranmaz.

**(Ek: RG- 14/07/2016- 29770/ 7 md. Yürürlük: 01/08/2016)**

) Tetrapleji veya parapleji tanılı hastalarda manuel tekerlekli sandalye ile akülü tekerlekli sandalyenin aynı anda reçete edildi- i durumlarda, her iki malzeme bedeli de Kurumumuzca kar ılanır.

(18) Genel sa- lık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan ki- ilerinin 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalınması nedeniyle yaralandıklarını gösterir ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belgeye istinaden ki- ilerinin tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinle inceye kadar geçen süre içerisinde sa- lık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve di- er iyile tirici araç ve gereçlerin bedellerinin ödenmesinde SUT'un 3.1.2(17) fıkrası gibi yararlandırılır. Fatura eki belgelere ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belgenin de eklenmesi gereklidir. **(Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 6-ç md. Yürürlük: 01/05/2013)** Ancak, bu ki- ilerinin maluliyetleri ile ilgili durum kesinle tikten sonra, 5510 sayılı kanuna göre hangi kapsamda sa- lık yardımlarından yararlandırıldı- ına bakılarak ortez/protez ve di- er iyile tirici araç ve gereçlerin bedelleri kar ılanır.

**(Ek:RG-08/06/2017-30090/6 md. Yürürlük: 01/07/ 2017)**

(19) Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait fatura bedelleri malzemenin sözleşmeli satı- merkezlere veya eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca kar ılanır. **(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 15-ç md. Yürürlük: 15/02/2018)** Ancak; "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile itme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında Sa- lık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez **(Mülga: RG-21/03/2018-30367/ 12 md. Yürürlük:01/04/2018)** merkezleri ile i- tme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanacak tıbbi malzemeler ile Kurumca iade alınan tıbbi malzeme bedelleri sözleşme meler tamamlanıncaya kadar tahsis ödemesi ekinde yapılır.

**(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 8-f md. Yürürlük: 15/01/2019)**

(20) Kurum mevzuatında yer alan istisnalar hariç Kurumca bedeli kar ılanmayan tıbbi cihazlara ait tıbbi sarf malzeme ve bakım/onarım bedelleri kar ılanmaz.

(21) Reçetelerde hekimce yapılması gereken düzeltmeler reçeteyi yazan hekim, ilgili hekimin bulunmaması halinde reçeteyi düzenleyen sa lık hizmet sunucusundaki aynı bran tan hekim tarafından, uzman hekim raporlarında raporun düzenlendi i sa lık hizmet sunucusundaki raporu düzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı bran tan hekim), sa lık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından yapılır.

(22) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilmek suretiyle dı ardan temin ettirilmesi halinde, ahıs ödemesi olarak SUT hükümleri do rultusunda bedelleri Kurumca kar ılanır. Bu listelerde yer alan tıbbi malzemelerden sözle meler kapsamında temin edilmesi zorunlu malzemelerin bedelleri ise bu malzemelerin ancak sözle meli merkez/eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca sözle me hükümleri do rultusunda kar ılanır. SUT eki EK-3/C-4 listesinde yer alan, ancak yatarak tedaviler sırasında Kurumla sözle meli sa lık kurumlarınınca temin edilmesi gereken tıbbi malzeme listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin geri ödeme i lemleri, malzemenin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilerek dı ardan temin ettirilmesi halinde ahıs ödemesi kapsamında SUT'un 3.1.1 inci maddesinin altıncı ve yedinci fıkralarında yer alan hükümler do rultusunda yapılır. Ancak taburcu olan hastalara reçetelendirilecek malzemeler, ayakta tedavi kapsamında de erlendirilir.

**(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 8-g md. Yürürlük: 15/01/2019)**

### **3.1.2.1- Şahıs ödemesi kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve reçeteler**

(1) Malzemenin hazır olması halinde sa lık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında süre en fazla 2 ay, temin edilen malzemenin ismarlama olması halinde ise sa lık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.

(2) Ismarlama olarak üretilen protez ve ortezlerde reçete tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.

(3) ade kapsamındaki cihazlara ait i lemlerin reçete ve sa lık raporu ile birlikte reçete tarihinden itibaren 10 i günü içinde Kurumumuz ta ra te kilatlarına ba vurularak ba latılması zorunludur. Kurumca iade alınan cihazların ba vuru yapılan sosyal güvenlik il müdürlü ü sto unda bulunmadı ı durumlarda, bu cihazlara ait fatura tarihi ile stok kontrol tarihi arasında en fazla 30 i günü bulunması halinde Kurumca bedelleri kar ılanır.

### **3.1.2.2- Sözleşmeler kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve reçeteler**

(1) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için; malzemenin hazır veya ismarlama oldu una bakılmaksızın sa lık raporu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde reçetenin düzenlenmesi gerekmekte olup, sa lık raporu ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.

(2) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ili kin sa lık raporları SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere en fazla 2 yıl geçerlidir.

(3) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ili kin düzenlenen sa lık raporlarına istinaden temin edilen tıbbi malzeme reçeteleri, Kurum kayıtlarında yer alan malzeme bitim tarihinden 15 gün öncesine kadar düzenlenebilir.

(4) SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ili kin reçeteler en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda düzenlenir.

**(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 7 md. Yürürlük: 04/09/2019)**

(5) SUT ve eki listelerde sa lık raporlarının hangi basamak sa lık hizmeti sunucularınca düzenlenece ine yönelik hüküm bulunmayan sürekli kullanılan tıbbi malzemelerin teminine ili kin sa lık raporları ikinci veya üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca düzenlenir.

### **3.1.3 - Yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler**

(1) **(Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-a md. Yürürlük: 01/10/2014)** Sa lık hizmeti sunucuları tarafından temin edilen ilgili bran lara/ürün gruplarına ait Kurumca bedeli kar ılanacak tıbbi malzemelerin SUT kodları, tıbbi malzeme alan tanımları ve fiyatları a a ıdaki SUT eki listelerde tanımlanmıştır;

a) Birden Fazla Bran ta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A),

b) Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-1),

c) Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Artroplastisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-1),

d) Göz Sa lı ı ve Hastalıkları Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/G),

e) Kardiyoloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/H),

f) Kalp Damar Cerrahisi Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/I),

g) Kulak Burun Bo az Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/J),

h) Kadın Hastalıkları ve Do um Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/K),

ı) Üroloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/L),

j) Radyoloji Bran ı ve Endovasküler/Nonvasküler Giri msel lemlere Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/M),

k) Allogreft Ürün Grubu (EK-3/N-1),

l) Beyin Cerrahisi Bran ı Kranial Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-2).

**(Ek: RG- 01/08/2013- 28725/ 8 md. Yürürlük: 01/08/2013)**

m) Hematoloji Onkoloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/O),

n) Nefroloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/P),

**(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-ç md. Yürürlük: 01/08/2014)**

o) Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-2),

p) Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-3),

q) Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-4),

r) Xenogreft Ürün Grubu (EK-3/N-2),

s) Sentetik Greft Ürün Grubu (EK-3/N-3),

t) Gastroenteroloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/R),

u) Gö üs Hastalıkları ve Gö üs Cerrahisi Bran larına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/S),



s) Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Acil Tıbbi Tedavisi Branına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/T)

(2) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-b md. Yürürlük: 01/10/2014) Aşağıdaki branlarda kullanılan ve bu branlara ait SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karılanmaz. (Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 13 md. Yürürlük: 25/03/2017) Aşağıda tanımlı Kurum tarafından SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler için yapılacak sözleşme ve/veya protokol yapılarak bedeli karılan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere aşağıda tanımlı SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karılanmaz. (Ek: RG- 22/10/2014- 29153/ 1-a md. Yürürlük: 01/10/2014) Ancak Kamu ihale Kanununa tabi olan resmi satış kurum ve kuruluşlarında alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu ihale Kanunu kapsamında kesinle en ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla "Birden Fazla Bran ta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)" kapsamında değerlendirilecek ürünler için (Değişik: RG- 18/02/2015-29271/ 5 md. Yürürlük: 18/02/2015) 1/4/2015 1/7/2015 tarihine kadar bu art aranmaz.

a) Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-1),

b) Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Artroplastisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-1),

c) Göz Sa lı ı ve Hastalıkları Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/G),

ç) Kardiyoloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/H),

d) Kalp Damar Cerrahisi Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/I),

e) Kulak Burun Bo az Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/J),

f) Kadın Hastalıkları ve Do um Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/K),

g) Üroloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/L),

ğ) Radyoloji Bran ı ve Endovasküler/Nonvasküler Giri imsel lemlere Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/M),

h) Allogreft Ürün Grubu (EK-3/N-1),

ı) Beyin Cerrahisi Bran ı Kranial Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-2).

(Ek: RG- 01/08/2013- 28725/ 9 md. Yürürlük: 01/01/2014)

i) Hematoloji Onkoloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/O),

j) Nefroloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/P),

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-d md. Yürürlük: 01/10/2014)

k) Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-2),

l) Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-3),

m) Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-4),

n) Xenogreft Ürün Grubu (EK-3/N-2),

o) Sentetik Greft Ürün Grubu (EK-3/N-3),

ö) Gastroenteroloji Bran ına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/R),

p) Gö üs Hastalıkları ve Gö üs Cerrahisi Bran larına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/S),"

r) Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Acil Tıbbi Tedavisi Branına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/T)

(Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-b md. Yürürlük: 01/10/2014)

s) Birden Fazla Bran ta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A),

(3) SUT eki bran listelerinde, birden fazla bran ta kullanılan tıbbi sarf malzemeleri (steril eldiven, sütur, sonda vb.) yer almamakta olup, söz konusu malzemelerin kullanıldığı bran tan fatura edilmesi halinde SUT hükümleri do rultusunda bedelleri Kurumca karılanır.

(4) (Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 10 md. Yürürlük: 18/03/2014) SUT eki EK-3/M Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin endovasküler/nonvasküler giri imsel i lem yapan bran larda da kullanılması halinde bedeli Kurumca karılanır. (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-c md. Yürürlük: 01/10/2014 ) İlgili bran listesinde yer almayan, ancak SUT eki di er bran listelerinde bulunan ve ilgili bran tarafından da kullanılabilir nitelikte olan malzemelerin, SUT eki di er bran listesindeki SUT kodu ve geri ödeme kurallarına uygun olarak, ilgili bran tarafından faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karılanır. İlgili bran /ürün grubu listesinde yer almayan, ancak SUT eki di er bran /ürün grubu listelerinde bulunan ve ilgili bran tarafından da kullanılabilir nitelikte olan malzemelerin, SUT eki di er bran /ürün grubu listesindeki SUT kodu ve geri ödeme kurallarına uygun olarak, ilgili bran tarafından faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karılanır. SUT eki EK-3/M Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin endovasküler/nonvasküler giri imsel i lem yapan bran larca da kullanılması halinde bedeli Kurumca karılanır.

(5) Yatan hasta tedavilerinde kullanılan tıbbi malzemeler için düzenlenmiş satış kurulu raporları/konsey kararları düzenlendi i satış hizmeti sunucusunda geçerlidir. Satış kurulu/konsey, hizmeti veren satış hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.

(6) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzeme alan tanımlarına ait konsey kararı/satış kurulu raporu/heyet raporu/epikrizde 2 uzman hekim imzası acil haller için aranmaz. Hastanın acil olduğuna dair detaylı bilgi epikriz raporunda belirtilmelidir.

(7) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-ç md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT eki listelerde yer alan malzemelerin, MEDULA hastane uygulamasına serbest kodsuz malzeme olarak girilmesi halinde bedeli Kurumca karılanmaz. SUT ve eki listelerde yer alan veya yer almayan malzemeler, serbest kodsuz olarak MEDULA hastane uygulamasına girilemez, girilmesi durumunda hiçbir koşulda bedelleri Kurumca karılanmaz. (Ek: RG- 22/10/2014- 29153/ 1-b md. Yürürlük: 01/10/2014) Ancak Kamu ihale Kanununa tabi olan resmi satış kurum ve kuruluşlarında alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu ihale Kanunu kapsamında kesinle en ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla "Birden Fazla Bran ta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)" kapsamında değerlendirilecek ürünler için (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 5 md. Yürürlük: 18/02/2015) 1/4/2015 1/7/2015 tarihine kadar bu art aranmaz. (Mülga:RG-22/10/2014-29153/ 1-c md. Yürürlük: 01/10/2014) Ancak ismarlama tıbbi cihaz kapsamında bulunan tümör rezeksiyon protezi eklemindeki nihai ürünlerin bedellerinin

kar ilanmasında (Mülga: RG- 14/10/2014- 29145/ 1 md. Yürürlük: 14/10/2014) bu art ve (Ek: RG- 22/10/2014- 29153/ 1- c md. Yürürlük: 01/10/2014) ise MEDULA-Hastane sistemi üzerinden faturalandırma artı aranmayacak olup manuel faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(8) Sa lık kurumlarında demirba olarak kullanılan malzemeler ile bunlara ait tamir ve bakım-onarım masrafları ile yedek parça, aksesuar ve tekrar kullanılabilir sarf malzeme bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Ancak, sa lık kurumlarında demirba olarak kullanılan malzemelerin hasta kullanımına mahsus tek kullanımlık tıbbi sarf malzeme bedelleri Kurumca kar ılanır.

(9) Sa lık hizmeti sunucuları tarafından temin edilen tekrar kullanılabilir tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(10) Laboratuvar testlerinde kullanılan tıbbi malzemeler i lem bedeli içerisinde ödendi inden Kuruma ayrıca fatura edilemez.

(Ek: RG- 10/04/2014- 28968/ 5 md. Yürürlük: 10/04/2014)

(11) Taniya dayalı i lem kapsamına dahil olup ayrıca faturalandırılmayan tıbbi malzemelerden, Kurumca belirlenerek Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanacak tıbbi malzemeler MEDULA sistemine kaydedilir.

### 3.1.4 - Taniya dayalı işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler

(1) Taniya dayalı i lem üzerinden ödeme yöntemi ile faturalandırılan i lemlere dahil tıbbi malzemeler için de SUT ve eki listelerde belirtilen kurallar geçerlidir.

(2) Taniya dayalı ödeme i lem puanına dâhil olmayan tıbbi malzemeler;

a) (Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 7-a md. Yürürlük: 01/02/2016) Plak, çivi, vida, ankor,

b) Kemik çimentosu,

c) (Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 9 md. Yürürlük: 01/10/2014) Eksternal fiksator setleri,

ç) Her türlü eklem implantı,

d) Omurga implantı,

e) Kalp pili,

f) Pace elektrodu,

g) Koroner stentler,

ı) Kalp kapakları,

h) ntraaortik balon, ventrikül destek cihazı,

ı) Kapaklı kapaksız kondüit,

i) Valf ringi,

j) Her türlü greft, shunt ve suni damar,

k) Protezler,

l) Aterektomi cihazı,

m) Çift yüzlü yamalar (meshler),

(Mülga: RG- 25/03/2017- 30018/ 14 md. Yürürlük: 05/04/2017)

n) —ntraoperatif nöromonitarizasyonda kullanılan tıbbi malzemeler,

o) SUT eki EK-2/C Listesi açıklama bölümünde taniya dayalı ödeme i lem puanına dâhil olmadığı belirtilen tıbbi malzemelerin,

(Ek: RG- 14/10/2014- 29145/ 2 md. Yürürlük: 14/10/2014)

ö) SUT eki EK-3/F-2 listesinde yer alan “Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Malzeme Seti”

(Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 6 md. Yürürlük: 01/10/2014)

p) (Mülga: RG- 28/12/2018- 30639/ 9 md. Yürürlük: 15/01/2019) SUT eki EK-3 Tıbbi Malzeme Listelerinde ayrıca faturalandırılabilen i belirtilen tıbbi malzemelerin,

SUT hükümleri do rultusunda bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) (Mülga: RG- 18/01/2016- 29597/ 7-b md. Yürürlük: 18/01/2016) SUT eki listelerdeki i lemlerin açıklama bölümlerinde yer alan i lem puanına dahil olmadığı belirtilen tıbbi malzemelerle aynı i levsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdi i kabul edilen tıbbi malzemeler de i lem kapsamı dı nda de erlendirilir.

## 3.2 - Tıbbi malzeme ödeme esasları

### 3.2.1 - Yatarak tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 6 md. Yürürlük: 12/11/2013) 3.2.1.A —Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

#### 3.2.1.A.1 —Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sa lık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildi ine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır.

(2) SUT eki listelerde tanımlanmayan bran /bran lara ait tıbbi malzemeler veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, KDV dâhil alı fiyatı üzerine; %15 i letme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca kar ılanır.

#### 3.2.1.A.2 —Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki listelerde fiyatı yer alan tıbbi malzemeler, belirlenen fiyatları a mamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan bran /bran lara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, “ hale/Do rudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”nda malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 hastaneye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda Kurumca kar ılanmaz. 3 fiyat bilgisinin oldu u tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum ta ra te kilatı inceleme birimlerince ilgili tıbbi malzeme ile benzer nitelikte, aynı i levsel özellikte oldu u ve aynı tıbbi sonucu verdi i kabul edilen tıbbi malzemelerin i lem tarihinden geriye do ru son bir yıl içerisindeki en dü ük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

### 3.2.1.B- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki listelerde fiyatı yer alan tıbbi malzemeler, belirlenen fiyatları a-mamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan bran-/bran-lara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, “ hale/Do-rudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”nda malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı hastaneye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda Kurumca kar-ılanmaz. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum ta-ra-te-kilatı inceleme birimlerince ilgili tıbbi malzeme ile benzer nitelikte, aynı i-levsel özellikte olduğu ve aynı tıbbi sonueu verdi-i kabul edilen tıbbi malzemelerin i-lem tarihinden geriye do-ru son bir yıl içerisindeki en dü-ük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

#### 3.2.1.A- Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-a md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT ve eki SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sa-lık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildi ine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. Bu fiyatlara (Ek: RG-30/08/2014- 29104/ 7-a md. Yürürlük: 01/08/2014) Kurum bilgi i-lem sistemi tarafından %12 i letme gideri ilave edilir. (Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 15 md. Yürürlük: 25/03/2017) Kurum tarafından SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler için sözleş-me ve/veya protokol yapılarak bedeli kar-ılanan tıbbi malzemelerin geri ödemede esas alınacak fiyatları ise sözleş-me ve/veya protokollerde belirtilen fiyatlar olup; sözleş-me ve/veya protokollerde yer alan bu fiyatları a-mamak üzere Kuruma fatura edilir.

(2) (Değişik: RG-18/03/2014-28945/11 md. Yürürlük: 01/04/2014) SUT eki listelerde tanımlanmayan bran-/bran-lara ait tıbbi malzemeler veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, KDV dâhil alı-fiyatı üzerine; %15 i letme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca kar-ılanır.. SUT eki listelerde tanımlanmayan bran-/bran-lara ait tıbbi malzemeler veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, alı-fiyatı üzerine; %15 i letme gideri, hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi (Mülga:RG- 25/07/2014-29071 /17 md. Yürürlük: 01/08/2014) ve KDV tutarı kadar bedel ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca kar-ılanır. (Değişik : RG-30/08/2014-29104 / 7-a md. Yürürlük: 01/08/2014) SUT eki listelerde tanımlanmayan bran-/bran-lara ait tıbbi malzemeler veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler alı-fiyatı ile fatura edilir, alı-fiyatının üzerine Kurum bilgi i-lem sistemi tarafından %15 i letme gideri, %1 Hazine kesintisi, %1 Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek bedelleri Kurumca kar-ılanır. (Değişik:RG-01/10/2014-29136/9-a md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar-ılanmaz. (Ek:RG-22/10/2014-29153/2 md. Yürürlük: 01/10/2014) Ancak alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu hale Kanunu kapsamında kesinle-en ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla “Birden Fazla Bran ta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)” kapsamında de-erlendirilecek ürünler için 1/4/2015 tarihine kadar bu-art aranmaz. (Değişik: RG-24/12/2014-29215/10 md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar-ılanmaz. Ancak alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu hale Kanunu kapsamında kesinle-en ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla “Birden Fazla Bran ta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)” kapsamında de-erlendirilecek ürünler için (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 7 md. Yürürlük: 18/02/2015) 1/4/2015 1/7/2015 tarihine kadar bu-art aranmaz. Bu kapsamda de-erlendirilmekle birlikte SUT eki EK-3/A listesinde tanımlanmayan tıbbi malzemeler alı-fiyatı ile fatura edilir, alı-fiyatının üzerine Kurum bilgi i-lem sistemi tarafından %15 i letme gideri ile Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek bedelleri Kurumca kar-ılanır.

(Ek: RG- 10/04/2014- 28968/ 6 md. Yürürlük: 10/04/2014)

(3) (Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 8 md. Yürürlük: 30/04/2016) Kurumca belirlenecek tıbbi malzemeler için, söz konusu tıbbi malzemelerin tedarikçileri ile sözleş-me yapılması halinde, sözleş-me tarihinden itibaren temin edilen tıbbi malzemelerin tedarikçilerine, 4734 sayılı Kamu hale Kanununa göre alım yapan sa-lık hizmeti sunucuları tarafından yapılan ihaleler sonucu olu-acak olan fiyatlar üzerinden ve genel sa-lık sigortasından yararlandırılan ki-şilerin tedavisinde kullanılması-artıyla Kurum tarafından do-rudan ödeme yapılabilir. Kurum ihaleler sonucu olu-an fiyatlar üzerinden sözleş-meli tıbbi malzeme tedarikçilerinden iskonto talep edebilir ve ihaleyi yapan sa-lık hizmeti sunucularına kurumca belirlenen tutarlar üzerinden i-letme gideri ödeyebilir. Bu durumda ilgili tedarikçi firma ve sa-lık hizmeti sunucusuna ödenen toplam tutar SUT'ta belirlenen fiyatları geçemez. Bu madde kapsamındaki sa-lık hizmeti sunucularından Kurumca belirlenecek olanların tıbbi malzeme ihtiyaçlarını kar-ılamak üzere Kurum tıbbi malzeme satı-merkezleriyle sözleş-me yapabilir. Tıbbi malzeme satı-merkezleri Kurumun belirledi-i tıbbi malzeme alan tanımları için SUT fiyatları üzerinden Kurumun belirledi-i oranda iskonto yapar. Kurum her bir tıbbi malzeme alan tanımı için ayrı ayrı iskonto oranı belirleyebilir. Her hangi bir tıbbi malzeme alan tanımı için tıbbi malzeme satı-merkezlerine ödenecek olan tutar, aynı tıbbi malzeme alan tanımının SUT'ta belirlenen fiyatlarının Kuruma maliyetini geçemez.

3.2.1.B (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 7-b md. Yürürlük: 01/08/2014)Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarında; Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-b md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT ve eki SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sa-lık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildi ine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. (Ek:RG-09/09/2017- 30175/13 md. Yürürlük: 05/07/2017) Bu fiyatlara Kurum bilgi i-lem sistemi tarafından %12 i letme gideri ilave edilir. (Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 7-c md. Yürürlük: 01/08/2014) Kurum bilgi i-lem sistemi tarafından KDV, (Mülga:RG-09/09/2017- 30175/14 md. Yürürlük: 05/07/2017) i-letme gideri, Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilmeksizin Kurumca bedelleri kar-ılanır.

(2) (Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 12 md. Yürürlük: 01/04/2014) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan bran-/bran-lara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, “ hale/Do-rudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”nda malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı üçüncü basamak

hastaneye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda Kurumca kar ılanmaz. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum tarafından teklifi inceleme birimlerince ilgili tıbbi malzeme ile benzer nitelikte, aynı i levsel özellikte olduğu ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemelerin i lem tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır), KDV dâhil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir. SUT ve eki listelerde tanımlanmayan bran /bran lara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, küresel ürün numarası (barkod) veya etiket adı ile "hale/Do rudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"nda yapılan sorgulamada alım tarihi itibarıyla o malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı üçüncü basamak hastaneye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Bünyesinde e itim ve ara tırma hastanesi bulunan kamu hastaneleri birli i genel sekreterliklerinin ihale/do rudan temin sonuç bilgileri de üçüncü basamak hastane bilgisi olarak de erlendirilir. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum tarafından teklifi inceleme birimlerince alım tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki, "hale Kayıt Numarası" (IKN/Alım No ) farklı olmak kaydıyla, en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın bulunamaması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır) (Değişik: RG-30/08/2014-29104 / 7 ç md. Yürürlük: 01/08/2014) KDV dâhil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir. ve Kurum bilgi i lem sistemi tarafından KDV, i letme gideri, Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilmeksizin Kurumca bedelleri kar ılanır. (Değişik: RG- 01/10/2014-29136/ 9-b md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 7-d md. Yürürlük: 01/08/2014)

### 3.2.1.C - Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-c md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT ve eki SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sa lık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildi ine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. Kurum bilgi i lem sistemine girilen KDV oranında bedel ilave edilerek Kurumca bedelleri kar ılanır.

(2) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-c md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan bran /bran lara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, küresel ürün numarası (barkod) veya etiket adı ile "hale/Do rudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"nda yapılan sorgulamada alım tarihi itibarıyla o malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı üçüncü basamak hastaneye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Bünyesinde e itim ve ara tırma hastanesi bulunan kamu hastaneleri birli i genel sekreterliklerinin ihale/do rudan temin sonuç bilgileri de üçüncü basamak hastane bilgisi olarak de erlendirilir. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum tarafından teklifi inceleme birimlerince alım tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki, "hale Kayıt Numarası" (IKN/Alım No ) farklı olmak kaydıyla, en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın bulunamaması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır) ve Kurum bilgi i lem sistemine girilen KDV oranında bedel ilave edilerek Kurumca bedelleri kar ılanır. SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

### 3.2.2 - Ayakta tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

(1) SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan tıbbi malzemeler belirlenen fiyatları a mamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT'ta yer alan ancak fiyatı SUT eki EK-3/C listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerin bedelleri, piyasa ara tırması (her türlü fiyat ara tırması) yapılarak ta ra te kilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı i levsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği i kabul edilen tıbbi malzemelerden en düşük olanının fiyatı esas alınarak fatura tutarını a mamak üzere Kurumca kar ılanır.

### 3.2.3 - Sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarında tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

(1) Kurum ile sözleşmesiz sa lık kurum ve kuruluş larınca acil haller nedeniyle kullanılan ve SUT'un 2.3 maddesi do rultusunda Kurumca kar ılanması gereken tıbbi malzeme bedelleri, ahıs ödemesi olarak SUT hükümleri do rultusunda Kurumca kar ılanır.

## 3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları

### 3.3.1 - Yara bakım ürünleri

(1) Yara bakım ürünlerinin bedelleri, sa lık kurulu raporuna istinaden Kurumca kar ılanır.

(2) Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sa lık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurullarınca,

b) Ayakta tedavide; resmi sa lık kurum/kurulu larında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi (Ek: RG-18/03/2014-28945/13 md. Yürürlük: 18/03/2014), geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurullarınca düzenlenecektir. (Değişik: RG-12/11/2013-28819/ 7 a md. Yürürlük: 12/11/2013) Ancak, "epidermolysis bullosa" hastalı nda kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için sa lık kurulu raporu üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik) dermatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sa lık kurulu tarafından, Ancak, immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için sa lık kurulu raporu üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik) deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sa lık kurulu tarafından, düzenlenecektir.

(3) Yara bakım ürünlerinin kullanımına dair düzenlenecek sa lık kurulu raporlarında hasta kimlik bilgilerinin dı nda;

a) Etyolojik tanı (diyabetik ayak yarası vb.);

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu;

c) Yara ve/veya yaraların ebatları;

- e) Klinik bulgular (eksisüasyon, kavitasyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir),  
d) Öncesinde medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı,  
e) Tercih edilen yara bakım ürününün tercih gerekçesi, tipi, ebatları, de i tirilme süresi bilgilerinin, yer alması zorunludur.

(4) Sa lık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü nde ba ka bir yara bakım ürünü kullanılması gerekti inde, gerekçesi ile birlikte yeniden sa lık kurulu raporu düzenlenecektir.

(5) Sa lık kurulu raporları ayakta tedavide 2 ay, yatarak tedavilerde ise yatı süresince geçerlidir.

(6) (Değişik: RG-12/11/2013-28819/ 7-b md. Yürürlük: 12/11/2013) Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sa lık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya dermatoloji uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Aneak "epidermolysis bullosa" hastalı nda kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için, resmi sa lık tesislerinde görev yapmakta olan dermatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sa lık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi (EK:RG-25/07/2014-29071 / 18-a md. Yürürlük: 25/07/2014) ,geriatri veya deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Aneak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için, resmi sa lık tesislerinde görev yapmakta olan deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

(7) Tek reçetede en fazla 15 günlük miktar yazılabilir.

(8) Reçetenin tekrar düzenlenmesi halinde yara/yaraların ebatları reçeteyi yazan hekim tarafından sa lık kurulu raporunun arkasına yazılır ve rapor aynı hekim tarafından imzalanarak ka elenir.

(9) Ayakta tedavide tedavi edici etkisini sadece hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünleri ile "epidermolysis bullosa" hastalı nda kullanılması artıyla gazlı bez ve çe itleri, sargı bezi ve çe itleri, petrolatum/parafin emdirilmi leno bez dokuma, yapı mayan köpük örtüler, yapı mayan film örtüler ve yapı mayan prokolloidler gruplarında yer alan yara bakım ürünlerinin bedelleri Kurumca kar ılıdır.

(Mülga: RG-12/11/2013-28819/ 7-e md. Yürürlük:12/11/2013)

(10) Yara örtücüleri, yara bakımı yardımcıları (transparan film örtü, yara temas tabakası ve yapı maz örtüler, temizlik ürünleri, bariyer kremler ve spreyleyler, vb.), hidrojeller (yara nemlendiriciler), katkı maddesi içeren ürünler (kollajen içeren, büyüme faktörü içeren, polisakkarid içeren, hyaluronik asit içeren, tıbbi bal ve tıbbi bal içerikli, vb.), deri e de erleri, larva debridman, ultrasonik debridman ve sarf malzemeleri, topikal oksijen tedavisi malzemeleri ve biyostimulasyon tedavisi malzemelerinin (ı m, lazer, ultrason, elektrik vb.) bedelleri Kurumca kar ılıdır.

(11) Yanık tedavisi uygulanan durumlarda, yatan hastalar için kullanılan yara bakım ürün grubuna dair ödenen malzeme gruplarından ayrı olarak,

a) Katkı maddesi içeren ürünlerden kollajen içeren ve polisakkarit içeren ürün grupları üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında sa lık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılıdır.

b) Deri e de erlerinin, eklem alanlarını içeren veya yüz mimi ini etkileyen veya %40'ı geçen 3. derece yanıklarda, üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında sa lık kurulu raporu ile kullanımı halinde bedeli Kurumca kar ılıdır.

(12) Yanık hastalarının ayakta tedavilerinde, SUT ve eki listelerde yer alan yara bakımı ile ilgili hükümler geçerlidir.

(Ek: RG-12/11/2013-28819/ 7-ç md. Yürürlük: 12/11/2013)

(13) Ebatları 100 cm<sup>2</sup> ye kadar (100 cm<sup>2</sup> dâhil) olan ürünler küçük yara örtüsü, 101-225 cm<sup>2</sup> arası (225 cm<sup>2</sup> dâhil) olan ürünler orta yara örtüsü, 226 cm<sup>2</sup> nin üzerinde olan ürünler büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.

(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-a md. Yürürlük: 01/10/2014)

### **3.3.1 - Yara bakım ürünleri (Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 8-a md. Yürürlük: 04/09/2019) ve Antimikrobiyal Örtüler**

(1) Yara bakım ürünlerinin (Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 8-b md. Yürürlük: 04/09/2019) veya antimikrobiyal örtülerin bedelleri, sa lık kurulu raporuna istinaden Kurumca kar ılıdır.

(2) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 11 md. Yürürlük: 01/02/2015) Yara bakım ürünleri veya antimikrobiyal örtüler için düzenlenecek sa lık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurullarınca,

b) Ayakta tedavide; resmi sa lık kurum/kurulu larında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi,geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurullarınca düzenlenecektir. Aneak, immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için sa lık kurulu raporu üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e- itim verme yetkisi olan klinik) deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sa lık kurulu tarafından, düzenlenecektir.

(2) Yara bakım ürünleri (Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 8-c md. Yürürlük: 04/09/2019) veya antimikrobiyal örtüler için düzenlenecek sa lık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, (Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 12 md. Yürürlük: 25/07/2016 ) geriatri, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurullarınca düzenlenecektir.

b) Ayakta tedavide; resmi sa lık kurum/kurulu larında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi,geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurullarınca düzenlenecektir.

e) (Mülga: RG- 18/02/2015- 29271/ 8-a md. Yürürlük: 01/02/2015) Ayakta ve yatarak tedavide immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için Sa lık Bakanlığı nın birinci ve üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sa lık kurulu tarafından düzenlenecektir.

(3) Yara bakım ürünlerinin (Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 8-ç md. Yürürlük: 04/09/2019) veya antimikrobiyal örtülerin kullanımına dair düzenlenecek sa lık kurulu raporlarında hasta kimlik bilgilerinin dı nda;

a) Etiyolojik tanı (diyabetik ayak yarası vb.),

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

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

d) Öncesinde medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadı ı,

e) Tercih edilen yara bakım ürününün (Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 8-ç md. Yürürlük: 04/09/2019) veya antimikrobiyal örtülerin tercih gerekçesi, tipi, ebatları, de i tirilme süresi bilgilerinin, yer alması zorunludur.

(4) Sa lık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü (Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 8-d md. Yürürlük: 04/09/2019) veya antimikrobiyal örtü dı nda ba ka bir yara bakım ürünü (Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 8-d md. Yürürlük: 04/09/2019) veya antimikrobiyal örtü kullanılması gerekti inde, gerekçesi ile birlikte yeniden sa lık kurulu raporu düzenlenecektir.

(5) Sa lık kurulu raporları ayakta tedavide 2 ay, yatarak tedavilerde ise yatı süresince geçerlidir. (Mülga: RG- 18/02/2015- 29271 / 8-a md. Yürürlük: 01/02/2015) Ancak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında sa lık kurulu raporları ayakta tedavide 6 ay geçerlidir.

(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 12md. Yürürlük: 07/09/2016)

(5) Sa lık kurulu raporları yatarak tedavilerde yatı süresince geçerlidir.

(6) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 11 md. Yürürlük: 01/02/2015) Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sa lık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, geriatri veya deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Ancak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için, resmi sa lık tesislerinde görev yapmakta olan deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sa lık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, geriatri veya deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

(Mülga: RG- 25/08/2016- 29812/ 12 md. Yürürlük: 07/09/2016)

(7) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215 / 11 md. Yürürlük: 01/02/2015) Tek reçetede en fazla 15 günlük miktar yazılabilir. Ancak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında ayakta tedavide tek reçetede en fazla bir aylık miktar yazılabilir. Tek reçetede en fazla 15 günlük miktar yazılabilir.

(8) Reçetenin tekrar düzenlenmesi halinde yara/yaraların ebatları reçeteyi yazan hekim tarafından sa lık kurulu raporunun arkasına yazılır ve rapor aynı hekim tarafından imzalanarak ka elenir.

(9) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 11 md. Yürürlük: 01/02/2015) Ayakta tedavide tedavi edici etkisini sadece hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünleri ile "immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında" hastalı nda kullanılması artıyla gazlı bez ve çe itleri, sarğı bezi ve çe itleri, petrolatum/parafin emdirilmi leno bez dokuma, yapı mayan köpük örtüler, yapı mayan film örtüler ve yapı mayan prokolloidler gruplarında yer alan yara bakım ürünlerinin bedelleri Kurumca kar ılanır. Ayakta tedavide tedavi edici etkisini sadece hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünlerinin bedelleri Kurumca kar ılanır.

(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 16 md. Yürürlük: 05/04/2017)

(10) Yanık tedavisi uygulanan durumlarda, yatan hastalar için kullanılan yara bakım ürün grubuna dair ödenen malzeme gruplarından ayrı olarak,

a) Deri e de erlerinin(sentetik/hayvan kaynaklı), eklem alanlarını içeren veya yüz mimi ini etkileyen veya %40'ı geçen 3. derece yanıklarda, üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında sa lık kurulu raporu ile kullanımı halinde bedeli Kurumca kar ılanır. (Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 8-a md. Yürürlük: 18/01/2016) Ebatları 100 cm<sup>2</sup> ye kadar (100 cm<sup>2</sup> dâhil) olan deri e de erleri küçük, 101-225 cm<sup>2</sup> arası (225 cm<sup>2</sup> dâhil) olan deri e de erleri orta, 226 cm<sup>2</sup> nin üzerinde olan deri e de erleri büyük olarak kabul edilir.

(10) A a daki deri taklitleri (yedekleri) sadece yanık tedavisinde kullanılması halinde ödenir.

a) Dermis iskeleti: Dermis iskeleti (yeni dermis olumu için iskelet görevi gören ve içine hücre göçüne izin veren sentetik/ hayvan kaynaklı yapılar) görevi görebilen, tek veya çok katmanlı, fakat sadece dermisin tam kat hasar gördü ü üçüncü derece yanık bölgelerinin tedavisinde kullanılabilen deri taklitlerinin (yedekleri) bedeli yüz, boyun, el, ayak, perine, eklem,

sadece kız çocuklarında ve kadınlarda meme alanlarını içeren yanıklarda veya %40'ı (0-12 ya için %20) geçen üçüncü derece yanıklarda üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında sa lık kurulu raporu ile kullanımı halinde Kurumca kar ılanır.

b) Deri benzerleri: Dermis iskeleti görevi göremeyen, bununla birlikte en az derin ikinci derece yanıkların tedavisinde, sahip oldukları fiziksel veya moleküler özellikler sayesinde epidermin ve kısmen dermin özelliklerini taklit ederek yarayı enfeksiyon, kontaminasyon gibi dış etkenlerden koruyan sentetik/hayvan kaynaklı, emilebilen veya yaradan kendili inden ayrılabilen deri taklitlerinin (yedekleri) bedeli yüz, boyun, el, ayak, perine, eklem, sadece kız çocuklarında ve kadınlarda meme alanlarını içeren yanıklarda veya %40'ı (0-12 ya için %20) geçen derin ikinci derece ve/veya üçüncü derece yanıklarda yanık ünite/merkez ve/veya üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında sa lık kurulu raporu ile kullanımı halinde Kurumca kar ılanır.

(11) Yanık hastalarının ayakta tedavilerinde, SUT ve eki listelerde yer alan yara bakımı ile ilgili hükümler geçerlidir. (Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 8-e md. Yürürlük: 04/09/2019)

(12) Ebatları 100 cm<sup>2</sup> ye kadar (100 cm<sup>2</sup> dâhil) olan ürünler küçük yara örtüsü, 101-225 cm<sup>2</sup> arası (225 cm<sup>2</sup> dâhil) olan ürünler orta yara örtüsü, 226 cm<sup>2</sup>'nin üzerinde olan ürünler büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.

(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 11 md. Yürürlük: 01/02/2015)

(Mülga:RG-08/06/2017-30090/ 7 md. Yürürlük:19/06/2017)

(13) (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 8-b md. Yürürlük: 01/02/2015) ~~mmünöbüllöz ve mekanöbüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıkları” tanısı ile tedavi gören hastalara verilecek yara bakım hizmetleri ve bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemeler ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde sa lık hizmetleri kapsamında verilecek olup, bu kapsamdaki tıbbi malzemeler yalnızca Sa lık Bakanlığı na ba lı sa lık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmesi ve uygulanması durumunda Sa lık Bakanlığı götürü bedel kapsamı içinde değerlendirilerek Kurumumuz tarafından kar ılanacaktır. Ayrıca bu hasta grubu için herhangi bir ahıs ödemesi yapılmayacaktır. Bu kapsamdaki malzeme gruplarının Sa lık Bakanlığı na ba lı sa lık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmeyerek reçete kar ılı hastaya temin ettirilmesi durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sa lık kurumunun alaca ından mahsup edilir. Epidermolizis bülloza tanılı hastalara yara bakım hizmetlerinin ödenebilmesi için Sa lık Bakanlığı na ba lı ikinci veya üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimi ve genel cerrahi uzman (Değişik: RG- 18/01/2016- 29597/ 8-b md. Yürürlük: 01/02/2016) hekiminin hekimlerinden birinin yer aldığı sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Sa lık kurulu raporu 2 (iki) yıl geçerlidir. Epidermolizis bülloza tanılı hastaların yatarak veya ayakta tedavileri kapsamındaki yara bakım hizmetleri ile bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemeleri SUT EK 2/B Listesinde yer alan “530.533” kodlu “Epidermolizis bülloza hastalı ında yara bakım hizmetleri” i lemi üzerinden sadece Sa lık Bakanlığı na ba lı sa lık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Bu hasta grubuna sunulan her türlü yara bakım hizmetlerinin ve bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemelerin Sa lık Bakanlığı na ba lı sa lık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmesi ve uygulanması zorunludur. Bu grup hastalara yara bakım hizmetlerinde kullanılan malzemeler için ahıs ödemesi kapsamında herhangi bir ödeme yapılmaz. Ancak bu kapsamda tedavi gören hastalara kullanılan malzemelerin Sa lık Bakanlığı na ba lı sa lık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmeyerek hastaya reçete kar ılı dışarıdan temin ettirilmesi durumunda fatura tutarı ilgili hastaya ödenerek Sa lık Bakanlığı na yapılan global ödemeden söz konusu fatura tutarı dü üdür.~~

### 3.3.2 - Şeker ölçüm çubukları

(1) Tip I diyabetli ve tip II diyabetliler, hipoglisemili hastalar, gestasyonel diyabetliler ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastaların kullanmakta oldu u kan ekleri ölçüm çubuklarına ait bedeller, a a lı da belirtilen esas ve artlar do rultusunda Kurumca kar ılanacaktır;

a) Tip I diyabetli, tip II diyabetli, hipoglisemili, gestasyonel diyabetli hastalar ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalar için, aile hekimi uzmanı, endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından uzman hekim raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(Mülga: RG- 25/08/2016- 29812/ 13 md. Yürürlük: 01/08/2016)

b) ~~Kan ekleri ölçüm cihazlarına ait bedeller, Kurumca kar ılanacaktır. Kan ekleri ölçüm cihazının yenilenme süresi 2 yıldır. Bu süreden önce temin edilen kan ekleri ölçüm cihazının bedeli Kurumca ödenmez.~~

c) Kan ekleri ölçüm çubukları;

1) Tip I diyabetli çocuk hastalar (18 ya altı), gebeler, transplantasyon hastalarında sa lık raporunda tedavi protokolü olarak belirtilen adetler esas alınarak,

2) Tip I diyabetli eri kin hastalar ve insülin kullanan tip II diyabetli tüm hastalarda ayda en fazla 150 adet,

3) Medikal tedavi ile kontrol altında tutulan hiperinsülinemik hipoglisemisi olan çocuk hastalar için ayda en fazla 150 adet, eri kin hastalar için en fazla 50 adet,

4) Oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalara 3 ayda en fazla 100 adet hesabıyla, reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

ç) Kan ekleri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sa lık raporunun fotokopisi (e-rapor hariç) ile reçetenin asılları (e-reçete hariç) eklenecektir.

d) (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 13 md. Yürürlük: 01/08/2016) ~~Kan ekleri ölçüm çubukları ve kan ekleri ölçüm cihazları, sözle meli eczanelerden temin edilecektir. Kan ekleri ölçüm çubukları sözle meli eczanelerden temin edilecektir.~~

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 6 md. Yürürlük: 06/07/2015)

### 3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler

(1) Gözlük cam ve çerçeve bedelleri ile göz sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilen nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler” (EK- 3/D) Listesinde yer alan fiyatları a mamak üzere Kurumca kar ılanır.

(2) Reçetenin/sa lık kurulu raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 10 i günü içerisinde yapılan hasta müracaatları optisyenlik müesseseleri tarafından kabul edilecektir. Süresi içerisinde kabul edilen sa lık kurulu raporu ve/veya reçetelerin sisteme kaydı nitelikli malzemelerde 45 gün, di er reçeteli malzemelerde ise 30 gün içerisinde tamamlanır. Süresi içinde yapılmayan hasta müracaatları ve/veya sistem kayıtlarına ili kin reçete/sa lık kurulu raporu ile kullanılması gerekli görülen görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

#### **3.3.3.A – Gözlük cam ve çerçevesi**

(1) Gözlük cam ve çerçevenin temininde göz sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak i lem yapılacaktır.

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

(3) Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilir.

(4) SUT eki EK 3/D Listesinde yer alan camlar ile hasta tarafından talep edilen farklı özelliklere sahip camlar arasında olu acak fark ücreti Kurum tarafından kar ılanmaz.

(5) Gözlük camı ve çerçevelerinin yenilenme süresi 3 yıldır. Ancak, görme bozuklu unda 0,5 diyoptrilik de i iklik olması halinde gözlük camı süresinden önce yenilenebilir.

(6) Büyüme ve geli me ça ındaki çocukların kullanması gereken gözlük cam ve çerçeveleri çocu un büyüme ve geli mesi nedeni ile kullanılmad ının ve yenilenmesi gerekti inin sa lık kurulu raporu ile belgelenmesi ko uluyla süresinden önce yenilenebilir.

#### **3.3.3.B – Teleskopik gözlük**

(1) Konjenital nedenlere, kalıtsal hastalıklara, yaralanmalara, eker hastalı ma, glokoma, katarakta ve ya lanmaya ba lı göz bozuklu u olan ve iyi gören gözde düzeltilmi uzak görme keskinli i 3/10 ve altında olan hastalarda üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca düzenlenen ve en az bir göz sa lı ı ve hastalıkları uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Sa lık kurulu raporunda zeminde yatan göz hastalı ı ve bu hastalı a ba lı olarak “görme i levlerindeki bozulma”, “uzak”, “yakın”, “uzak-yakın” ifadesi olması, büyütme gücü (x, diyoptri olarak), fiks fokus veya fokusable (foküslenilebilir) olma durumu ve niteli i (prizmatik, galileon veya keplerin) belirtilmelidir.

(3) Teleskopik gözlükler sa lık kurulu raporuyla 3 yılda bir yenilenir. Ancak, gerekliili inin sa lık kurulu raporuyla belirtilmesi artıyla, çocuklarda bu süre 1 yıl olarak uygulanır.

(4) Sa lık kurulu raporu ile gerekli görülen hallerde, yakın görme bozuklu u olan hastalara tek veya iki göz için kapak kep reçete edilebilir. Bu ki iler için ayrıca yakın teleskopik gözlük bedeli Kurumca kar ılanmaz.

#### **3.3.3.C – Kontakt lensler**

(1) Kontakt lens bedelleri;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmu afak olgularda,

b) Travma ve iatrojenik nedenlerle tek gözde veya iki gözde göz lens ba larının kopması ve akabinde göz içine tekrar lens konulamaması sonucu geli en afaki olgularda,

c) Keratokonusu olan göze gözlük uygulanmı ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda,

ve bu durumlarının üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz sa lı ı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporunda, te his, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinli i (D-A), diyoptri de eri (POW) ile lensin niteli inin (sert, yumu ak, gaz geçirgenli i v.b.) belirtilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi artıyla SUT eki EK 3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca kar ılanır.

(2) Kontakt lenslerin yenilenme süresi 2 yıldır.

(3) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmu 6 ya ından küçük çocuklarda 6 ayda bir yenilenmesi halinde sa lık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kurumca kar ılanır.

(4) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmu ve afak 6 ya ından sonra da devam eden olgularda kontakt lensin sa lık kurulu raporu ile “aylık sık replasmanlı” olarak kullanılaca mın belirtilmesi halinde 6 ayda bir, “yıllık” olarak kullanılaca mın belirtilmesi halinde ise yılda bir yenilenebilir.

(5) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmu afak olgular hariç kontakt lens kullanan hastaların ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(6) Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

#### **3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler**

(1) Gözlük cam ve çerçeve bedelleri ile göz sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen sa lık kurulu raporunda/e-raporda belirtilen nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler” (EK-3/D) Listesinde yer alan fiyatları a mamak üzere Kurumca kar ılanır.

(2) Reçetenin/e-reçetenin/sa lık kurulu raporunun/e-raporun düzenlenme tarihinden itibaren 10 i günü içerisinde yapılan hasta müracaatları optisyenlik müesseseleri tarafından kabul edilecektir. Süresi içerisinde kabul edilen sa lık kurulu raporu/e-raporun ve/veya reçetelerin/e-reçetelerin sisteme kaydı nitelikli malzemelerde 30 i günü, di er reçeteli malzemelerde ise 20 i günü içerisinde tamamlanır. Süresi içinde yapılmayan hasta müracaatları ve/veya sistem kayıtlarına ili kin reçete/e-reçete/sa lık kurulu raporu/e-rapor ile kullanılması gerekli görülen görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

#### **3.3.3.A - Gözlük cam ve çerçevesi**

(1) Gözlük cam ve çerçevenin temininde göz sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri ile bu dalda ihtisas yapan asistan hekimler tarafından düzenlenen reçeteye/e-reçeteye dayanılarak i lem yapılacaktır. Ancak acil polikliniklerinde yazılan gözlük cam ve çerçeve reçete/e-reçete bedelleri kar ılanmayacaktır.



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

(3) Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilir.

(4) SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan camlar ile hasta tarafından talep edilen farklı özelliklere sahip camlar arasında oluşacak fark ücreti Kurum tarafından karşılanmaz.

(5) Gözlük camı ve çerçevelerinin yenilenme süresi 3 yıldır. Ancak, görme bozukluğunda 0,5 diyoptrilik değişikliği olması halinde gözlük camı süresinden önce yenilenebilir.

(6) Büyüme ve gelişme çağındaki çocukların kullanması gereken gözlük cam ve çerçeveleri çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeniyle kullanılmadıkça ve yenilenmesi gerektiğinde sağlık kurulu raporu/e-rapor ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce yenilenebilir.

### **3.3.3.B - Teleskopik gözlük**

(1) Konjenital nedenlere, kalıtsal hastalıklara, yaralanmalara, şeker hastalığına, glokoma, katarakta ve yaşlanmaya bağlı göz bozukluğu olan ve iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği  $\geq 3/10$  ve altında olan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen ve en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna/e-rapora dayanılarak bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Sağlık kurulu raporunda/e-raporda zeminde yatan göz hastalığı ve bu hastalığa bağlı olarak "görme işlevlerindeki bozulma", "uzak", "yakın", "uzak-yakın" ifadesi olması, büyütme gücü (x, diyoptri olarak), fiks fokus veya fokusable (foküslenilebilir) olma durumu ve niteliği (prizmatik, galileon veya keplerin) belirtilmelidir.

(3) Teleskopik gözlükler sağlık kurulu raporuyla/e-raporla 3 yılda bir yenilenir. Ancak, gerekliliğinin sağlık kurulu raporuyla/e-raporla belirtilmesiyle birlikte, çocuklarda bu süre 1 yıl olarak uygulanır.

(4) Sağlık kurulu raporu/e-rapor ile gerekli görülen hallerde, yakın görme bozukluğu olan hastalara tek veya iki göz için kapak kepeği reçete edilebilir. Bu kişiler için ayrıca yakın teleskopik gözlük bedeli Kurumca karşılanmaz.

### **3.3.3.C - Kontakt lensler**

(1) Kontakt lens bedelleri;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda,

b) Travma ve iatrojenik nedenlerle tek gözde veya iki gözde göz lens baskılarının kopması ve akabinde göz içine tekrar lens konulamaması sonucu gelişen afaki olgularda,

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

ve bu durumlarının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda/e-raporda, tehis, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinliği (D A), diyoptri derecesi (POW) ile lensin niteliğinin (sert, yumuşak, gaz geçirgenliği v.b.) belirtilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesiyle birlikte SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(2) Kontakt lenslerin yenilenme süresi 2 yıldır.

(3) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş 6 yaşından küçük çocuklarda 6 ayda bir yenilenmesi halinde sağlık kurulu raporuna/e-rapora istinaden bedelleri Kurumca karşılanır.

(4) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş ve afakisi 6 yaşından sonra da devam eden olgularda kontakt lensin sağlık kurulu raporu/e-rapor ile "aylık sık replasmanlı" olarak kullanılacağı belirtilmesi halinde 6 ayda bir, "yıllık" olarak kullanılacağı belirtilmesi halinde ise yılda bir yenilenebilir.

(5) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afakisi olgular hariç kontakt lens kullanan hastaların ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(6) Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

### **3.3.3.Ç – Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemelerde Elektronik Reçete Uygulaması**

(1) E-reçete uygulamasında, e-reçetelerin Kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, ifre) imzalanması şarttır.

(2) Sağlık kurum/kurulları tarafından düzenlenecek reçeteler Kurum Medula Sisteminde SGK Hekim ifresi ile düzenlenecektir. Kurumca belirlenecek istisnalar haricinde manuel reçetelerin bedelleri karşılanmayacaktır. Kurum tarafından gerekli düzenlemelerin yapılması sonrasında ise reçeteler Kurum tarafından belirlenerek Kurum web sayfasından ilan edilecek tarihten itibaren elektronik imza ile imzalanacaktır.

(3) Kurum tarafından gerekli düzenlemeler tamamlanmaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler;

a) Yabancı ülkelerle yapılan "Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri" kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler (YUPASS kapsamındaki kişiler hariç) için düzenlenen reçeteler,

b) Sağlık hizmeti sunucularına müracaatları sırasında Kurum bilgi sistemi tarafından sigortalının prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde; sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının SUT'un 1.7 Provizyon kısımları başlıklı maddesinin ikinci fıkrasının (b) bendinde tanımlanan 18 yaş altı çocuklar, iş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş ile grev ve lokavt halleri kapsamında veya SUT'un

1.7 Provizyon lemleri baki maddesinin ikinci fıkrasının (c) bendinde tanımlanan durumlarda oldu unun belirtildi i hallerde düzenlenen reçeteler,

c) Resmi sa lık kurulu larından; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, aile hekimlikleri dı ndaki birinci basamak resmi sa lık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde düzenlenen reçeteler, (resmi sa lık kurulu larının MEDULA hastane sistemini kullanmaya ba lamaları veya teknik alt yapılarını olu turmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.)

(4) MEDULA sisteminin ve/veya sa lık hizmet sunucusuna ait sistemin çalı maması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ili kin “Sistemlerin çalı maması nedeniyle e-reçete düzenlenememi tir” ibaresi ka e ya da el yazısı ekinde belirtilmeli ve bu ibare reçeteyi düzenleyen hekim tarafından onaylanmalıdır. (Yukarıda tanımlanmı olan istisnai hallerde düzenlenen manuel reçetelerde bu ibare aranmayacaktır.)

### 3.3.4 – Greftler

**(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 18-b md. Yürürlük: 01/08/2014)**

**(Değişik: RG-18/03/2014-28945/14 md. Yürürlük: 01/12/2013)**

(1) Allogreftler, Sa lık Bakanlığı “Tıbbi Cihaz Yönetmeli i”ne tabi olmadı ndan, T-TUBB içerisinde yer alan allogreft kayıt sisteminde kayıt altına alınmaya kadar bedellerinin ödenmesinde T-TUBB kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı olma artı aranmayacaktır.

(2) Sentetik ve hayvan kaynaklı greftler; Sa lık Bakanlığı “Tıbbi Cihaz Yönetmeli i” kapsamında oldu undan T-TUBB kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı olma artı aranacaktır.

(3) Allogreftlerin ödenebilmesi için Amerikan Doku Bankası Derne i (American Association Of Tissue Banks (AATB)) ve/veya Avrupa Doku Bankası Derne i (European Association Of Tissue Banks (EATB)) tarafından verilen belgenin fatura ekinde yer alması gerekmektedir.

(1) Sa lık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2010 tarih ve 27742 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak aynı tarihte yürürlü e giren “nsan Doku ve Hücreleri ile Bunlarla İlgili Merkezlerin Kalite ve Güvenli i Hakkında Yönetmelik” te belirtilen ruhsatlandırma süreci tamamlanana kadar; ön ba vurusu, tek da iticilik hakları bulunan üretici doku bankalarının adları ve bu bankaların tek da iticilik yetkisi verdi i ürün grupları Türkiye laç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (T-TCK) tarafından onaylanmı olan firmalara ait insan dokusu kaynaklı ürünlerin (allogreftlerin) bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) T-TCK tarafından ön ba vurusu, tek da iticilik hakları bulunan üretici doku bankalarının adları ve bu bankaların tek da iticilik yetkisi verdi i ürün grupları onaylanmı olan firmaların onaylı bulunan ürün grupları dı nda yer alan ürünlerinin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(3) Sa lık hizmeti sunucusu tarafından, benzeri olmayan tanımlayıcı kodun (Donör ID) MEDULA Hastane uygulamasında açılmı olan alana girilmesi zorunludur.

(4) Dermis yerine geçen allogreftlerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(5) Sentetik ve hayvan kaynaklı greftler; Sa lık Bakanlığı “Tıbbi Cihaz Yönetmeli i” kapsamında oldu undan T-TUBB kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı olma artı aranır.

### 3.3.4.A – Kemik yapımını uyarıcı materyaller (DBM, DBM içeren “putty”, “erunch”, jel, BMP, kollagen analogları)

(1) Kemik yapımını uyarıcı materyallerin kendi aralarında kombine edilerek veya tek ba ına kullanılması halinde Kurumca bedelleri kar ılanmaz. Ancak tek ba ına DBM için; servikal füzyon ameliyatlarında, disk mesafesinde kafes içine en fazla 1cc. minimal invaziv yöntemle interbody füzyon ameliyatlarında kafes ba ına en fazla 5cc. kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

(2) Osteojenik aktivitenin istendi i atrofik nonunion, pseudoartroz olgularında kemik yerine geçen materyallerle kombine kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır; hipertrofik nonunion olgularında kullanıldı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(3) Otojen greft kullanılması halinde, kemik yapımını uyarıcı materyallerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(4) Tümoral hastalıklarda olu an defektlerin giderilmesinde kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır. Ancak agresif olmayan benign kemik tümörlerinde (basit kemik kisti, nonossifiye fibrom, fibröz kortikal defekt, enkondrom, v.b.) kemik yapımını uyarıcı materyallerin kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(5) Revizyon cerrahisinde (vertebra revizyonu ve artroplastisi revizyonu) kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

### 3.3.4.B – Kemik yerine geçen materyaller (strut greft, kortikal ve spongioz kemik içeren yongalar, küpler)

(1) Kemik yerine geçen materyaller;

a) Fazla miktarda greftin gerekti i defektli ve çok parçalı kırıklarda veya daha önce otogreft uygulanmı ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,

b) Otogreft donör alımında morbidite bulunma riski olan hastalarda,

e) Tibia plato kırıkları, calcaneus kırıkları gibi yüksek enerji ile olu an kırıkların cerrahi tedavisinde,

e) Kemiklerde geni defektler olu turan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde veya daha önce otogreft uygulanmı ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,

d) 3 veya daha fazla seviye füzyon uygulanması gereken omurga cerrahisinde, kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

### 3.3.4.C – Genel hükümler

(1) Posterior spinal stabilizasyon operasyonlarında servikal ve torakal 1 – torakal 10 vertebra arası her seviye için en fazla 5 cc; altındaki her seviye için en fazla 10cc. kemik yerine geçen materyal bedeli Kurumca kar ılanır.

(2) Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle vertebrektomi bo lu una titanyum ya da çelik kafes yerle tirilmesi sırasında kafesin içinin kemik yerine geçen materyaller ile doldurulması halinde bedelleri ödenir, beraberinde kemik yapımını uyaran materyaller kullanıldı nda da bedeli Kurumca kar ılanır.

(3) Epifiz hattı açık olan hastaların, patolojik olmayan primer kırıklarında hiçbir greft türü bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(4) Yeti kin primer kırıklarında kemik yapımını uyarıcı malzemelerin kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

#### **3.3.4.Ç - Kemik yerine geçen sentetik greftler**

(1) Kemik yerine geçen sentetik greftler;

a) Ototogreft donör alımında morbidite bulunma riski olan hastalarda (kemik dansitometrisi ile gösterilmi iddetti osteoporoz, iliak kanatta tümoral lezyon veya enfeksiyon, kemik ili ini tutan hastalıklar);

b) Kemiklerde geni defektler olu turan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde;

e) 3 veya daha fazla seviye füzyon uygulanması gereken omurga revizyon cerrahisinde; kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Sentetik greftler kendi aralarında ve allogreftlerle kombine edilerek kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(3) Sentetik greftlerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı oldu unun (FDA, TGA, SFDA gibi) belgelendirilmesi gerekmektedir.

(4) Sentetik greftlerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldı ma dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya ba ımsız sa lık teknolojileri de erlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanıldı ma ve geri ödeme kapsamında oldu una dair belge ya da ilgili ülkenin Sa lık Bakanlığı ndan alınacak aynı özelliklere haiz belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi gerekmektedir.

#### **3.3.4.D - Dura greftleri**

(1) Dura greftlerinin a a ıdaki durumlarda kullanılması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

a) Nüks tümör cerrahisi;

b) Kafa kaidesi giri imleri;

e) Spinal cerrahi;

e) Kraniotomi sırasında duranın parçalandı ı olgular;

d) Posterior fossa cerrahisi;

e) Leptomeningeal kist;

f) Ensafaloseal cerrahisi;

g) Dekompresif kraniyektomi yapılan olgular;

-) Daha önce durası açık bırakılan olgular;

h) Beyin omurilik sıvısı fistülleri;

(2) Dura greft uygulanılacak vakalarda defekt büyüklü üne göre (otojen galeal greft, otojen fascia ile kapatılmayan, 5 cm üzeri dura greftlerinde) bedeli Kurumca kar ılanır.

#### **3.3.4.A - Genel hükümler**

(1) (Değişik: RG-30/08/2014-29104/ 8-a md. Yürürlük:01.09.2014) T-TUBB kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı -, Sa lık Bakanlığı tarafından 27/10/2010 tarih ve 27742 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak aynı tarihte yürürlü e giren “ nsan Doku ve Hücreleri ile Bunlarla İlgili Merkezlerin Kalite ve Güvenli i Hakkında Yönetmelik” te belirtilen ruhsatlandırma süreci tamamlanana kadar; ön ba vurusu, tek da iticilik hakları bulunan üretici doku bankalarının adları ve bu bankaların tek da iticilik yetkisi verdi i ürün grupları Türkiye laç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (T-TCK) tarafından onaylanmı olan firmalara ait insan dokusu kaynaklı ürünlerin (allogreftlerin) bedelleri Kurumca kar ılanır. nsan dokusu kaynaklı ürünlerin (allogreftler) MEDULA-Hastane uygulamasına giri lerinde (Ek:RG- 01/02/2019-30673/5 md. Yürürlük:12/02/2019)T TUBB/ÜTS kayıt/bildirim i leminin “Allogreft Ürün Onay Ekranı” nda tamamlanmı olma artı aranacak olup tüm gönderimlerin küresel ürün numaraları (barkod) ile yapılması gerekmektedir.

(Mülga:RG-08/06/2017-30090/8 md. Yürürlük:08/06/2017)

(2) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-b md. Yürürlük: 30/08/2014)T-TCK tarafından ön ba vurusu, tek da iticilik hakları bulunan üretici doku bankalarının adları ve bu bankaların tek da iticilik yetkisi verdi i ürün grupları onaylanmı olan firmaların onaylı bulunan ürün grupları dı nda yer alan ürünlerinin bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Ancak bu kapsamda bulunan ürünler için Türkiye laç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından “ thalat kaydına esas sevkiyat onay kodu” nun olu turulmu olması gerekmektedir. nsan dokusu kaynaklı ürünler (allogreftler) için Türkiye laç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından “ thalat kaydına esas sevkiyat onay kodu” nun olu turulmu olması gerekmektedir.

(3) Sa lık hizmeti sunucusu tarafından, benzeri olmayan tanımlayıcı kodun (Donör ID) MEDULA-Hastane uygulamasında açılmı olan alana girilmesi zorunludur.

(4) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-b md. Yürürlük: 01/10/2014) Dermis ve/veya epidermis yerine geçen allogreftler, xenogreftler ve sentetik greftlerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Dermis ve/veya epidermis yerine geçen allogreftlerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(5) Sentetik greftler ve xenogreftler; Sa lık Bakanlığı ı “Tıbbi Cihaz Yönetmeli i” kapsamında oldu undan (Ek: RG- 01/02/2019- 30673/5 md. Yürürlük:12/02/2019)T TUBB/ÜTS kayıt/bildirim i lemi tamamlanmı olma artı aranır.

(Mülga: RG- 21/03/2018- 30367/ 13md. Yürürlük: 01/04/2018)

(6) Sentetik greftlerin ve xenogreftlerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı oldu unun (FDA, TGA, SFDA, PAL, IQWIG, HAS vb.) belgelendirilmesi gerekmektedir. Yerli imal ürünlerde ise Sa lık Bakanlığı ı Serbest Satı Sertifikası olması yeterlidir.

(7) Sentetik greftlerin ve xenogreftlerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldı ma dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya ba ımsız sa lık teknolojileri de erlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanıldı ma ve geri ödeme kapsamında oldu una dair belge ya da ilgili ülkenin Sa lık Bakanlığı ndan alınacak aynı özelliklere

~~haiz belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi gerekmektedir. Yerli imal ürünlerde ise Sağlık Bakanlığı'nın Serbest Satış Sertifikası olması yeterlidir.~~

(8) Epifiz hattı açık olan hastaların, patolojik olmayan primer kırıklarında hiçbir greft bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(9) Tümör dı ı kalça kırığı nedeniyle artroplasti uygulanan vakalarda hiçbir greft bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(10) İlgili listelerde bulunan alan tanımlarında boyut ve ölçüler belirtilmi olup, küçük boyut ve ölçüler bir arada kullanılarak listede yer alan büyük miktarlar elde edilemez.

(11) (**Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 12 md. Yürürlük: 01/01/2015**) Sentetik greft, allogreft ve xenogreftlerin ~~kendi aralarında~~ birbirleri ile kombine edilerek kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(12) Sentetik greft, allogreft ve xenogreftler;

a) Daha önce otogreft uygulanmı ve greft alınmada yeterli doku bulunmayan hastalarda,

b) Otogreft donör alınmada morbidite riski olan hastalarda,

c) Çok parçalı ve defektli kırıkların en az biri ortopedi ve travmatoloji uzmanı olmak kaydıyla üç uzman hekim tarafından düzenlenecek rapor ile belgelendirilen cerrahi tedavisinde,

ç) Kemiklerde geni defektler olu turan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,

d) 3 veya daha fazla vertebra içeren füzyon uygulanan omurga cerrahisinde,

e) Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle korpektomi bo lu una titanyum ya da çelik interbody kafes yerle tirilmesi sırasında kafes içinin dolduruldu u (DBM içeren tüm formlar hariç olmak üzere) hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(13) Sentetik greft kullanılan tüm uygulamalarda vaka ba ı 30 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

(14) Allogreft/xenogreft kullanılan tüm uygulamalarda vaka ba ı 60 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

(15) 3 (üç) veya daha fazla vertebra içeren füzyon uygulanan omurga cerrahisinde;

a) Allogreft/xenogreft kullanılan posterior spinal stabilizasyon uygulamalarında Servikal 1-Torakal 10 vertebra arası her seviye için 5 cc, Torakal 11-Sakral 1 vertebra arası her seviye için 10 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) Sentetik greft kullanılan posterior spinal stabilizasyon uygulamalarında Servikal 1-Torakal 10 vertebra arası her seviye için 2,5 cc, Torakal 11-Sakral 1 vertebra arası her seviye için 5 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

(16) Allogreft/xenogreft kullanılan büyük kemik kistlerinin cerrahi tedavisinde; ayrıntılı koronal ve aksiyel bilgisayarlı tomografi kesitlerine ait raporlarla belgelendirilmek kaydıyla 120 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

(17) Tendon yerine kullanılacak sentetik greftlerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(18) Fasiya Temporalis alan tanımında yer alan allogreftlerin yalnızca Kulak Burun Bo az uzmanlık dalı tarafından kullanıldı nda bedelleri Kurumca kar ılanır.

(19) Ayakta tedavilerde; A ız, di sa lı ı ve çene cerrahisi uygulamalarında 12 nci fıkranın (a) ve (b) bentlerinde tanımlı bulunan kurallar aranmaz.

#### **3.3.4.B - Tendon Allogreftleri**

(1) E itim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak hastanelerde,

a) Rekonstrüksiyon revizyon ameliyatlarında en fazla 1 (bir) adet kullanıldı nda bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) Çoklu ba rekonstrüksiyon ameliyatlarında en fazla 2 (iki) adet kullanıldı nda bedelleri Kurumca kar ılanır.

c) Primer tekli ba tendon yaralanmalarında hiçbir durumda bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

#### **3.3.4.C- Kemik yapımını uyaran materyaller (DBM içeren tüm formlar)**

(1) Kemik yapımını uyaran materyallerin kendi aralarında kombine edilerek kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(2) Tek ba ına DBM için; servikal füzyon ameliyatlarında disk mesafesinde kafes içine 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) En az iki ortopedi ve travmatoloji uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile belgelendirilen, osteojenik aktivitenin istendi i atrofik nonunion pseudoartroz olgularında kemik yerine geçen materyallerle kombine kullanılması halinde humerus/pelvis/femur/tibiada 5 cc, fibula/radius/ulnada 2 cc ve di er kemiklerde 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır. Hipertrofik nonunion olgularında kullanıldı ı takdirde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(4) Otojen greft kullanılması halinde, kemik yapımını uyaran materyallerin bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(5) Epifiz hattı açık olan hastaların tümoral hastalıklarında olu an defektlerin giderilmesinde kullanılması halinde kemik tümörünün ve kemik yapımını uyaran materyale duyulan ihtiyacın niteli inin 3 (üç) ortopedi ve travmatoloji uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve humerus/pelvis/femur/tibiada 5 cc, fibula/radius/ulnada 2 cc ve di er kemiklerde 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

(6) Omurga füzyon cerrahisi uygulanmı ve enstrümente edilmi ancak üzerinden en az 1(bir) yıl geçmesine ra men füzyon elde edilememi revizyon enstrümantasyon cerrahisi gereken vakalarda vaka ba ı 5 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

(7) Yeti kin primer kırıklarında kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

#### **3.3.4.Ç- Dura greftleri**

(1) Otojen greftler ile kapatılmayan dura defekti olan vakalarda bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Dura greftlerinin a adaki durumlarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

a) Nüks tümör cerrahisi,

b) Kafa kaidesi giri imleri,

c) Dekompresyon/disk/kırık cerrahisi hariç olmak üzere intramedüller/intradural spinal cerrahi,

ç) Kraniotomi sırasında duranın parçalandı ı olgular,

d) Posterior fossa cerrahisi,

e) Leptomeningeal kist,

- f) Ensefalosel cerrahisi,
- g) Dekompresif kraniyektomi yapılan olgular,
- ı) Daha önce durası açık bırakılan olgular,
- h) Beyin omurilik sıvısı fistülleri,
- ı) Dura kaynaklı veya durayı atake eden tümörler,

### 3.3.5 - Enjektör bedelleri

(1) Ayaktan tedavide reçeteye yazılan enjektörlü ilaç adedine ve ml'sine uygun enjektör bedeli Kurumca belirlenen bedel üzerinden ödenir.

(2) İnsülin kalem i ne uçları bedelleri, insülin kartu ları ile birlikte ya da tek ba ına reçete edildi inde bedeli Kurumca kar ılanır.

### 3.3.6 - Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler

(1) Kurum sa ılık yardımlarından yararlandırılan ki ilere iade alınmak kaydıyla taahhütname kar ılı ı temin edilen tıbbi malzemeler;

a) Non- nvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazları (CPAP, Auto CPAP, BPAP, BPAP-S, BPAP S/T, BPAP S/T AVAPS, ASV),

b) Evde uzun süreli veya ta ınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları (oksijen konsantratörü, oksijen tüpü ve ba ılı ı, ta ınabilir komponenti olan oksijen tedavi cihazları),

c) Ev tipi ventilatör,

ç) Akülü tekerlekli sandalye.

**(Ek: RG- 12/11/2013- 28819/ 8 md. Yürürlük: 12/11/2013)**

d) Ev tipi ventilatör için kesintisiz güç kayna ı

(2) Kurum tarafından iade alınan cihazların, Kurum sa ılık yardımlarından yararlandırılan hastalara verilebilmesi için hastaların sa ılık kurulu raporu ile Sosyal Güvenlik ı Müdürlüklerine müracaatta bulunmaları gerekmektedir. Sa ılık kurulu raporlarında, "iade cihazın temini için Kuruma müracaat edilmesi gerekti i" belirtilecektir. Müracaatı takiben, söz konusu tıbbi cihazların Kurum stoklarından temin edilmesi yoluna gidilecek olup, stoklarda yok ise Kurum stoklarında cihazın olmadığı na dair onay alınmak suretiyle hasta tarafından temin edilen cihaz bedelleri SUT'un 3.2.2 maddesi do rultusunda Kurumca kar ılanır. Onay alınmadan hasta tarafından temin edilen cihazların bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

#### 3.3.6.A - Non- invaziv mekanik ventilasyon cihazlarının (NİMV) temini

##### 3.3.6.A-1 - Solunumsal uyku hastalıklarında NİMV cihazları verilme ilkeleri

(1) N MV cihazı verilecek hastalıklar; (Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre)

a) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS),

b) Santral Uyku Apne Sendromu,

c) Cheyne Stokes Solunumu,

ç) Uykuyula ili kili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlardır (uyku ili kili obstrüktif olmayan idiyopatik alveoler hipoventilasyon, konjenital santral alveoler hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere ba ılı hipoventilasyon hipoksemi, alt solunum yolu hastalıklarına/kronik obstrüktif akci er hastalı ına ba ılı hipoventilasyon hipoksemi, nöromusküler ya da gö üs duvarı hastalıklarına ba ılı hipoventilasyon hipoksemi).

(2) N MV cihazları verilmesine ili kin sa ılık kurulu raporlarının, bünyesinde uyku merkezi bulunan sa ılık kurumları sa ılık kurullarınca düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sa ılık kurulunda; gö üs hastalıkları, psikiyatri veya nöroloji uzmanı; hastanın çocuk olması halinde ise çocuk gö üs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından en az birinin yer alması zorunludur.

(4) Tüm gece boyunca, en az 16 kanallı polisomnografi cihazı (en az 3 kanallı olmak üzere elektroensefalografi, elektromyografi, elektrokardiyografi, elektrokülografi, oksimetre, hava akımı, karın ve gö üs solunum efor bantlarını ve horlama mikrofoni kaydı içerdiği) ile yapılan tetkike ait raporda;

a) Uyku evreleri (total uyku süresi, uykuya geçi süreleri, uyku etkinli i),

b) Oksijen saturasyonu ortalama ve en dü ük de erleri,

c) Oksijen desaturasyon indeksi,

ç) Apne - Hipopne ndeksi veya solunum bozuklu u indeksi (respiratory disturbance index/RD )

d) Apne-Hipopne veya RDI (Apne-Hipopne-Solunum çabasına ba ılı uyanma reaksiyonu (respiratory effort related arousal: RERA)) süreleri,

e) Bunların yatı pozisyonu ve uyku evrelerine göre da ılımı,

bilgilerinin yer alması gerekmektedir.

(5) Sa ılık kurulu raporu ekinde polisomnografi ve titrasyon tetkikine ait raporlar yer almalıdır.

(6) Sa ılık kurulu raporunda tanı ve tedavi, tedavi basıncı ile hastanın kullanaca ı N MV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar yer almalıdır.

(7) N MV cihazı kullanımı sırasında oksijen saturasyonu %88'in üzerine çıkarılamadı ının sa ılık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla N MV tedavisine ek olarak verilen kronik oksijen tedavisine yönelik cihaz bedelleri Kurumca kar ılanır.

(8) N MV cihazlarının etkin kullanılıp kullanılmadı ına yönelik yıllık olarak Kurumca yaptırılacak kontrollerde, cihazın yıllık minimum 1.200 saatin altında kullanıldı ının saptanması durumunda, kullanım saati bilgilerinin yer aldığı sevk evrakı ile hastaların sa ılık tesisine sevk edilmesi ve cihazla tedavinin devam edilip edilmeyece ine ili kin sa ılık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

(9) Bünyesinde polisomnografi cihazı bulunan özel sa ılık kurumlarının faaliyet izin belgesinde gö üs hastalıkları bran ı veya nöroloji bran ı (tam zamanlı gö üs hastalıkları uzmanı veya nöroloji uzmanı olan) olmalıdır. (Sa ılık Bakanlığı "Özel Hastaneler Yönetmeli i"nde düzenleme yapılmı uyku laboratuvar ünitesi ruhsatı düzenleninceye kadar, polisomnografi cihazının faaliyet izin belgesine i lenmi olup olmamasına bakılmayacaktır.)

(10) N MV cihazıyla birlikte kullanılması ve belli sürelerde de i mesi gereken maske, ba ılık, ara hava hortumu, oksijen ara ba lantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sa ılık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete

edilmesi durumunda bedelleri Kurumca kar ılanır. Ancak N MV cihazlarının maskelerinin gün içinde sürekli kullanımının gerekti i durumlarda, bu durumun N MV cihazı kullanımına ili kin çıkarılan sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla, 6 ayda bir bedelleri Kurumca kar ılanır.

(11) Isıtıcı nemlendiricili üniteleri N MV cihazlarına dâhildir. Ayrıca ısıtıcı nemlendiricinin bedeli Kurumca kar ılanmaz.

### 3.3.6.A-2 - Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verilme ilkeleri

(1) Kronik solunum yetmezli inde yalnızca BPAP-S ve BPAP-S/T cihazı bedelleri Kurumca kar ılanacak olup, verilmesine yönelik sa lık kurulu raporu gö üs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yo un bakım sorumlu uzman hekimlerinden birinin yer aldı 1 sa lık kurullarınca düzenlenecektir.

(2) Kronik stabil ya da yava ilerleyen solunum yetmezli i (gündüz yada gece karbondioksit retansiyonuna ba lı semptom varlı ı, noktürnal hipoventilasyon) varlı ında hastanın ilaç ve oksijen tedavisi alırken stabil dönemde solunum yetmezli inin önlenemiyor olması BPAP-S veya BPAP-S/T cihazı verilme endikasyonu olarak kabul edilir.

(3) Sa lık kurulu raporunda hastanın kullanaca ı N MV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcı nemlendirici gibi) yer alacaktır.

(4) SUT'un 3.3.6.A-1(10) fıkrasında belirtilen hükümler bu madde için de geçerlidir.

### 3.3.6.B - Evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları

(1) Kronik solunum yetmezli i tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sa lık kurulu raporları, gö üs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yo un bakım sorumlu uzman tabiplerinden; hastanın çocuk olması halinde ise çocuk gö üs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından birinin yer aldı 1 sa lık kurullarınca düzenlenecektir. **(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 15 md. Yürürlük: 18/03/2014) Ancak, çocuk gö üs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanı bulunmayan sa lık kurum ve kurulu larında, sa lık kurulu raporunun üçüncü basamak resmi sa lık kurum ve kurulu larınca düzenlenmi olması artıyla, kronik solunum yetmezli i tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sa lık kurulu raporları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekiminin bulundu u sa lık kurullarınca da düzenlenebilecektir.**

(2) Sa lık kurulu raporunda; tanı, hastanın kullanaca ı oksijen cihazının türü ve gerekçesi, oksijen akım hızı, günlük kaç saat kullanılaca ı ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, kanül ta ıyıcı hortum, nemlendirici gibi) yer alacaktır.

(3) Sa lık kurulu raporu ekinde arteriyel kan gazı tetkiki ve di er kanıtlayıcı belgeler eklenecektir.

(4) Sa lık kurulu raporunda belirtilmek ko uluyla;

a) Kronik solunum yetmezli i olanlarda; (istirahat veya egzersiz halinde) PaO<sub>2</sub> (Parsiyel Oksijen Basıncı) 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> (Oksijen Saturasyonu) 88 olması halinde,

b) Korpulmonale varlı ında; PaO<sub>2</sub>'de 55-59 mmHg veya SaO<sub>2</sub> 89 ile birlikte EKG'de "P Pulmonale" bulgusu olması veya hematokrit > %55 veya konjestif kalp yetmezli i olması halinde,

c) Akut solunum yetmezli i olan hastalarda stabil dönemde solunum yetmezli inin önlenemiyor olması durumunda yukarıda birinci veya ikinci fıkralarda sıralanan bulgular sa lanıyorsa,

ç) Efor kapasitesini sınırlayan terminal dönem (kanser ve di er sistemik hastalıklara ba lı) hastalarda, evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı bedelleri Kurumca kar ılanır.

(5) Evde uzun süreli veya ta ınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazı verilen hastaların yılda bir kez sevk evrakı ile sa lık tesisine gönderilmesi ve cihazla tedaviye devam edilip edilmeyece ine ili kin sa lık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

(6) Kurumca finansmanı sa lanacak evde uzun süreli veya ta ınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları;

a) Oksijen tüpü (gaz hali),

b) Oksijen tüpü (sıvıla tırılm ), **(Mülga: RG- 21/04/2015- 29333/ 7 md. Yürürlük: 01/05/2015)**

c) Oksijen konsantratörü,

ç) Ta ınabilir komponenti olan oksijen tedavi cihazları.

(7) Ta ınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları; istirahat halinde PaO<sub>2</sub> (Parsiyel Oksijen Basıncı) > 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> (Oksijen Saturasyonu) > 88 olmasına kar ın egzersiz durumunda veya i sırasında desatüre (PaO<sub>2</sub> 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> 88) olması (egzersiz ile %4'den fazla desatüre olan) ve bu durumu gösterir istirahat ve efor kan gazı sonuçlarının sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ve/veya rapor ekinde belgelendirilmesi halinde, yatalak olmayan ve aktif i ya amını sürdüren veya ö renci olan mobilize hastalarda (sa lık kurulu raporunda bu durum ayrıca belirtilmelidir) bedelleri Kurumca kar ılanır. Ancak, istirahatte PaO<sub>2</sub> 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> 88 olan hastalar için efor kan gazı sonuçları istenmeyecektir.

(8) Oksijen konsantratörü verilen ki ilere, raporda belirtilmek ko uluyla oksijen tüpü önerilmesi durumunda bedelleri Kurumca kar ılanır.

(9) Cihazla birlikte kullanılması ve belli sürelerde de i mesi gereken maske, ba lık, ara hava hortumu, oksijen ara ba lantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sa lık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri Kurumca kar ılanır.

### 3.3.7-(Mülga: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-c md. Yürürlük: 30/08/2014) (Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 9-a md. Yürürlük: 12/11/2013) Kapalı loop mikro infüzyon pompası Eşik sistemi ile çalışan, sürekli glikoz monitörizasyonu yapan, uyarı yeteneği olan insülin infüzyon pompası

(1) **(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 9-b md. Yürürlük: 12/11/2013)** Kapalı loop mikro infüzyon pompası Eşik sistemi ile çalış an, sürekli glikoz monitörizasyonu yapan, uyarı yetene i olan insülin infüzyon pompası, infüzyon seti, rezervuar ve ölçüm sensörleri bedellerinin Kurumca kar ılanabilmesi için iç hastalıkları veya çocuk sa lı ı hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer aldı 1 sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmekte olup raporda;

a) Açık loop mikroinfüzyon pompası kullanılmasına ra men sık hipoglisemileri olan hastalarda gerekçesinin belirtilmesi,

b) Hastanın Tip I diyabetli veya insüline ba ımlı Tip II diyabetli olması ile birlikte kan ekerinin oynak (brittle) seyretti inin ya da gebelikte gestasyonel diyabet (hamilelik diyabeti) oldu unun belirtilmesi,

e) Hastanın kendi kendine veya yakınlarının cihazı kullanma yeteneğini kazanmış olduklarının belirtilmesi, gerekmektedir.

(2) (~~Değişik: RG-12/11/2013-28819/ 9 e md. Yürürlük: 12/11/2013~~) Kapalı loop mikroiğfüzyon pompasının komponentlerinden E lik sistemi ile çalışan, sürekli glikoz monitörizasyonu yapan, uyarı yeteneği olan insülin infüzyon pompasının komponentlerinden;

a) Kan şekeri ölçüm sistem vericisi pompa bedeline dâhil olup Kurumca ayrıca bedeli karlanmayacaktır.

b) Sarf malzemesi olan;

1) Ölçüm sensörlerinin ayda 2 adet hesabıyla reçete edilmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karlanır.

2) İnfüzyon seti ve rezervuar bedelleri, sağlık kurulu raporuna dayanılarak en fazla 3 günde 1 adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla 3 aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca karlanır.

**(Değişik: RG- 14/07/2016- 29770/ 8 md. Yürürlük: 01/06/2016)**

### **3.3.8 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları**

#### **3.3.8.A - Çocuklar için (parapodium, standing table)**

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve e itiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

a) Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,

b) Bağı kontrolü ve oturma dengesi olan,

c) Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan,

e) Progresif hastalığı olmayan,

d) Herhangi bir nedene bağlı yerle mi parapleji klinik tablosu olan; 2 yaş ve üzerindeki hastalara (8 yaş üstü hastalara standing table bedeli karlanmaz);

reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karlanır.

(2) Parapodium, standing table cihazları birlikte temin edilmez.

(3) Ayrıca bu hastalara tekerlekli sandalye bedeli Kurumca karlanmaz.

#### **3.3.8.B - Erişkinler için (stand up wheelchair)**

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve e itiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

a) Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,

b) Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan,

e) Progresif hastalığı olmayan,

e) Herhangi bir nedene bağlı yerle mi parapleji klinik tablosu olan,

d) Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken hastalara (bu durumun Kurum sosyal güvenlik kontrol memurlarınca tespiti halinde);

reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karlanır.

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

(3) Stand up wheelchair yenilenme süresi 5 yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karlanmaz.

### **3.3.8 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları**

#### **3.3.8.A - Çocuklar için (parapodium, standing table )**

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve e itiminin yapılması sonucunda; ortopedi ve travmatoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (Aynı bran tan üçünün veya farklı bran tan birer kişinin veya bir bran tan iki, diğer bran tan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak sağlık kurumlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporunda;

a) Bilinci açık olan,

b) Kısmen bağı kontrolü olan,

c) Herhangi bir nedene bağlı tetrapleji veya parapleji klinik tablosu olan veya diğer nörolojik defisitlere bağlı olarak ayakta durmanın tedaviye katkı sağlayacağı belirtilmesi ve 2-18 yaş arası hastalara bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karlanır.

(2) Parapodium, standing table cihazları birlikte temin edilmez.

#### **3.3.8.B - Erişkinler için (stand up wheelchair)**

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve e itiminin yapılması sonucunda; ortopedi ve travmatoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (Aynı bran tan üçünün veya farklı bran tan birer kişinin veya bir bran tan iki, diğer bran tan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak sağlık kurumlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporunda;

a) Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,

b) Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan,

c) Progresif hastalığı olmayan,

e) Herhangi bir nedene bağlı yerle mi parapleji klinik tablosu olduğu belirtilmesi ve bu hekimlerce reçete edilmesi halinde aktif çalışan ve/veya ö renci olan hastalarda Kurumca bedeli karlanır.

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

(3) Stand up wheelchair yenilenme süresi 5 yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

**3.3.9 - Ortopedi ve travmatoloji branşı ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödemeye esas teşkil edecek usul ve esasları**

**(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-ç md. Yürürlük: 30/08/2014)**

**(Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/16 md. Yürürlük: 01/04/2014)**

(1) A a ıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca kar ılanacaktır.

- Taze donmu (fresh frozen) allogreft,
- Tümör rezeksiyon protezi,
- Mente eli diz protezi,
- Ki iye özel tasan rımlı protezler,
- Uzaysal eksternal fiksatorler.

(2) A a ıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında uygulanması ve Sa lık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danı ma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması artıyla Kurumca kar ılanacaktır.

- Bilgisayarlı eksternal fiksator,
- Bilgisayarlı destekli intramedüller uygulamalar,
- Ki iye özel üretilen tümör protezleri,
- Tümör dı ı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri,
- (Mülga: RG- 04/05/2013- 28637/ 7 md. Yürürlük: 01/05/2013) Torakolumbar posterior non-invasive in situ growing manyetik rod,
- Menisküs allogreftleri.

(1) A a ıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde bedeli Kurumca kar ılanacaktır.

- Taze donmu (fresh frozen) allogreft,
- Tümör rezeksiyon protezi,
- Mente eli diz protezi,
- Raylı sistem modülasyon sa layan tek planlı eksternal fiksatorler,
- Çok-eksenli eksternal fiksatorler,
- Teleskopik çiviler,
- (EK:RG- 25/07/2014- 29071 / 18-ç md. Yürürlük: 01/08/2014) Proksimal femur ba lı/ba sız ile femoral ba allogreftler,
- Tendon allogreftleri,
- Kortikal aft allogreftler,
- Sinüs tarsi vidası,

(2) A a ıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında uygulanması ve Sa lık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danı ma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması artıyla bedeli Kurumca kar ılanacaktır.

- Bilgisayar destekli/Uzaysal eksternal fiksatorler,
- Bilgisayar destekli intramedüller uygulamalar,
- Ki iye özel tasarımı üretilen protezler,
- Tümör dı ı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri, (EK:RG- 25/07/2014- 29071 / 18-ç md. Yürürlük: 01/08/2014) interkalar segmentler ve artrodez aparatları,
- Menisküs allogreftleri,
- (EK:RG- 25/07/2014- 29071 / 18-ç md. Yürürlük: 01/08/2014) Manyetik/Mekanik olarak uzatılabilen tümör rezeksiyon protezleri,
- Sentetik menisküs implantları,
- Kıkırdak hücre kültürleri,
- Hüeresiz Kıkırdak Matrisleri,
- Absorbe olabilir omuz balon spacer

(1) A a ıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde bedeli Kurumca kar ılanacaktır.

- Taze donmu (fresh frozen) allogreft,
- Tümör rezeksiyon protezi,
- Mente eli diz protezi,
- (Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-c md. Yürürlük: 01/10/2014) Çok-eksenli eksternal fiksatorler,
- Teleskopik çiviler,
- Proksimal femur ba lı/ba sız ile femoral ba allogreftler,
- Tendon allogreftleri,
- Kortikal aft allogreftler,
- Sinüs tarsi vidası,
- Bilgisayar destekli/Uzaysal eksternal fiksatorler,



- 1) Bilgisayar destekli intramedüller uygulamalar,
  - i) Sentetik menisküs implantları,
  - j) Hücresiz Kıkırdak Matriksleri,
  - k) Hücresiz Menisküs implantları,
  - l) Absorbe olabilir omuz balon spacer,
  - m) Rijid olabilen intramedüller elastik çiviler,
  - n) Uzatma yapabilen intramedüller çiviler motorlu/manyetik.
- (Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-c md. Yürürlük: 01/10/2014)
- o) Yüzeysel yenileme implantları

(Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 9 md. Yürürlük: 01/03/2015)

ö) (Mülga: RG- 05/08/2015- 29436/ 7 md. Yürürlük: 05/08 /2015) Total parmak protezi

(2) A a rıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-ç md. Yürürlük: 01/10/2014) (e itim verme yetkisi olan klinik) uygulanması ve Sa lık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danı ma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması artıyla bedeli Kurumca kar ılanacaktır.

- a) Ki iye özel tasarımı üretilen protezler,
  - b) Tümör dı nda endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri, interkalar segmentler ve artrodez aparatları,
- ⇒ (Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-ç md. Yürürlük: 01/10/2014 ) Menisküs allogreftleri,
- c) Manyetik/Mekanik olarak uzatılabilen tümör rezeksiyon protezleri,
  - d) Kıkırdak hücre kültürleri.

### 3.3.10 - Kronik venöz hastalıklar için bası giysileri

(1) Genel cerrahi, dermatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, kalp damar cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerden birinin bulunduğu sa lık kurulu raporlarına istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde; tüm evrelerde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Sa lık kurulu raporu ekinde; venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır.

(3) Standart bedenler üzerinden bedeli Kurumca kar ılanır.

(4) Rapor geçerlilik süresi 2 yıldır.

(5) İlgili hekimce uygun görülmesi halinde 6 ay arayla olmak artıyla yılda en fazla 2 kez reçete edilebilir.

(6) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(7) Hastalının evresine göre ortalama 15 mmHg ve üzeri basınç uygulamalı, kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncı en az yarısını sa layabilmelidir.

(8) ç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda diki siz, pürüzsüz olmalıdır. Hava geçirgen özelli i olan kuma tan imal edilmelidir.

(9) Alt ekstremité bası giysilerinde üst kısmının iç yüzeyinde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır.

(10) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa, hastaya zarar vermeyecek ekilde yerle tirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmayacak yapıda olmalıdır.

(11) Sık yıkanabilir kuma tan imal edilmelidir. Giysi yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları de i memeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

(12) Alt ekstremité bası giysisi ödeme göre çorap tarzı dize kadar, kası a kadar veya külotlu olabilir.

### 3.3.11 - Sakral sinir stimülatörleri

(1) Sakral sinir stimülatörlerinin anal inkontinansda kullanımı:

a) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e itim klini i olan) genel cerrahi, gastroenteroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerince olu turulacak konsey kararınca ve bu 4 bran tan hekimin birlikte bulunduğu sa lık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca kar ılanır.

b) Genel endikasyonlar;

1) 75 ya ın altındaki hastalarda kullanılmalıdır,

2) Hasta cihaz hakkında bilgilendirilmeli ve hastanın cihazı kullanabilecek bili sel ve psikolojik yetide oldu u psikiyatri konsültasyonu ile belgelendirilmelidir,

3) Kalıcı implantasyona geçmek için, test a masında klinik semptom ve bulgularda en az %50 azalma saptanması olmalıdır.

c) Tıbbi endikasyonlar;

1) Medikal veya cerrahi tedaviye cevap vermeyen anal inkontinanslı hastalarda,

2) Medikal veya cerrahi sürecinin en az 6 ay devam etti i hastalarda uygulanmalıdır.

ç) Anal manometre, anal EMG, endoanal ultrason vb. tetkik sonuçlarının sa lık kurulu rapor ekinde yer alması gerekmektedir.

d) Konjenital anal rektal malformasyonlar, rektal prolapsus varlı ı, inflamatuvar barsak hastalıklarında, kalıcı kolostomisi olan hastalarda ve gebelerde kullanıldı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

### 3.3.12 -(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 8 md. Yürürlük: 01/05/2013) Ayakta ağız ve diş tedavilerinde tıbbi malzeme temin/ödeme usul ve esasları

(1) Lokal anestezi altında, cerrahi tedavilerde kullanılan her türlü tıbbi sarf malzemesi (Kurumca bedeli kar ılanmayacağı ayrıca belirtilen malzemeler ve SUT'ta belirtilen di er istisnalar hariç) sa lık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete kar ılı ı hastaya aldırılması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sa lık hizmeti sunucusunun alaca ından mahsup edilir.

(2) Bu kapsamdaki tıbbi malzemelerin bedelleri SUT'un 3.2.1.A 1 ve 3.2.1.A 2 maddelerinde belirtilen hükümler de rultusunda Kurumca kar ılanır.

(3) Grefitler ve membranların bedelleri aynı merkezde çalı an, en az bir periodontoloji veya a ız di çene cerrahisi

uzman hekiminin yer aldığı üç di hekiminin imzası ile hazırlanan sa lık kurulu raporuna istinaden Kurumca kar ılanır. Sa lık kurulu raporuna endikasyonu destekleyen operasyon öncesine ait radyograflar eklenir.

(4) Lokal anestezi altında yapılan i lemlerde; sa lık kurulu raporuna, hasta veya yakını tarafından doldurulan ilgili malzemenin kullanıldı ına dair belge (hastanın adı ve soyadı, i lem tarihi, kullanılan malzemenin adını içeren) eklenir.

(5) Protez yapı tırcıları, protez temizleme tabletleri, özel içerikli di macunları vb. malzemelerin bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(6) Kanama durdurucu ajanların bedeli yatan hastalarda ameliyat notunda belirtilmesi artıyla, ayakta tedavi gören hastalarda ise epikriz raporunda belirtilmesi artıyla Kurumca kar ılanır. Ayakta tedavi gören hastalarda fatura ekine epikriz raporu ile hasta veya yakını tarafından doldurulan, ilgili malzemenin kullanıldı ına dair belge (hastanın adı ve soyadı, i lem tarihi, kullanılan malzemenin adını içeren) eklenir.

(1) Lokal anestezi altında, cerrahi tedavilerde kullanılan, greft, membran, (Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 18-d md. Yürürlük: 01/08/2014) kanama durdurucu vb. iyile tirici nitelikteki tıbbi malzemeler (Kurumca bedeli kar ılanmayaca ı ayrıca belirtilen malzemeler ve SUT'ta belirtilen di er istisnalar hariç) sa lık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete kar ılı ı hastaya aldırılması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sa lık hizmeti sunucusunun alaca ından mahsup edilir.

(2) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 13 md. Yürürlük: 01/01/2015) Bu kapsamdaki tıbbi malzemelerin bedelleri SUT'un 3.2.1.A 1 ve 3.2.1.A 2 3.2.1.A ve 3.2.1.B maddelerinde belirtilen hükümler do rultusunda Kurumca kar ılanır.

(3) Greftler ve membranların bedelleri aynı merkezde çalı an, en az bir periodontoloji veya a ız di çene cerrahisi uzman hekiminin yer aldığı üç di hekiminin imzası ile hazırlanan sa lık kurulu raporuna istinaden Kurumca kar ılanır. Sa lık kurulu raporuna endikasyonu destekleyen operasyon öncesine ait radyograflar eklenir.

(4) Protez yapı tırcıları, protez temizleme tabletleri, özel içerikli di macunları vb. malzemelerin bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(5)(Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 18-d md. Yürürlük: 01/08/2014) Kanama durdurucu ajanların bedeli yatan hastalarda ameliyat notunda belirtilmesi artıyla, ayakta tedavi gören hastalarda ise epikriz raporunda belirtilmesi artıyla Kurumca kar ılanır. Ayakta tedavi gören hastalarda fatura ekine ilgili malzemenin kullanıldı ına dair epikriz raporu eklenir.

### 3.3.13 - Kulak kepeşi protezi

(1) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında sa lık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve bo az veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

(2) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında ilgili dal uzmanlarınca düzenlenecek sa lık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve bo az veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince gerekli durumlarda yenilenmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

3.3.14 -(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-d md. Yürürlük: 01/10/2014) Hücre içermeyen kalırdak implant ve otolog kondrosit implant Kıkırdak hücre kültürleri

(1) Üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularında, Sa lık Bakanlığı ı "Ortopedi Bilimsel Danı ma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması artıyla bedelleri Kurumca kar ılanacaktır. SUT eki "EK-2/B Hizmet Ba ı lem Puan Listesi" için 612731 veya 612975 SUT kodları, "EK-2/C Taniya Dayalı lem Puan Listesi" için P612731 veya P612975 SUT kodları ile birlikte uygulanması ve üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik),Sa lık Bakanlığı ı "Ortopedi Bilimsel Danı ma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması artıyla bedelleri Kurumca kar ılanacaktır.

### 3.3.15- Yapışıklık önleyiciler-(Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-e md. Yürürlük: 01/10/2014)

(1) Birden fazla karın ameliyatı geçirmiş yapı ıklı ı olan hastalarda veya laparotomi sonrası tekrarlayan ileus atakları olan hastalarda kullanılması halinde, en az bir genel cerrahi (Ek: RG- 18/03/2014- 28945/17 md. Yürürlük: 18/03/2014) veya çocuk cerrahisi uzmanın yer aldığı sa lık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca kar ılanır.

### 3.3.16 - Çift yüzlü yama (mesh)

(1) Karın içine veya gö üs duvarına bakan yüzeyi organlara yapı mayacak özellikte materyalden, karın duvarına kar ılıklı gelen yüzeyi ise ba lıca polipropilen olmak üzere emilmeyen ve doku ile entegrasyon sa layan materyalden yapılmı olan protezler dahil, çift yüzlü yama (mesh) olarak kabul edilir.

(2) Çift yüzlü yamalar (meshler) özellikli vakalarda ameliyat öncesinde hastanın karın duvarı defektinin görüntüsünün (foto raf veya bilgisayarlı tomografi gibi bir görüntüleme aracı kullanılarak) epikrize eklenmesi, kullanılacak meshin boyutu ve defektin boyutunun epikrizde ili kilendirilmesi ile üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında genel cerrahi, gö üs cerrahisi veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniklerince düzenlenecek sa lık kurulu raporu ile (Mülga: RG- 18/03/2014- 28945/ 18 md. Yürürlük: 18/03/2014) hasta ba ma temin edilmesi durumunda bedeli Kurumca kar ılanır.

(3) Çift yüzlü yama (mesh);

a) Açık fituk onarımlarında karın duvarının kapatılmadı ı büyük defektlerin, büyük insizyonel hernilerin ve/veya büyük rekürren umbilikal hernilerin elektif onarımında,

b) Laparoskopik teknikle yapılan insizyonel herni ve/veya ventral herni onarımlarında kullanılması,

(Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-f md. Yürürlük: 01/10/2014) durumunda bedeli Kurumca kar ılanır.

c) (Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-f md. Yürürlük: 01/10/2014) Hiatus ve diyafragma hernilerinin açık ve laparoskopik onarımlarında durumunda bedeli Kurumca kar ılanır.

(4) Çift yüzlü yama (mesh), primer ve nüks inguinal ve/veya femoral fitıkların açık ve laparoskopik onarımlarında, primer umbilikal ve/veya epigastrik hernilerin açık onarımlarında kullanılmaları durumunda bedeli Kurumca kar ılanmaz.

### 3.3.17 - Trakeobronşiyal stentler

(1) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında ilgili dal uzmanlarınca düzenlenecek sa lık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca kar ılanır. Malign olgularda ise, sa lık kurulu raporunda en az 1 onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzmanı imzasının yer alması gerekmektedir.

(2) Trakeobronşiyal stentler;

a) Trakeobron iyal malign darlıklarda (primer veya metastatik tümörlerin mikst ekzofitik veya dı tan bası ile olu turabilece i hava yolu darlıkları gibi),

b) Trakeobron iyal benign darlıklarda (akci er tranplantasyonu sonrası, entübasyon/trakeostomi sonrası, endobron iyal tedavilerden sonra olu abilen skar darlıkları, vasküler anomaliler veya büyük lenfadenopatilerin yaptı ı dı tan basılar, trakeobronkomalazi, trakeal a , inflamasyon veya enfeksiyona ba lı hava yolu darlıkları gibi),

c) Trakea özefageal fistüllerde,  
kullanılmaları halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

### 3.3.18 - Total yüz maskesi

(1) Noninvaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan yüz deformiteli, yüz travmalı veya yüz yanı ı olan ya da oronazal maskeye uyum sa layamayan hastalarda kullanılması durumunda bedeli Kurumca kar ılanır.

### 3.3.19 - Transbronşiyal iğne aspirasyonu iğnesi

(1) Transbron iyal iğne aspirasyonu iğnesi;  
a) Bronkojenik karsinom evrelemesinde,  
b) Peribron iyal ve submukozal lezyonlarda,  
c) Periferik nodüller ve kitlelerde,  
ç) Endobron iyal lezyonlarda,  
d) Sarkoidoz ve tüberkülozda,  
e) Tümörün submukozal yayılımının ayırt edilmesi,  
f) Mediastinal kitlelerin tanısında,  
kullanılması durumunda bedeli Kurumca kar ılanır.

### 3.3.20 - Bronş dilatasyon balonları

(1) Bronş dilatasyon balonları;  
a) Trakeobron iyal malign ve benign darlıkların dilatasyonu,  
b) Hayatı tehdit eden hemoptizilerde kanayan tarafın ana bron unu oblitere etmek,  
durumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

**3.3.21 - (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-g md. Yürürlük: 01/10/2014) Damar kapama ve kesme probu (açık cerrahi), doku füzyonu açık aleti Damar kapama ve kesme probu ve Ultrasonik Cerrahi Problar**

(1) Bu kapsamdaki tıbbi malzemeler ultrasonik makas olarak de erlendirilemez.

(2) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında, gö üs cerrahisi, genel cerrahi uzmanının oldu u sa lık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

(1) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

### 3.3.22 - Burun protezi

(1) Total burun defektlerinin rekonstrüksiyonu veya epitezin yenilenmesine gerek duyuldu u hallerde üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında sa lık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca kar ılanır.

### 3.3.23 - Dura yapıştırıcı

(1) BOS fistülü olan vakalarda bedeli Kurumca kar ılanır.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 18-e md. Yürürlük: 01/08/2014)

### 3.3.24- Sentetik menisküs implantları (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-d md. Yürürlük: 30/08/2014)

(1) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında uygulanması ve Sa lık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danı ma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması artıyla, 45 ya altında, subtotal menisektomi sonrası en az 1 (bir) yıl geçmesine ra men konvansiyonel tedavi yöntemleri ile a rısı azalmayan vakalarda bedelleri Kurumca kar ılanır.

(1) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında uygulanması artıyla, 45 ya altında, subtotal menisektomi sonrası en az 1 (bir) yıl geçmesine ra men konvansiyonel tedavi yöntemleri ile a rısı azalmayan vakalarda bedelleri Kurumca kar ılanır.

### 3.3.25- Menisküs tamiri ürünleri

(1) 55 ya altı vaka grubunda, e itim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak hastanelerde, 3 (üç) ortopedi ve travmatoloji uzmanı tarafından sa lık kurulu raporu düzenlenmesi artıyla, "Nitinol/Tek Barlı/Çok mplantlı" malzemeler en fazla 1 (bir) adet, "Çift Barlı" malzemeler en fazla 2 (iki) adet olmak üzere; Kıkırdak tamir teknikleri ile onarılabılır derecede kıkırdak lezyonu olan veya kıkırdak lezyonu olmadığı halde dejeneratif olmayan Zon-1 ve Zon-2 menisküs yırtı ı olan vakalarda bedelleri Kurumca kar ılanır.

### 3.3.26- Sinüs tarsi vidası

(1) Esnek, a rılı, 8-14 ya (8 ve 14 dahil) vaka grubunda e itim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak hastanelerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

### 3.3.27- Absorbe olabilir omuz balon spacer

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-e md. Yürürlük: 30/08/2014)

(1) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında uygulanması ve Sa lık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danı ma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması artıyla, tamir edilemeyen tam kat Rotator cuff yırtıklarında kullanıldı mın sa lık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve cerrahi olarak yerle tirilen ba ka bir tıbbi malzeme kullanılmaması kaydıyla bedelleri Kurumca kar ılanır.

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması artıyla, tamir edilemeyen tam kat Rotator cuff yırtıklarında kullanıldığı için sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve cerrahi olarak yerleştirilen başka bir tıbbi malzeme kullanılmaması kaydıyla, ilen başına en fazla 1 (bir) adet kullanılması halinde bedeli Kurumca karılanır.

### 3.3.28- Tümör protezleri

(1) EK-3/F-3 “Ortopedi ve Travmatoloji Bran ı Tümör ve Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi” nde bulunan protezlerin, a a ıda yer alan geri ödeme kural ve/veya kriterlerine uygun olmak üzere, e itim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak hastanelerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

a) Saddle protezlerin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca karılanır:

- 1 ) Periasetabüler rezeksiyonlar (Tip 2, Tip 2/3) kemi in primer tümörü ya da metastazları,
- 2 ) Travmaya sekonder periasetabüler kemik kayıpları,
- 3 ) Kalça displazisine ba lı periasetabüler kemik kayıpları,
- 4) Periasetabüler kemik kayıplarının oldu u multiple kalça revizyonları sonrası.

b) Proksimal femur rezeksiyon protezlerinin kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca karılanır:

- 1) Kemi in primer malign veya agresif benign (eklem bütünlü ü korunamayacak olgularda) tümörleri,
- 2) Proksimal femur yüksek doz radyoterapi sonrası olu an kırıklar,
- 3) Kemi in sekonder malign tümörleri,
- 4) Kalça protezi multiple revizyonları (kemik kaybı olan),
- 5) Parçalı proksimal femur kırığı multiple girişimler (3 ve üzeri),
- 6) Yumu ak doku malign tümörlerinin kemi i tuttu u olgular,
- 7 ) yile mi kemik enfeksiyonları sonucu ileri kemik kayıpları,
- 8) Rezeksiyon artroplasti sonrası femur rekonstrüksiyonları.

c) Total femur rezeksiyon protezlerinin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri

Kurumca karılanır:

1) Diyafizi tutan proksimal ve distal intramedüler tutulumlarda, 130 mm’den az sa lam kemik olan primer ya da metastatik tümörler,

- 2) Distal femur ya da proksimal femur malign tümör rezeksiyonları sonrası yapılan revizyonlar,
- 3) Distal femur ya da proksimal femur yerle imli malign tümörlerin skip metastazı olan olgular.

ç) Distal femur rezeksiyon protezlerinin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca

karılanır:

- 1) Kemi in primer malign veya agresif benign (eklem bütünlü ü korunamayacak olgularda) tümörleri,
- 2) Yumu ak doku malign kemik tümörlerinin distal femuru tuttu u olgular,
- 3) Diz protezi multipl revizyonları sonrası distal femur kemik kayıpları,
- 4) Suprakondiler, kondiler femur parçalı kompleks kırıkları ya da kaynamamaları (3 ve üzeri girişim),
- 5) Distal femur yüksek doz radyoterapi sonrası olu an kırıklar,
- 6) Distal femur kemik metastazları ya da protez dış ı rekonstrüksiyon yöntemleri yetersizli i.

d) Proksimal tibia rezeksiyon protezlerinin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca

karılanır:

- 1) Proksimal tibia agresif benign/malign tümörleri veya metastazlar sonucu ekstremitte koruyucu eksizyonlar,
- 2) Proksimal tibiada yüksek doz radyoterapi sonrası olu an kırıklar,
- 3) Diz protez revizyonları sonucu tibia üst uç kemik kayıpları.

e) Distal tibia rezeksiyon protezlerinin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca karılanır:

- 1) Agresif benign kemik tümörleri sonucu rezeksiyon yapılan olgular,
- 2) Kemik dış ında yumu ak doku tutulumu olmayan ya da az tutulum olan primer malign kemik tümörleri.

f) Skapula protezlerinin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca karılanır:

- 1) Skapulanın malign kemik tümörleri,
- 2) Yumu ak doku sarkomlarının skapulayı tuttu u olgular,
- 3) Tip III intraartiküler total skapulektomi yapılan olgular,
- 4) Tip IV Ekstraartiküler skapulektomi ve humerus baş ı rezeksiyonları,
- 5) Tip IV Ekstraartiküler humeral ve total skapüler rezeksiyon yapılan olgular.

g) Proksimal humerus rezeksiyon protezlerinin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca

karılanır:

- 1) Proksimal humerusun agresif benign/malign tümörleri veya metastazlar,
- 2) Yumu ak doku sarkomlarının proksimal humerusu tuttu u durumlar.

ğ) nterkalar rezeksiyon/segment protezlerinin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca

karılanır:

1) Uzun tübüler kemiklerin diyafizini tutan 4 cm’den büyük defekt olu turan malign ve metastatik tümörler.

h) Total humerus protezlerinin a a ıdaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca karılanır:

1) Primer malign kemik tümörleri (humerusun diafizini proksimal ve distalde ekleme yakın tutan tümörlerinde) veya metastazlar,

2) Yumuşak doku sarkomlarının humerusu tuttu u olgular.

1) Dirsek rezeksiyon protezlerinin a a ındaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca kar ılanır:

1) Primer kemik ve yumu şak doku sarkomlarının, dirsekte geni rezeksiyon yapılması gereken durumları,

2) Metastazı olan, geni dirsek çevresi rezeksiyon yapılması gerekli olgular.

i) Uzayabilen protezlerin a a ındaki kriterlerin en az birinin varlı ı halinde bedelleri Kurumca kar ılanır:

1) Rezeksiyon sonrası iskelet büyümesi tamamlandıktan sonra bacak uzunluk farklı ı 3 cm'den fazla ya da kol boyu uzunluk farklı ı 5 cm'den fazla olaca ı tahmin edilen olgular,

2) Kızlarda 11 ya ı, erkeklerde 13 ya ıtındaki tümör rezeksiyonu yapılan olgular.

### 3.3.29- Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemeler

(1) EK-3/A “Birden Fazla Bran ta Kullanılan Tıbbi Malzemeler” listesinde bulunan ve kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemelerin, a a ıda yer alan geri ödeme kural ve/veya kriterlerine uygun olmak artıyla bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-ğ md. Yürürlük: 01/10/2014) Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemelerin vücut dı ı uygulamalarında, yatarak tedavilerde, epikrizde a a ındaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme sayısının belirtilmesi artıyla bedelleri Kurumca kar ılanır. (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 10 md. Yürürlük: 18/02/2015) Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemelerin vücut dı ı uygulamalarında Kanama durdurmada kullanılan emilemeyen tıbbi malzemelerin, acil servislerde veya yatarak tedavilerde, epikrizde a a ındaki durumlardan en az birinin belirtilmesi artıyla en fazla 2 (iki) adet olmak üzere bedelleri Kurumca kar ılanır.

a) Hemorajik diyateze neden olan durumlar ve/veya hastalıklarının oldu u bilinen vakalarda,

b) Trombosit de erinin 50.000 K/ mm<sup>3</sup>ün altında oldu u vakalarda,

c) Maligniteye sekonder kanamalarda,

d) Giri imsel ve iatrojenik i lemler hariç olmak üzere boyun, aksiller bölge ve inguinal bölgenin direkt bası ile durdurulamayan travmaya ba ılı açık kanamalı damar yaralanmalarında.

(3) (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 10 md. Yürürlük: 18/02/2015) Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemelerin endoskopik/cerrahi uygulamalarında, epikrizde a a ındaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme sayısının belirtilmesi artıyla bedelleri Kurumca kar ılanır. Kanama durdurmada kullanılan emilebilen tıbbi malzemelerin yatarak tedavilerde, epikrizde a a ındaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme sayısının belirtilmesi artıyla bedelleri Kurumca kar ılanır.

a) Hemorajik diyateze neden olan durumlar ve/veya hastalıklarının oldu u bilinen vakalarda,

b) Trombosit de eri 50.000 K/mm<sup>3</sup>ün altında oldu u vakalarda,

c) Maligniteye sekonder kanamalarda,

d) Multi travmaya ba ılı açık kanamalı damar yaralanmalarında,

e) Ligasyon, koter, sütür uygulanamayan veya bu uygulamalarla durdurulamayan endoskopik/intraoperatif kanamalarda.

(Mülga: RG- 25/03/2017- 30018/ 17 md. Yürürlük: 05/04/2017)

### 3.3.30- İntraoperatif Nöromonitörizasyon işlemlerinde kullanılan tıbbi malzemeler

(1) SUT eki EK 2/D 4 “ ntraoperatif Nöromonitörizasyon” leminin Ayrıca Faturalanabilecek i lemler Listesinde yer alan i lemlerde, SUT eki EK 2/B listesindeki 703.365 SUT koduyla birlikte uygulanması ve a a ıda yer alan geri ödeme kural ve/veya kriterlerinin yerine getirilmesi artıyla bedelleri Kurumca kar ılanır. (Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 8 md. Yürürlük: 01/09/2015) Ayrıca aynı seansta, “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK 3/E 1) Listesi”nde yer alan “103096”, “103097”, “103101”, “103102” SUT kodları ve “Beyin Cerrahisi Bran ı Kranial Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK 3/E 2) Listesi” “ NTRAOOPERAT F NÖROMON TÖR ZASYON” ba ılı ı altında yer alan SUT kodlarından en fazla bir tanesinin bedeli Kurumca kar ılanır.

a) Konvansiyonel metodoloji ile çalış an teknolojiler için; Kayıt çıktılarının bir sureti ile cerrahi i lemi gerçekle tiren hekim ve nöroloji/nörofizyoloji/fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında uzmanlık ve/veya yan dal e itimi almı hekimler tarafından düzenlenecek nöromonitörizasyon kayıt raporunun bir sureti fatura eki belge olarak ibraz edilmelidir. Di er suret ise hasta dosyasında saklanmalıdır.

b) Cerrah güdümlü metodoloji ile çalış an teknolojiler için; Kayıt çıktılarının bir sureti ile cerrahi i lemi gerçekle tiren hekim ve elektro nörofizyoloji teknikeri tarafından düzenlenecek nöromonitörizasyon kayıt raporunun bir sureti fatura eki belge olarak ibraz edilmelidir. Di er suret ise hasta dosyasında saklanmalıdır.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-f md. Yürürlük: 30/08/2014)

### 3.3.31- Hücresiz Kıvrıdak Matrisleri

(1) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-h md. Yürürlük: 01/10/2014) Üçüncü basamak resmi sa ılık kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik) i lem ba ına en fazla 1 (bir) adet kullanıldı ında bedeli Kurumca kar ılanır. SUT eki “EK-2/B Hizmet Ba ı lem Puan Listesi” için 612732 veya 612976 SUT kodları, “EK-2/C Taniya Dayalı lem Puan Listesi” için P612732 veya P612976 SUT kodları ile birlikte uygulanması ve üçüncü basamak resmi sa ılık

kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik) i lem ba ina en fazla 1 (bir) adet kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

### 3.3.32- Hücresiz Menisküs İmplantları:

(1) Üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında (e itim verme yetkisi olan klinik) i lem ba ina en fazla 1 (bir) adet kullanıldı nda bedeli Kurumca kar ılanır.

### 3.3.33-Bağ/Tendon Güçlendirici İmplantlar:

(1) Kendinden Sütürsüz Transosseöz Sistemi, i lem ba ina en fazla 1 (bir) adet kullanıldı nda bedeli Kurumca kar ılanır.

(2) Transosseöz Sistemi Sütür Ta ıyıcı, i lem ba ina en fazla 1 (bir) adet kullanıldı nda bedeli Kurumca kar ılanır.

### 3.3.34-Biyočözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidaları:

(1) Kanüllü Biyoçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, i lem ba ina en fazla 2 (iki) adet kullanıldı nda bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Kanülsüz Biyoçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, i lem ba ina en fazla 2 (iki) adet kullanıldı nda bedelleri Kurumca kar ılanır.

(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 8 md. Yürürlük: 01/05/2015)

### 3.3.35.İşitme Cihazı ve Kulak Kablı

(1) Dijital programlanabilir işitme cihazlarının bedeli Kurumca kar ılanır. Kurumca bedeli kar ılanacak olan dijital programlanabilir işitme cihazları; otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıkı kontrol sistemi ve kazanç kontrol sistemi özelliklerine sahip olmalıdır.

(2) 0-18 ya çocuklar için e itimleri de göz önünde bulundurularak, dijital programlanabilir işitme cihazları;

a) 0-4 ya çocuklar için; en az dört kanallı veya kanaldan ba ımsız, gürültü azaltıcı özellikli, feedback yönetimi ve FM sistem uyumlu özellikli olmalıdır. Bu ki ilerde kulak içi cihaz kullanıldı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

b) 5-12 ya çocuklar için; en az dört kanallı veya kanaldan ba ımsız, en az sekiz banth, FM sistem uyumlu, gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu art aranmaz) olmalıdır. Bu ki ilerde 8 ya ve altında kulak içi cihaz kullanıldı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

c) 13-18 ya çocuklar için; en az dört kanallı veya kanaldan ba ımsız, en az sekiz banth, gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli, FM sistem uyumlu, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu art aranmaz) kulak arkası veya kanal içi cihaz olmalıdır.

(3) 18 ya üzeri eri kinler için işitme cihazı; En az dört kanallı veya kanaldan ba ımsız, en az sekiz banth, gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu art aranmaz) kulak arkası veya kanal içi cihaz olmalıdır.

(4) işitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT'un 5.3.4 numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;

a) Odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin, a a ıda tanımlanan yetkili personel tarafından imza ve ka esinin bulunduğu onaylanmış aslı;

1) 0-4 ya arası çocuklar ve saf ses odyometri testi yapılamayan 4 ya ve üzeri tüm hastalar için beyin sapı odyometrisinin (ABR Testi) Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış aslı,

2) Saf ses odyometri testinin, Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış aslı,

3) Davranım odyometri testi yapılmı ise sonucunun Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış aslı,

b) işitme cihazına ait barkod ile birlikte cihazın marka, model ve seri numarasını gösterir etiketin aslı,

c) Sa lık Bakanlığıınca düzenlenmiş olan ruhsatname ve sorumlu müdür belgesinin onaylı örne i,

ç) işitme cihazına ve tedarikçi firma ve/veya alt bayii bilgilerine ait T-TUBB-PRICAT çıktıları,

d) Hastanın işitme e iklerinin bu cihaza ait işitme kazanç e risinin ve cihaz uyarılama metodunun içerisinde yer aldığı gösterir işitme cihazı merkezi tarafından düzenlenmiş ıslak imzalı belge (gerçek kulak ölçümü sonuçları),

e) işitme cihazının hastanın işitme kaybına uygunlu unu belirten ve merkez tarafından düzenlenmiş ıslak imzalı taahhütname,

f) işitme cihazının teknik bilgilerinin (cihazın tipi, maksimum kazanç, maksimum çıkı gücü, kazanç e risi) yer aldığı, işitme merkezi tarafından onaylanmış katalog, istenecektir.

(5) işitme cihazı faturası üzerinde; hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, işitme cihazına ait marka, model ve seri numarası bilgileri yer alacaktır. Fatura arkasında "işitme cihazının eksiksiz ve çalı ır durumda teslim alındı ı ve işitme cihazı ile ilgili e itimin tarafına verildi i" ibarelerinin hasta veya yakını tarafından yazılarak imzalanmış olması gerekmektedir.

(6) işitme cihazı bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için, Kurumla sözleşmeli resmi sa lık kurumlarınca en az 1 (bir) Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporu düzenlenecektir.

(7) işitme e i i tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, test Tonal ABR ile yapılarak alçak frekans (500-1000 Hz) ve yüksek frekans (2000-4000 Hz) gruplarından birer frekans olmak üzere en az iki frekansa ait e ikler belirtilmelidir.

— (8) — itme e i i tayini saf ses odyometri testi ile yapılmı sa; test en az 500 1000 2000 4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500 1000 2000 4000 Hz frekanslarında kemik yolu i itme e iklerni ve konu mayı ayırt etme skorlarını içermelidir. 8 ya altı çocuklarda, konu mayı ayırt etme skoru artı aranmaz. 8 ya ve üzerinde konu mayı ayırt etme skoru yapılamaması durumunda tıbbi gerekçesi sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.

— (9) — itme cihazı verilebilmesi için;

— a) 0 18 ya çocuklarda; i itme kaybının kalıcı i itme kaybı oldu u 3. basamak resmi sa lık kurumlarında düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmeli ve a a ıdaki yöntemlerden biri ile test edilmi olmalıdır;

— 1) — itme e iklerni saf ses odyometri testi ile belirlenmi ise iyi i iten kulakta 500 1000 2000 4000 Hz frekanslarında saf ses ortalamasının en az 26 dB ve üzerinde olması;

— 2) Davranım odyometri testi ile belirlenmi ise 500 1000 2000 Hz frekanslarının e ik ortalamasının 35 dB ve üzerinde olması;

— 3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda frekansların e ik ortalamasının 30 dB ve üzerinde olması halinde;

— 4) Bilateral i itme kaybında her iki kulak için i itme cihazı bedeli Kurumca kar ılanır.

— b) 18 ya üzeri eri kinlerde; i itme kaybının kalıcı i itme kaybı oldu u belirtilmeli ve a a ıdaki yöntemlerden biri ile test edilmi olmalıdır;

— 1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda iyi i iten kulakta 500 1000 2000 4000 Hz frekanslarından kötü olan 3 frekansın ortalamasının en az 40 dB ve üzerinde olması halinde;

— 2) Saf ses odyometri testi yapılamayan hastalarda i itme e i inin tonal ABR ile belirlenmesi durumunda frekansların e ik ortalamasının 40 dB ve üzerinde olması halinde;

— 3) Her iki kulak için i itme cihazı bedeli 3. basamak resmi sa lık kurumlarında düzenlenen sa lık kurulu raporunda her iki kulakta i itme kaybının bulundu unun belirtilmesi halinde, tek kulakta en az 6 ay süre ile i itme cihazı kullanımını sonucunda elde edilen e iklerni ile i itme cihazından yarar gördü ünün (konu mayı ayırt etme skorunda % 20 artı sa laması) sa lık kurulu raporunda belirtilmesi halinde;

— Kurumca bedeli kar ılanır.

— (10) 0 18 ya çocuklarda 5 yıldan önce cihaz yenilenmesi için progresif i itme kaybı oldu u ve mevcut cihazın bu kaybı kar ılamada yetersiz kaldı ı sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.

— (11) — itme cihazı sa lık kurulu raporu ve odyolojik test sonuçları 4 (dört) ay süreyle geçerlidir.

— (12) — itme cihazı kulak kalıplarının yenilenmesinin gerekti inin tek KBB uzman Hekimi raporu ile ibraz edilmesi durumunda Kurumca bedelleri kar ılanır. Ancak, i itme cihazlarının ilk kez alınması a amasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

— (13) 18 ya altı çocuklar için belirlenmi olan tutar; 0 4 ya için % 80, 5 12 ya için % 60 ve 13 18 ya için % 50 oranında artırılarak Kurumca bedeli kar ılanır.

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 9 md. Yürürlük: 01/09/2015)

### **~~3.3.35 İtme Cihazı ve Kulak Kalıbı~~**

— (1) Dijital programlanabilir i itme cihazlarının bedeli Kurumca kar ılanır. Kurumca bedeli kar ılanacak olan dijital programlanabilir i itme cihazları; otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıktı kontrol sistemi ve kazanç kontrol sistemi özelliklerine sahip olmalıdır.

— (2) 0 18 ya çocuklar için e itimleri de göz önünde bulundurularak, dijital programlanabilir i itme cihazları;

— a) 0 4 ya çocuklar için;

— 1. — En az dört kanallı (Kanaldan ba ımsız channel free sinyal i leme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz);

— 2. — En az dört bantlı;

— 3. — Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli;

— 4. — FM sistem uyumlu özellikli olmalıdır.

— Bu ki ilerde kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

— b) 5 12 ya çocuklar için;

— 1. — En az dört kanallı (Kanaldan ba ımsız channel free sinyal i leme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz);

— 2. — En az sekiz bantlı;

— 3. — FM sistem uyumlu;

— 4. — Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli;

— 5. — Çift mikrofönlü olmalıdır.

— Bu ki ilerde kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

— c) 13 18 ya çocuklar için;

— 1. — En az dört kanallı (Kanaldan ba ımsız channel free sinyal i leme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz);

— 2. — En az sekiz bantlı;

— 3. — FM sistem uyumlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu art aranmaz);

4. Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli;
5. Çift mikrofonlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu art aranmaz) kulak arkası veya kulak içi/kanal içi cihaz olmalıdır.
- (3) 18 ya üzeri eri kinler için i itme cihazı;
1. En az dört kanallı (Kanaldan ba ımsız channel free sinyali leme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz);
2. En az dört bantlı;
3. Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli;
4. Çift mikrofonlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu art aranmaz) kulak arkası veya kulak içi/kanal içi cihaz olmalıdır."
- (4) itme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT'un ~~(Değişik:RG-10/05/2018-30417/4md. Yürürlük: 10/05/2018) 5.3.4 5.3.2~~ numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;
- a) Odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin, a a ıda tanımlanan yetkili personel tarafından imza ve ka esinin bulunduğu onaylanmış;
- 1) 0-4 ya arası çocuklar ve saf ses odyometri testi yapılamayan 4 ya ve üzeri tüm hastalar için beyin sapı odyometrisinin (ABR Testi) Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış;
- 2) Saf ses odyometri testinin, Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış;
- 3) Davranım odyometri testi yapılmı ise sonucunun Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış;
- b) itme cihazına ait barkod ile birlikte cihazın marka, model ve seri numarasını gösterir etiketin aslı;
- c) Sağlık Bakanlığı nca düzenlenmi olan ruhsatname ve sorumlu müdür belgesinin onaylı örne i;
- e) itme cihazına ve tedarikçi firma ve/veya alt bayii bilgilerine ait T-TUBB-PRICAT çıktıları;
- d) Hastanın i itme e iklerinin bu cihaza ait i itme kazanç e risinin ve cihaz uyarılama metodunun içerisinde yer aldığı gösterir i itme cihazı merkezi tarafından düzenlenmi ıslak imzalı belge (gerçek kulak ölçümü sonuçları);
- e) itme cihazının hastanın i itme kaybına uygunlu unu belirten ve merkez tarafından düzenlenmi ıslak imzalı taahhütname,
- f) itme cihazının teknik bilgilerinin yer aldığı, i itme merkezi tarafından onaylanmış katalog istenecektir.
- (5) itme cihazı faturası üzerinde; hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, i itme cihazına ait marka, model ve seri numarası bilgileri yer alacaktır. Fatura arkasında "i itme cihazının eksiksiz ve çalı ır durumda teslim alındı ı ve i itme cihazı ile ilgili e itimin tarafına verildi i" ibarelerinin hasta veya yakını tarafından yazılarak imzalanmış olması gerekmektedir.
- (6) itme cihazı bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için, Kurumla sözleşmeli resmi sa lık kurumlarında en az 1 (bir) Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporu düzenlenecektir.
- (7) itme e i i tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, test Tonal ABR ile yapılarak alçak frekans (500 veya 1000 Hz) ve yüksek frekans (2000 veya 4000 Hz) gruplarından birer frekans olmak üzere en az iki frekansa ait e ikler test rapor kısmında dB nHL olarak belirtilmelidir.
- (8) itme e i i tayini saf ses odyometri testi ile yapılmı sa; test en az 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında kemik yolu i itme e iklerini ve konu mayı ayırt etme skorlarını içermelidir. 8 ya altı çocuklarda, konu mayı ayırt etme skoru artı aranmaz. 8 ya ve üzerinde konu mayı ayırt etme skoru yapılamaması durumunda tıbbi gerekçesi sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.
- ~~(Değişik:RG-08/06/2017-30090/9 md. Yürürlük:01/07/2017)~~
- (9) itme cihazı bedeli ödenebilmesi için;
- a) 0-18 ya çocuklarda; i itme kaybının kalıcı i itme kaybı oldu u 3. basamak resmi sa lık kurumlarında düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmeli ve a a ıdaki yöntemlerden biri ile test edilmi olmalıdır;
- 1) itme e ikleri saf ses odyometri testi ile belirlenmi ise iyi i iten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 26 dB ve üzerinde olmalıdır.
- 2) Davranım odyometri testi ile belirlenmi ise 500-1000-2000 Hz frekanslarının e ik ortalaması 26 dB ve üzerinde olmalıdır.
- 3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda iyi i iten kulakta frekansların e ik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.
- b) 18 ya üzeri eri kinlerde; i itme kaybının kalıcı i itme kaybı oldu u resmi sa lık kurumlarında düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmeli ve a a ıdaki yöntemlerden biri ile test edilmi olmalıdır;
- 1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda iyi i iten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 30 dB ve üzerinde olmalıdır.
- 2) Saf ses odyometri testi yapılamayan hastalarda i itme e i inin tonal ABR ile belirlenmesi durumunda iyi i iten kulakta frekansların e ik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.
- c) 0-18 ya çocuklarda bilateral i itme cihazı bedeli; bilateral kalıcı i itme kaybı bulundu unun 3. Basamak resmi sa lık kurumlarında düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmesi halinde Kurumca kar ılıdır.



~~— d) 18 ya ̇zeri eri kinlerde bilateral i itme cihazı bedeli; bilateral kalıcı i itme kaybı bulundu unun, daha önce tek kulakta en az 6 ay süre ile i itme cihazı kullanıldı ın ve i itme cihazı kullanımı sonucunda elde edilen e ikler sonucunda hastanın i itme cihazından yarar gördü ünün (konu mayı ayırt etme skorunda cihazlı ve cihazsız ölçümlerde artı sa laması) 3. basamak resmi sa lık kurumlarınca düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmesi halinde Kurumca kar ılanır.~~

~~(9) itme cihazı bedelinin Kurumca kar ılanabilmesi için;~~

~~a) 0-18 ya ̇ocuklarda tek taraflı veya bilateral i itme cihazı için; i itme kaybının kalıcı i itme kaybı oldu u 3. basamak resmi sa lık kurumlarınca düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtmeli ve a a ıdaki yöntemlerden biri ile test edilmelidir.~~

~~1) itme e ikleri saf ses odyometri testi ile belirlenmi ise ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 26 dB ve üzerinde olmalıdır.~~

~~2) Davranım odyometri testi ile belirlenmi ise 500-1000-2000 Hz frekanslarının e ik ortalaması 26 dB ve üzerinde olmalıdır.~~

~~3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda ilgili kulakta frekansların e ik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.~~

~~b) 18 ya ̇zeri eri kinlerde tek taraflı i itme cihazı için; i itme kaybının kalıcı i itme kaybı oldu u resmi sa lık kurumlarınca düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtmeli ve a a ıdaki yöntemlerden biri ile test edilmelidir.~~

~~1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 30 dB ve üzerinde olmalıdır.~~

~~2) Saf ses odyometri testi yapılamayan hastalarda i itme e i inin tonal ABR ile belirlenmesi durumunda ilgili kulakta frekansların e ik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.~~

~~e) 18 ya ̇zeri eri kinlerde bilateral i itme cihazı için; bilateral kalıcı i itme kaybı bulundu u bu fıkranın (b) bendinde belirtilen yöntemlerden biri ile test edilerek belirlenmeli, daha önce tek kulakta en az 6 ay süre ile i itme cihazı kullanıldı ı ve i itme cihazı kullanımı sonucunda elde edilen e ikler sonucunda hastanın i itme cihazından yarar gördü ü (konu mayı ayırt etme skorunda cihazlı ve cihazsız ölçümlerde artı sa laması) resmi sa lık kurumlarınca düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.~~

~~e) Daha önce bilateral i itme cihazı kullanan hastaların bilateral cihaz yenileme i lemleri için; bu fıkranın (e) bendinde yer alan hükümler aranmayacak olup bilateral kalıcı i itme kaybı, bu fıkranın (b) bendinde belirtilen yöntemlerden biri ile test edilerek resmi sa lık kurumlarınca düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.~~

~~— (10) 0-18 ya ̇ocuklarda 5 yıldan önce cihaz yenilenmesi için progresif i itme kaybı oldu u ve mevcut cihazın bu kaybı kar ılamada yetersiz kaldı ı sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.~~

~~— (11) (Mülga: RG-21/03/2018-30367/14md. Yürürlük:01/04/2018) itme cihazı sa lık kurulu raporu ve odyolojik test sonuçları 4 (dört) ay süreyle geçerlidir.~~

~~— (12) itme cihazı kulak kalıplarının yenilenmesinin gerekti inin tek KBB uzman hekimi raporu ile ibraz edilmesi durumunda Kurumca bedelleri kar ılanır. Ancak, i itme cihazlarının ilk kez alınması a amasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.~~

~~— (13) 18 ya ̇ altı çocuklar için belirlenmi olan tutar; 0-4 ya ̇ için % 80, 5-12 ya ̇ için % 60 ve 13-18 ya ̇ için % 50 oranında artırılarak Kurumca bedeli kar ılanır.~~

**(Değişik: RG-28/12/2018-30639/10 md. Yürürlük: 15/01/2019)**

### **3.3.35- İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı**

(1) Dijital programlanabilir i itme cihazlarının bedelleri Kurumca kar ılanır. Kurumca bedeli kar ılanacak olan kulak arkası veya kulak içi/kanal içi dijital programlanabilir i itme cihazları asgari;

a) Otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıktı kontrol sistemi, kazanç kontrol sistemi,

b) En az dört kanal (Kanaldan ba ımsız-channel free sinyal i leme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz.)

c) FM sistem uyumu (18 ya ̇ üzeri hastalarda ve kulak içi/kanal içi cihazlarda bu art aranmaz),

ç) Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi,

d) Çift mikrofon (kulak içi/kanal içi cihazda bu art aranmaz),

özelliklerine sahip olmalıdır. 13 ya ̇ altı hastalarda kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(2) itme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT'un 5.3.2 numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;

a) 0-4 ya ̇ çocuklar için i itmel beyin sapı odyometrisi (ABR Testi) ve otoakustik emisyon ile birlikte davranım odyometri testi sonucunun kulak burun bo az hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından imza ve ka esinin bulundu u onaylanmı aslı,

b) 4 ya ̇ üzeri saf ses odyometri testi yapılan hastalar için saf ses odyometri testinin, kulak burun bo az hastalıkları uzman hekimi veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmı aslı,

c) 4 ya ̇ üzeri saf ses odyometri testi yapılamayan hastalar için i itmel beyin sapı odyometrisi (ABR Testi) ve otoakustik emisyon ile birlikte davranım odyometri testi sonucunun kulak burun bo az hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından imza ve ka esinin bulundu u onaylanmı aslı,

istenecektir. Belirtilen odyolojik testlerin tamamının sa lık kurulu raporunun düzenlendi i sa lık kurumunca yapılmı olması gerekmekte olup, odyolojik test sonuçları 6 (altı) ay süreyle geçerlidir.

(3) itme e i i tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, 500 veya 1000 Hz Tonal ABR e ikleri ve klik ABR de elde edilen e ikler test rapor kısmında dB nHL olarak belirtilmelidir.

(4) itme e i i tayini saf ses odyometri testi ile yapılmı sa; test en az 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında kemik yolu i itme e iklerini ve konu mayı ayırt etme test sonuçlarını içermelidir. 8 ya altı çocuklarda konu mayı ayırt etme skoru artı aranmaz. 8 ya ve üzerinde konu mayı ayırt etme testinin yapılamadı ı durumlarda ise gerekçenin (hastanın Türkçe bilmemesi, serabral palsi, motor mental retardasyon, afazi gibi) sa lık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

(5) itme cihazı bedelinin Kurumca kar ılanabilmesi için;

a) 0-18 ya çocuklarda; tek taraflı veya bilateral itme cihazı temini için sa lık kurulu raporlarının, en az 1 (bir) kulak burun bo az hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı, Kurumla sözleşmeli 3. basamak resmi sa lık kurumlarınca düzenlenmesi gerekmektedir.

b) 18 ya üzeri hastalarda tek taraflı itme cihazı temini için sa lık kurulu raporlarının en az 1 (bir) kulak burun bo az hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı, Kurumla sözleşmeli resmi sa lık kurumlarınca düzenlenmesi gerekmektedir.

c) Sa lık kurulu raporlarında kalıcı itme kaybı oldu u ve bu fıkranın (d) bendinde belirtilen odyolojik kriterleri sa ladı mın belirtilmesi gerekmektedir.

ç) 18 ya üzeri ilk kez itme cihazı kullanacak hastaların, ikinci kula ına itme cihazı ödenebilmesi için en az 6 ay süre ile itme cihazı kullanması gerekmekte ve bu süre sonunda cihazdan yarar gördü ünün resmi sa lık kurumlarınca düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir. Ancak daha önce 6 ay veya daha fazla süre ile itme cihazı (tek taraflı veya bilateral) kullanan hastalarda bu bentte belirtilen 6 ay süre artı aranmayacaktır.

d) itme e ikleri saf ses odyometri testi veya davranım odyometri testi ile belirlenmi ise ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 9 md. Yürürlük: 04/09/2019) hava yolu saf ses ortalamasının 26 dB ve üzerinde, ABR ile belirlenmi ise (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 9 md. Yürürlük: 04/09/2019) Tonal ve Klik ABR'de elde edilen e iklerin 30 dB ve üzerinde olması gerekmektedir.

(6) Kurumla sözleşmeli resmi sa lık kurumlarında görevli kulak burun bo az hastalıkları uzman hekimi raporuna istinaden; 13 ya altı hastalarda 6 ayda 1 (bir) defa, 13 ya üzeri hastalarda ise yılda 1 (bir) defa itme cihazı kulak kalıbı bedelleri Kurumca kar ılanır. Ancak, itme cihazlarının ilk kez alınması a masında kulak kalıbı bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(7) 18 ya altı çocuklar için belirlenmi olan itme cihazı tutarı; 0-4 ya için %80, 5-12 ya için %60 ve 13-18 ya için %50 oranında artırılarak Kurumca bedeli kar ılanır.

(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 13 md. Yürürlük: 01/12/2016)

### 3.3.36-İşitsel İmplantlar

#### 3.3.36.A-Genel Hükümler

(1) işitsel implantların bedelleri sadece üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında uygulanması halinde Kurumca kar ılanır.

#### 3.3.36.B- Koklear İmplant

(1) Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral itme kaybı olan ve itme cihazından yarar (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 10 md. Yürürlük: 04/09/2019) görmeyen görmedi i sa lık kurulu raporu ile belgelendirilen ve a ıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sa lık Bakanlığı işitsel mplantlar Bilimsel Danı ma Komisyonu tarafından koklear implant yerle tirilmesi uygun görülen ki ilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

(2) En az 3 (üç) aylık süre ile binaural itme cihazı kullanımından fayda görmedi i sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(3) A a ıdaki kriterlerden en az birisine haiz oldu u sa lık kurulu raporu ile belgelenen ki ilerde Kurumca bedeli kar ılanır:

a) Alıcı ve/veya ifade edici dil ya ı ile kronolojik ya arasında 4 (dört) yıldan daha az fark olması veya alıcı ve/veya ifade edici dili 4 (dört) ya ve üstü olması (4-18 ya , kronolojik ya a bakılmaksızın),

b) Post-lingual itme kaybı olması.

(4) Sa lık kurulu raporu, aynı resmi sa lık kurumunda çalı an 3 (üç) kulak burun bo az hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı resmi sa lık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik de erlendirme sonuç belgesi ve 1 (bir) psikolog veya 1 (bir) dil konu ma terapisti tarafından yapılan de erlendirme sonuç belgesi bulunmalıdır.

(5) Elektrod yerle imini sa layacak kadar iç kulak geli iminin oldu u ve koklear sinirin varlı ı yüksek çözünürlükte bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme raporu ile gösterilmelidir.

(6) Menenjit sonrası olu an itme kayıplarında, koklear implantasyon kriterlerine uygun olması artıyla, 3 (üç) aylık süre ile binaural itme cihazı kullanımından fayda görmeme kuralı aranmaksızın, sa lık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

(7) işitsel nöropati tanısı alan olgularda; en az 6 (altı) ay süreyle itme rehabilitasyonu ve e itiminden fayda görmedi inin odyolojik de erlendirme ve sa lık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

(8) E zamanlı veya ardı ık bilateral koklear implant uygulaması kriterleri sa lık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla a a ıdaki gibidir.

a) Koklear implantasyon kriterlerini kar ılayan 12-48 ay arası çocuklar,

b) Ya sınırı aranmaksızın post-lingual dönemde geli en menenjit sonrası odyolojik kriterlere haiz ileri derecede sensörinöral itme kayıpları,

c) 48 ayın üzerindeki hastalarda (48 aylık olanlar hariç) ileri derecede sensörinöral itme kaybına e lik eden bilateral körlük.

(9) Koklear implant uygulaması sonrası geli en enfeksiyon, kolesteatom, tümör nedeniyle koklear implantın iç parçasının i levseli ini yitirmesi durumunda, süre aranmaksızın bu durumun sa lık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde sadece cerrahi olarak yerle tirilen iç parçanın bedeli Kurumca kar ılanır.

(10) Koklear implantın, 12 (oniki) ayın altındaki hastalara uygulanması halinde Kurumca bedeli kar ılanmaz.

**(Mülga: RG- 01/02/2019- 30673/ 6 md. Yürürlük: 12/02/2019)**

~~(11) Koklear implant, cihaz ve aksesuarları i lem bedeline dahil olarak Kurumca kar ılanır.~~

(12) Odyolojik de erlendirme; odyometrik inceleme, timpanometri, stapes refleksi e i i testi, klinik otoakustik emisyon testi, ABR testleri ile yapılır. Koklear implantın uygulanmasında a ıdaki odyolojik kriterler dikkate alınır.

a) 2 (iki) ya üstü çocuklarda ve eri kinlerde bilateral 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz'lerdeki i itme e ikleri ortalamasının 80 dB'den daha kötü olması veya bir kulakta 70 dB ve daha kötü, kar ı kulakta 90 dB ve daha kötü, konu mayı ayırt etme testi yapılabilen hastalarda konu mayı ayırt etme skorunun %30'un altında olması gereklidir.

b) 2 (iki) ya ve altı çocuklarda, bilateral 90 dB HL'den daha fazla sensörinöral i itme kaybının olması gereklidir.

(13) Koklear implant asgari çanta içeri i; konu ma i lemcisi, transmitter, 12 adet 675 p dü me pil, arj edilebilir pil ünitesi, 3 adet arj edilebilir pil ve arj cihazı ( arj edilebilir pilleri standart üretiminde olmayanlar için 150 adet 675 p dü me pil ya da arj edilebilir özel veya AAA pil (4 adet)), ara kablo, yedek ara kablo (3 adet), yedek miknatis, konu ma i lemcisi test cihazı, nem alma ve kurutma kiti, temizleme apereyi, dı parça ta ıma çantası veya kutusu, günlük kullanım çantası, Türkçe kullanım kılavuzu, pil tutucu veya yuvası (2 adet) ile yedek pil yuvası kapa ı (i lemcisi içinde olanlarda aranmaz), yedek kulak kancası (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), yedek kulak kancası pini (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), pin çıkarma aleti (pini olmayan cihazlarda istenmez), tornavida (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), uzaktan kumanda (cihazın kullanımı için gerekli de il ise istenmez).

(14) Elektroakustik implant uygulaması:

a) 500 ve 1000 Hz frekanslarda i itme e iklerinin 50 dB ve daha iyi, 2000, 3000, 4000 Hz frekanslarında 80 dB ve daha kötü olması ve konu mayı ayırt etme skorunun %50'den kötü olması durumunda uygulanır.

b) Elektroakustik implant uygulamasının Kurumca bedelinin ödenmesi için son 1 (bir) yıl i itme e iklerinin stabil oldu u belirtilmelidir.

### **3.3.36.C- Kemiğe Monte İşitme Cihazı ve Aksesuarları**

(1) 5 (be ) ya ve üzerinde, bilateral i itme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel i itme cihazlarından fayda görmedi i veya tıbbi gerekçesiyle kullanılmadı ının belirtildi i aynı resmi sa lık kurumunda çalı an 3 (üç) kulak burun bo az hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı ve ekinde aynı resmi sa lık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik de erlendirme sonuç belgesi bulunan sa lık kurulu raporu ile a a ıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sa lık Bakanlı ı İtsel mplantlar Bilimsel Danı ma Komisyonu tarafından kemi e monte i itme cihazı yerle tirilmesi uygun görülen ki ilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

(2) Kemik yolu i itme e i i 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz' de 60 dB'i a mayan, iletim veya mikst tip i itme kaybı olan ve konu mayı ayırt etme skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda a a ıdaki kriterlerden mevcut olanlarının saptandı ının sa lık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve a a ıda belirtilen kriterlerden en az birine uyması kaydıyla;

a) Bilateral aural atrezi olan,

b) Tek taraflı aural atrezi varlı ında di er kulakta 18 ya ve altı hastalarda 30 dB ve üzerinde, eri kin hastalarda 40 dB ve üzerinde kalıcı i itme kaybı olan,

c) Cerrahi ile düzeltilemeyen bilateral konjenital dı ve orta kulak anamolileri ve yaygın timpanoskleroz olgularında olan,

ç) Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan,

d) Tedaviye dirençli kronik eksternal otit olan,

e) Bir kulakta total i itme kaybı olup di er kulakta iletim tipi veya mikst tipi i itme kaybı olan, hastalarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) 5 (be ) ya ından küçük hastalara uygulandı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz. Ancak 5 (be ) ya ından küçük hastalara ya da genel durumu cerrahi uygulamaya elveri li olmayan hastalara kafa bandı ya da benzeri bir ataçmanla uygulanması halinde konu ma i lemcisinin bedeli Kurumca kar ılanır.

(4) Kafa bandı uygulanan hastalarda, cerrahi operasyonun planlandı ı tarihte iç parça ile dı parça arasında aktarıcı sistem ve bile enleri ile cerrahi ile yerle tirilen iç parçanın bedeli Kurumca kar ılanır.

### **3.3.36.Ç- Orta Kulak İmplantı**

(1) Bilateral i itme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel i itme cihazlarından fayda görmedi i aynı resmi sa lık kurumunda çalı an 3 (üç) kulak burun bo az hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı ve ekinde aynı resmi sa lık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik de erlendirme sonuç belgesi bulunan sa lık kurulu raporu ile saptanan ve a a ıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sa lık Bakanlı ı İtsel mplantlar Bilimsel Danı ma Komisyonu tarafından orta kulak implantı yerle tirilmesi uygun görülen ki ilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli kar ılanır. Kurumca bedelinin kar ılanması için son 2 (iki) yıl i itme e iklerinin stabil oldu u sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.

a) Sensörinöral i itme kayıpları:

1) 500 Hz'de 65 dB, 1000, 2000 Hz'de 70 dB, 4000 Hz'de 85 dB'i geçmeyen sensorinöral işitme kaybı olması ve konu mayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır.

2) Retrokoklear patolojinin olmadığına ilişkin sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

b) İletim ve mikst tip işitme kayıpları:

1) Kemik yolu işitme e ikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst veya iletim tipi işitme kaybı ve konu mayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır.

2) Her iki kula ıda daha önce en az bir kez opere edilmiş hastanın işitme kaybının düzeltilememiş olduğu u sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

c) Bilateral işitme kaybı olup, konvansiyonel işitme cihazı ile düzeltilebilme artı aranmadan orta kulak implantı yapılabilecek özellikli durumlar;

1) Geçirilmiş kulak cerrahisi sonucu bilateral radikal mastoidektomi kavitesi olan hastalarda,

2) Bilateral konjenital dış ve orta kulak anomalisi olan hastalarda,

3) İşitme cihazı endikasyonu olup steteskop kullanması gereken sağlık çalışanlarında.

### **3.3.36.D- Beyinsapı İmplantı**

(1) Rapor ekinde aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 1 (bir) odyolog ve 1 (bir) psikolog veya 1 (bir) dil konu ma terapisti de erlendirme sonucu bulunan aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun bo az hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile tek taraflı uygulanması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

(2) Bilateral çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan hastalarda Kurumca bedeli kar ılanır.

(3) A a ıdaki kriterlerden en az birinin varlığı nda,

a) CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördü ü tespit edilen hastalarda,

b) Bilateral akustik tümörü olan nörofibromatozis Tip 2 olgularında tek taraflı tümör eksizyonu ile aynı seansta aynı tarafa beyin sapı implantı uygulanması halinde,

Kurumca bedeli kar ılanır.

(4) Beyin sapı implantının, 12 (oniki) ayın altındaki hastalara uygulanması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(5) Yukarıdaki kriterleri taşımayan hastalar için Sağlık Bakanlığı İtinsel İmplantlar Bilimsel Danı ma Komisyonu tarafından beyin sapı implantı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde Kurumca bedeli kar ılanır.

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **İlaç**

#### **4.1 - Reçete ve sağlık raporu yazım ilkeleri**

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

##### **4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi**

**(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 11-a md. Yürürlük: 12/09/2019)**

(1) İlaçların reçetelendirilmesinde matbu, e-reçete veya elektronik ortamda kayıt altına alınan reçeteler kullanılır. (Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve Kurumca yayımlanan mevzuat hükümleri saklıdır.)

(1) İlaçların reçetelendirilmesinde e-reçete veya SUT'un 4.1.5 numaralı maddesinin dördüncü fıkrası kapsamına giren hallerde kırmızı, mor, turuncu ve ye il reçeteler kullanılır. (Bu konuda Kurumca yayımlanan mevzuat hükümleri saklıdır.)

(2) Reçetelerde te his bilgilerinin yer alması zorunludur. SUT eki "Te his Kısaltmaları Listesi" nde (EK-4/Ç) yer alan kısaltmalar hariç te hislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla reçete edilen ilaçlar için ayrıca te his aranmayacaktır.

(3) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 9 md. Yürürlük: 11/05/2013)** Reçetelerde hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı (asistanlar için ihtisas yaptı rı uzmanlık dalı), diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendi i sağlık kurum veya kurulu unun adı mutlaka yer alacaktır. Reçetelerde hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, asistanlar için ihtisas yaptı rı uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendi i sağlık kurum veya kurulu unun adı mutlaka yer alacaktır.

(4) Reçetelerde hastanın adı soyadı, T.C. Kimlik Numarası veya reçete tanzim tarihi ile birlikte MEDULA takip numarası veya e-reçete numarası veya protokol numarası yer alacaktır.

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

(6) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, yalnızca ihtisas yapmakta oldukları branşın uzman hekiminin reçete etmesi gereken ilaçlar ile SUT ve eki listelerde uzman hekimlerce yazılabilecekleri belirtilen ilaçları reçete edebilirler.

(7) SUT'ta belirli bir uzman hekim tarafından reçete edilecek rapor düzenlenecekleri belirtilen ilaçlar, aynı uzmanlık alanı üzerine yan dal uzmanlığı yapan diğer uzman hekimlerce de reçete edilebilir/rapor düzenlenebilir.

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

(9) SUT'ta geçen uzmanlık dalları; aksine bir hüküm bulunmadıkça hem erişkin hem de çocuk yan dallarını ifade eder.

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

(11) Di hekimleri yalnızca doğrudan doğruya ilgili ilaçları reçete edebilir.

**(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 12 md. Yürürlük: 15/10/2016)**

**(Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 11-b md. Yürürlük: 12/09/2019)**

**~~(12) Ödeme kapsamındaki aynı etkin maddeyi içeren ilaçlar ile aynı endikasyonda birbirlerinin yerine kullanılacak ilaçların birlikte kullanılmasına yönelik düzenlemeler Kurum tarafından belirlenir.~~**

#### **4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi**

(1) Yatarak tedavilerde kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur. **(Ek: RG-24/12/2014-29215 / 14-a md. Yürürlük: 24/12/2014)** (Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede kullanılmasına izin verilen yurtdışı ilaçların dışında kalan Yurtdışı ilaçlar hariç)

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenen reçetelerde "Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta" ibaresi ve ba hekimlik onayının bulunması zorunludur. **(Ek: RG-24/12/2014-29215 /14-b md. Yürürlük: 24/12/2014)** Ancak yurtdışı ilaçlar için yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi ve özel sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen reçetelerde "Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta" ibaresi ve ba hekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.

(3) Reçetede yer alan ilaç bedelleri SUT hükümleri doğrultusunda 5 günlük dozu (ancak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları reçete edilebilir) **(Ek: RG-24/12/2014-29215 / 14-c md. Yürürlük: 24/12/2014)** (Yurtdışı ilaçlar ve ara ödemede olan ilaçlar hariç) a mamak kaydıyla kar ilanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilaçların sağlık kurumunca ihale ve doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin ba hekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. **(Değişik:RG-21/04/2015-29333/9-a md. Yürürlük:01/07/2015)** Ancak tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar için mahsup edilen tutarlar iade edilmez. Ancak tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar ile 1/7/2015 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından reçete edilerek sözleşmeli eczanelerden temin edilen "Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi"nde **(Ek 4/H)** tanımlı ilaçlar için mahsup edilen tutarlar iade edilmez. Tedavinin devam ettiği durumlarda "doz" bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.

(4) Ancak, gününbirlik tedavilerde kullanılan ilaçların hastanelerce temini zorunlu olmayıp; hekim tarafından reçetede gününbirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilebilecektir. **(Ek:RG-21/04/2015-29333/9-b md.Yürürlük:01/07/2015)** 1/7/2015 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından SUT eki **(Ek 4/H)** listesinde tanımlı ilaçların temin edilmesi esas olup, reçetede gününbirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla sözleşmeli eczaneden temin edilecek SUT eki **(Ek 4/H)** listesindeki ilaçlar için ödenen tutarlar Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlıkça yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir ve bu tutarlar iade edilmez.

(5) Tabureci olan hastalara reçetelendirilecek ilaçlar, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

(6) Robotik kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarının fatura edilmesi mümkündür. Uygulamanın esasları Kurumun resmi internet sitesinde duyurulur.

**(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 10 md. )**

**(Yürürlük: Sağlık Bakanlığınca bağlı sağlık hizmet sunucuları için 1/7/2015 , diğer sağlık kurum ve kuruluşları için 01/12/2015 )**

(1) Yatarak tedavilerde (yatan hasta ve gününbirlik tedavi) kullanılacak ilaçların Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temini zorunludur. (Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede kullanılmasına izin verilen yurtdışı ilaçların dışında kalan yurtdışı ilaçlar hariç)

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde **"(Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 12-a md. Yürürlük: 12/09/2019) Eczanemizde Yoktur, Yatan/ Gününbirlik Hasta"** ibaresi ve ba hekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde söz konusu ibarenin ve ba hekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.

(3) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen sözleşmeli eczaneler tarafından kar ilanılan reçetelerde yer alan ilaç bedelleri, SUT hükümleri doğrultusunda 5 günlük dozu (ancak, sağlık kurum ve kuruluşlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları **(Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 14 md. Yürürlük: 23/09/2017)**, kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda kemoterapi ilaçları reçete edilebilir) (Yurtdışı ilaçlar ve ara ödemede olan ilaçlar hariç) a mamak kaydıyla sözleşmeli eczaneye ödenir, ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarının alacağından mahsup edilir ve mahsup edilen tutarlar iade edilmez. **(Ek: RG- 18/01/2016- 29597/9 md. Yürürlük: 01/12/2015)** Ancak Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları

Listesi (EK-4/H)'nde tanımlı ilaç/ilaçların yatarak tedavilerde, Kurumla protokollü üçüncü basamak resmi sağlık kurumu (Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalanan sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere) tarafından temin edilemediğinin bağımsız hekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar, 15/6/2015 tarihli ve 2015/7752 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Berr Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Kararın ilgili maddesinde yer alan eczacı kârı düğölerek ilgili sağlık kurumuna iade edilir. **Tedavinin devam ettiği durumlarda "doz" bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.**

(4) Taburcu olan hastalara reçetelendirilecek ilaçlar, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

**(Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 12-b md. Yürürlük: 12/09/2019)**

~~(5) Kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktarı kadarı fatura edilecektir.~~

#### 4.1.3 - İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi

(1) Sağlık raporu formatları ile bu raporların tasdik, mühür ve diğer uygulamalarında Sağlık Bakanlık mevzuatı ve MEDULA sistemindeki düzenlemelere uyulacaktır.

(2) Sağlık raporlarının düzenlenmesinde, SUT'un 1.10 maddesi dikkate alınacaktır. Bu raporlar, SUT'ta yer alan istisnalar saklı kalmak kaydıyla SUT'un 1.10.1 maddesi doğrultusunda uzman hekim tarafından düzenlenecek olup, SUT'un 1.10.2 maddesine göre düzenlenen sağlık kurulu raporları da geçerli kabul edilecektir. (MEDULA hastane sistemini kullanan sağlık hizmeti sunucuları raporları elektronik ortamda düzenleyecek ve bu raporlar bağımsız hekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanacaktır.)

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

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

(5) Sağlık raporları, SUT'ta yer alan özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir.

(6) Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilkin yazım hataları ile SUT hükümlerine göre eksikliği (ilacın kullanım dozu, tehis, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi eması, ICD-10 kodu) bulunan sağlık raporları, aslına sadık kalmak kaydıyla; uzman hekim raporlarında raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı branşan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından gerekli düzeltmelerin yapılması, raporlar elektronik ortamda düzenlenmesi ise; bu düzeltmelerin bağımsız hekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanması koşuluyla, düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren süresinin sonuna kadar geçerlidir. (Yalnızca Kurumca iade edilmiş reçete/raporlar için geçerlidir.)

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

(8) Kullanımı sağlık raporuna bağlı veya katılım payından muaf ilaç/ilaçlar için düzenlenecek reçetelere ait rapor elektronik ortamda düzenlenmemi ise aslı gibidir onayı yapılmı rapor fotokopisi, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Aslı gibidir onayı raporu düzenleyen sağlık kurumu veya reçeteyi düzenleyen hekim veya reçeteyi karışlayan eczacı tarafından yapılacaktır. Raporlar elektronik ortamda düzenlenmesi ise rapor fotokopisi Kuruma gönderilmeyecektir.

(9) Sağlık raporları, SUT de ikli olması halinde yeni hükümlere uygun olması kaydıyla süresi sonuna kadar geçerlidir. De iklik sonrası SUT hükümlerine uygun olmayan raporlar, SUT'un 4.1.3(6) fıkrası kapsamında yeni hükümlere uygun hale getirilebildiği takdirde geçerli olacaktır. (Kurumca süresi sonuna kadar geçerli olacak duyurulan raporlar hariç.)

(10) Elektronik rapor uygulamasında, SUT'ta geçen uzman hekim ve sağlık kurulu raporu ifadeleri "e- rapor", ıslak imza ve bağımsız hekimlik mührü ifadeleri de "elektronik imza" veya elektronik imza çalımaları tamamlanuncaya kadar "bağımsız hekimlik tarafından elektronik ortamda onaylama" olarak değerlendirilecektir.

(11) SUT'un "laç" bölümü ve bu bölüm ile ilgili eklerde, bazı ilaçların kullanımı için düzenlenecek raporların ekinde ibrazı istenilen belgelerde aranan bilgiler, elektronik rapor uygulamasında rapor içinde belirtilecek olup ayrıca belge istenmeyecektir.

#### 4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

(1) İlaçların parenteral formları ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilir. Majistraller **(Değişik: RG-21/03/2018-30367/ 15-a md. Yürürlük: 01/04/2018)** için sadece ilgili uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karışlanır, tedavi süresi ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. **(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 19 md. Yürürlük: 18/03/2014)** Majistrallerin fiyatlandırmasında MEDULA sistemindeki tarife, fiyat ve miktarlar esas alınır, ödenecek bedel Kurumca belirlenecek tutarı geçemez.

(2) Antiinflatuar ve antiromatizmal grubu ilaçların solid-oral formlarında büyük ambalaj kapsamına giren ilaçlar, ayakta tedavide tek uzman hekim tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak reçete edilir, en küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edilir.

(3) İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, SUT eki "Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi" (EK-4/F) ve Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-4/D) yer almamakla birlikte, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçlar, katılım payı alınmak koşuluyla en fazla üç aylık tedavi dozunda reçete edilebilir.

(4) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 10 md. Yürürlük: 04/05/2013)** Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozlarında kullanımında SUT hükümleri ve Kurum mevzuatı amirdir. Ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ise ancak Sağlık Bakanlıkınca verilen endikasyon dı onayla mümkündür.

a) Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu"nda ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ile ilgili yer alan hususlar da dikkate alınacak olup, kılavuzda tanımlanmamı durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranır.

b) EK 4/D Listesinde yanında (\*) yıldız i areti bulunmayan ilaçların EK 4/D Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı onaylarda, bu onay için süre belirtilmemi ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

e) Sağlık Bakanlığıınca verilen endikasyon dışı onaya dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme ko ulları için SUT'ta yer alan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla Sağlık Bakanlığıınca verilmi onay kabul edilir.

d) Endikasyon dışı onay aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir. **(Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 9 md. Yürürlük: 30/04/2016)**

(4) Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığıınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

a) Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu"nda belirtilen esaslara da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamı durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranır.

b) Kurum web sayfasında yayımlanan EK 4/D Listesinde yanında (\*) yıldız i areti bulunmayan ilaçların Kurum web sayfasında yayımlanan EK 4/D Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onaylarında, bu onay için süre belirtilmemi ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

e) Sağlık Bakanlığıınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayına dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme ko ulları için Bakanlıkça verilmi onay kabul edilir.

d) Endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

(4) Bir ilacın Ülkemizde onaylanmı endikasyonu ve Kısa Ürün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanımı, Sağlık Bakanlığıınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

a) Bir ilacın ülkemizde onaylanmı endikasyonu dışındaki her türlü kullanımı için Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu"nda belirtilen esaslara da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamı durumlar için hasta bazında Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranır.

b) Kurum web sayfasında yayımlanan EK-4/D Listesinde yanında (\*) yıldız i areti bulunmayan ilaçların, söz konusu listede ili kilendirilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onaylarında, bu onay için süre belirtilmemi ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

e) Endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

d) Bir ilacın ülkemizde onaylanmı endikasyonunda tanımlı olmayıp, SUT'ta özel düzenleme olarak yer alan ko ulu dışında kullanımı, Sağlık Bakanlığıınca hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

e) EK-4/A Listesinde yer alan ve SUT'ta endikasyona dayalı özel düzenlemesi olan bir ilacın, bu düzenlemenin yürürlük tarihinden sonra Sağlık Bakanlığıınca sonradan ilacın ülkemizdeki ruhsatlı endikasyonlarına yeni bir endikasyon eklenmesi halinde; ilacın eklenen yeni endikasyonda kullanımı, Sağlık Bakanlığıınca hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

f) Bu fıkranın (d) ve (e) bentlerinde tanımlanan ilaçlara ili kin bedeller, Sağlık Bakanlığıınca hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayına dayanılarak Kurumca kar ılanır. Bu ilaç kullanımları "10/2/2016 tarihli ve 29620 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeli i" kapsamında "İlaç Geri Ödeme Komisyonu" tarafından maksimum süre içerisinde karara ba lanarak belirtilen yürürlük tarihi ile SUT'ta yayımlanır ve/veya Kurum web sayfasında duyurulur ve yürürlük tarihinden itibaren bu ko ullar dahilinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

g) Bu madde kapsamında Sağlık Bakanlığıınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayına dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme ko ulları için Bakanlıkça verilmi onay kabul edilir.

) Bu maddenin yürürlük tarihi öncesinde düzenlenmi endikasyon dışı ilaç kullanım onayları bu madde hükümleri kapsamında de erlendirilir.

**(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 10 md. Yürürlük: 04/05/2013)**

(5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde en fazla 1 kutu ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT'ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. Ancak ilaçların topikal ve parenteral formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünleri, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları ve majistral ilaçlar için bu fıkra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır.

(5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde **(Mülga:RG-10/05/2018-30417/ 5 md. Yürürlük:20/04/2018)** en fazla 1 kutu ödenir. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT'ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. **(Mülga:RG-10/05/2018-30417/ 5 md. Yürürlük:20/04/2018)** Ancak ilaçların topikal formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünleri, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları, **(Ek: RG- 24/12/2013- 28861/ 1 md. Yürürlük: 02/01/2014)** eritropoietinler ve darbopoetinler için bu fıkra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır. Bu maddenin birinci fıkrası

için bu fıkra hükümleri uygulanmaz. (Ek: RG-21/03/2018-30367/15-b md. Yürürlük:01/04/2018) Topikal antifungaller bir reçetede en fazla 2 kutu yazılabilir. (Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 11 md. Yürürlük: 08/01/2019) Tedavinin devamı gerekli ise devam reçetesi/reçetelerinin dermatoloji uzman hekimi tarafından düzenlenmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanır. Tedavinin 6 aydan uzun sürmesi veya aynı reçetede 3 kutu ve üzerinde ilaç kullanımı gereken hallerde dermatoloji uzman hekimi tarafından reçete düzenlenmesi veya dermatoloji uzman hekimince düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

#### 4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması

- (1) E-reçete uygulamasında, e-reçetelerin Kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, ifre) imzalanması arttır.
- (2) Sa lık kurum/kurulu ları tarafından düzenlenecek reçeteler SGK Hekim ifresi ile düzenlenecektir. Kurumca belirlenecek istisnalar haricinde manuel reçetelerin bedelleri kar ılanmayacaktır. Kurum tarafından gerekli düzenlemelerin yapılması sonrasında ise reçeteler Kurum tarafından belirlenecek tarihten itibaren elektronik imza ile imzalanacaktır. Eczaneler tarafından manuel giri yapılan reçetelerin bedelleri kar ılanmayacaktır.
- (3) Kurum tarafından gerekli düzenlenmeler tamamlanıncaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler;
- a) Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözle meleri” kapsamında Kurum tarafından sa lık hizmeti verilen ki iler için düzenlenen reçeteler,
- b) Majistral ilaç içeren reçeteler, alerji a ılları reçeteleri,
- c) thal ilaç grubuna giren ki iye özel yurt dı ndan getirtilen ilaçlar için düzenlenen reçeteler,
- c) SUT’un 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden provizyon alınamamasına ra men sa lık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen reçeteler,
- d) Acilde düzenlenen reçeteler,
- e) Aile hekimleri tarafından “gezici sa lık hizmeti” kapsamında düzenlenen reçeteler (bu reçetelerin gezici sa lık hizmeti kapsamında düzenlendi ini belirtir ifadenin bulunması ve hekim tarafından onaylanması gerekmektedir),
- f) Evde sa lık hizmeti kapsamında düzenlenen reçeteler,
- g) Resmî ve özel sa lık kurulu larından; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, i yeri hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, huzur evlerinde, aile hekimlikleri dı ndaki birinci basamak resmî sa lık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci (Mülga: RG-07/10/2016- 29850/ 13 md. Yürürlük: 18/10/2016) ikinci ve üçüncü basamak sa lık hizmet sunucularında düzenlenen reçeteler (resmî ve özel sa lık kurulu larının MEDULA hastane sistemini kullanmaya ba lamaları veya teknik alt yapılarını olu turmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.).

(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 14 md. Yürürlük: 05/09/2016)

) Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimlerce düzenlenen reçeteler.

(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 13-a md. Yürürlük: 12/09/2019)

(4) Sa lık Bakanlı ı tarafından özel mevzuatı düzenlenmi olan kırmızı, mor, turuncu ve ye il reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde reçeteler ayrıca Kuruma ibraz edilmeyecektir.

(4) Kırmızı, mor, turuncu ve ye il reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Kırmızı, mor, turuncu ve ye il matbu reçetelerin bedelleri; Kurumun resmi internet sitesinde, MEDULA sisteminden kaynaklanan nedenlerle (belirtilen sürelerde) elektronik reçetelerin düzenlenemedi i duyurusuna istinaden Kurumca kar ılanır.

(5) MEDULA sisteminin ve/veya sa lık hizmet sunucusuna ait sistemin çalı maması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ili kin “Sistemlerin çalı maması nedeniyle e-reçete düzenlenememi tir” ibaresi ka e ya da el yazısı ekinde belirtmeli ve bu ibare (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 14 md. Yürürlük: 15/10/2016) reçeteyi düzenleyen hekim ba hekim tarafından onaylanmalıdır. (Yukarıda tanımlanmı olan istisnai hallerde düzenlenen manuel reçetelerde bu ibare aranmayacaktır.)

(6) SUT’un “laç” bölümünün ve bu bölüm ile ilgili SUT eklerinde, bazı ilaçların kullanımı için düzenlenecek reçetelerin ekinde ibrazı istenilen belgelerde aranan bilgiler, e-reçete uygulamasında e-reçete içinde belirtilecek olup ayrıca belge istenmeyecektir.

(7) Endikasyon dı ı ilaç kullanım yazısının tarih ve sayısı ile geçerlilik süresi, güvenlik izlem formunun ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak hasta adına düzenlendi i ibaresi ve sürekli görevle yurt dı na gönderilenlerin yurt dı ı görevine dair resmi belgenin tarih ve sayısının e-reçetede belirtilmesi zorunludur.

(8) Yatan hastalara düzenlenen e-reçetelerde “(Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 13-b md. Yürürlük: 12/09/2019) Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta” ibaresi aranmaksızın sadece elektronik ortamda ba hekimlik tarafından onaylanması yeterli olacaktır.

9) (Mülga: RG- 30/08/2014- 29014/ 9 md. Yürürlük: 06/09/2014) Yeniden e-reçete düzenlenmeksizin yapılacak ilaç temini;

a) İlk defa reçete edilecek ilaçlar hariç olmak üzere sürekli kullanılan ilaçlarda uygulanır.

b) EK 4/D Listesinde yer alan hastalıklardan a a ıda belirtilen hastalık grupları ile bu hastalık grupları için EK 4/D

Listesinde tanımlı ilaçlar uygulama kapsamındadır:

- 1) (4.1.) Kalp yetmezli i (I50)
- 2) (4.2.) Koroner arter hastalı ı (I20) (I25) (Z95.1) (Z95.5 -Z95.9)
- 3) (4.5.) Arteriyel hipertansiyon (I10 -I13) (I15)
- 4) (4.8.) Hiperkolesterolemi\*, hiperlipidemi\* (E78)
- 5) (7.2.1.) Diabetes mellitus (E10 -E14)
- 6) (10.3.1.) Parkinson hastalı ı (G20)
- 7) (10.7.) Demans (F00) (F01.1 -F01.9) (F02 -F03) (G30)
- 8) (12.1.) Glökom (H40.1 -H40.9)



9) ~~(12.2.) Kronik ve nükseden üveitler, tiroide bağlı oftalmopati ve sempatik oftalmi, keratoplasti red reaksiyonu (H20.1) (H20.8) (H06.2) (H44.1) (T86.8 T86.9)~~

10) ~~(12.3.) Kuru göz sendromu (H04.1)~~

e) ~~Yukarıda belirtilen hastalıklarda sa lık raporuna dayanılarak düzenlenmi reçeteye istinaden yeniden reçete düzenlenmeksizin eczaneden ilaç temin edilebilir. Bu eklede ilaç temini, düzenlenmi reçete tarihi itibarıyla 6 aylık süreyi kapsar. Süre bitiminde tekrar reçete düzenlenir.~~

e) ~~6 ay boyunca, düzenlenmi reçetede yazılı miktarlar esas alınarak, yeniden reçete düzenlenmeksizin bu miktarlarda ilaç temin edilebilir. Ancak SUT'ta belirtilen özel hükümler göre bir seferde üç aylık tedavi dozunun a ılmaması gözetilir.~~

d) ~~Raporun geçerlilik süresinin bitmesi durumunda yeniden rapor ve reçete düzenlenmesi artı aranır.~~

#### 4.1.6 - Hasta katılım payından muaf ilaçlar (EK-4/D)

(1) EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçlar, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, sa lık raporuna dayanılarak en fazla 3 aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) Bu listede yer alan etken maddeler için, ilgili ba lıktaki tanımlara uygun olacak eklede sa lık raporu düzenlenmesi halinde bu sa lık raporuna istinaden reçete edilen ilaçlar katılım payından muaf tutulur.

(3) İlacın reçete edilmesi ile ilgili SUT ve eki listelerde belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla; EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlar, sa lık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce de reçete edilebilir.

(4) Sürekli görevle yurt dı ına gönderilenler ile bunların yurt dı ında birlikte ya adıkları e ve bakmakla yükümlü oldu u ki ilere, EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçların; söz konusu hastalıklar için SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, hasta adına düzenlenmi reçete ile sa lık raporu ve eki yurt dı ı görevine dair resmi belge ibrazına dayanılarak en fazla bir yıllık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir. (SUT'ta belirlenen süresi 1 yıldan az olan raporlarda rapor süresi kadar ilaç verilir.)

(5) Kurumca katılım payından muaf tutulan hastalıklar, hastalıkları tanımlayan ICD-10 kodları ve bu hastalıklarda kullanılacak ilaçların yer aldığı EK-4/D Listesi, "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" (EK-4/D) olarak Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır.

**4.1.7 --(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 11 md. Yürürlük: 13/08/2015) Sadece yatan hastalara kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G)-Sadece yatarak tedavilerde kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G)**

(1) **(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 11 md. Yürürlük: 13/08/2015)** SUT eki "Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/G) yer alan ilaçlar (anestezipler dâhil), sadece sa lık kurumlarında yatan hastalarda ve/veya özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla günübirlik tedavilerde kullanılır. **SUT eki "Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/G) yer alan ilaçlar (anestezipler dâhil), sadece sa lık kurum ve kurulu larında yatarak tedavilerde kullanılır.**

(2) SUT eki EK-4/G Listesinde yer alan ilaçların reçete edilmesinde, SUT'un 4.1.2 maddesindeki esas ve usullere uyulur. SUT'ta bulunan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, ayakta tedavilerde reçete edilmesi halinde bu ilaçların bedeli ödenmez.

#### 4.1.8 - Ayakta tedavide sa ğlık raporu ile verilebilecek ilaçlar (EK-4/F)

(1) SUT eki "Ayakta Tedavide Sa lık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sa lık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/F) yer alan ilaçların ayakta tedavilerde kullanımı gerekti i durumlarda, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, düzenlenen sa lık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. En fazla 3 aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) SUT eki EK-4/F Listesinde yer alan ilaçlar için raporda ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilir. Düzenlenen raporlar, tedavi süresi boyunca geçerlidir. Ancak, bu süre iki yılı geçemez.

(3) SUT eki EK-4/F Listesinde yer almakla birlikte, EK-4/D Listesinde yer almayan ilaçlardan hasta katılım payı alınır, EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan ise katılım payı alınmaz.

(4) Periton diyalizi tedavisinde kullanılması zorunlu görülen diyaliz solüsyonu ve sarf malzemeleri, periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sa lık ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından ayakta tedavide de reçete edilebilir.

#### 4.1.9 - Bedeli ödenecek ilaçlar (EK-4/A)

(1) Kurumca bedeli ödenecek olan ilaçlar Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/A) belirtilmi tir. Bu listede ticari isimleri ve barkod/karekod numaraları yer almayan ilaçların bedelleri hiç bir ko ulda Kurumca ödenmez. Yurt dı ından temin edilen ilaçlar için özel düzenlemeler saklıdır.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 9 md. Yürürlük: 25/06/2016)**

#### 4.1.10 - Güvenlik ve endikasyon formu ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar

(1) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (T TCK) bilimsel komisyonları tarafından herhangi bir ilaçla ilgili "Güvenlik ve Endikasyon Formu" geli tirilmi ise ilgili ilacın geri ödenmesi için söz konusu formun doldurulması, gereken imzaların tamamlanması ve bir örne inin reçeteye eklenmesi gerekmektedir.

**(Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 14 md. Yürürlük: 12/09/2019)**

#### 4.1.10 - İlaç Güvenlik İzlem Formları ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar

~~(1) İlaç Güvenlik İzlem Formları olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları, varsa rapor süreleri ve ko ulları ile reçeteleme ko ulları konusunda, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla (Değişik: RG- 10/05/2018- 30417/ 6 md. Yürürlük: 18/05/2018) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (T TCK) Sa lık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallara uyulur.~~

**(Mülga: RG- 10/05/2018- 30417/ 6 md. Yürürlük: 18/05/2018)**

(2) Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyu turucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları, varsa rapor süreleri ve ko ulları ile reçeteleme ko ulları konusunda, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla T TCK'ca belirlenen kurallara uyulacaktır.

(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 9-c md. Yürürlük: 01/07/2015)

#### 4.1.11- Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi (EK-4/H)

(1) "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/A) yer alan ilaçlardan hastanelerce temini zorunlu kemoterapi ilaçlarına ait ticari isimleri ve barkod/karekod numaralarının yer aldığı (EK-4/H) Listesi, "Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi" (EK-4/H) olarak Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır.

#### 4.2 - Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler

(1) A a ıda belirtilen düzenlemeler, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, ayakta ve yatarak tedaviler için geçerlidir.

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 10-a md. Yürürlük: 06/09/2014)

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-a md. Yürürlük: 07/08/2014)

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-a md. Yürürlük: 25/06/2016)

#### 4.2.1 Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar ve rituksimab (romatoid artrit) kullanım ilkeleri

Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artrit), abatasept, ustekinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri-

(Değişik:RG-08/06/2017-30090/10-a md. Yürürlük:16/06/2017)

~~4.2.1 Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artrit), abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri~~

~~4.2.1 – Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artrit), abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri~~

#### 4.2.1.A - Leflunomid

(1) Romatoid artritli veya psoriatik artritli (bu endikasyonda sadece leflunomid 20-100 mg) hastaların tedavisinde; (Mülga:RG-09/09/2017-30175/ 15md. Yürürlük:23/09/2017) hastaların di er hastalık modifiye edici ilaçlardan sulfasalazin veya methotrexat ile kontrol altına alınmadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu veya yan etki nedeniyle kullanılmadığı durumlarda, bu durumun belirtildi i iç hastalıkları, çocuk sa lığı ve hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

#### 4.2.1.B- Altın preparatları

(1) Romatoid artritli hastalarda, hastaların di er hastalık modifiye edici ilaçlardan sulfasalazin veya methotrexat ile kontrol altına alınmadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu veya yan etki nedeniyle kullanılmadığı durumlarda, bu durumun belirtildi i fiziksel tıp ve rehabilitasyon, klinik immunoloji ve romatoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 10-b md. Yürürlük: 06/09/2014)

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-b md. Yürürlük: 07/08/2014 )

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-b md. Yürürlük: 25/06/2016)

#### 4.2.1.C- Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab ve abatasept kullanım ilkeleri

~~4.2.1.C- Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri~~

(Değişik:RG-08/06/2017-30090/10-b md. Yürürlük:16/06/2017)

~~4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri~~

~~4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab (Ek: RG-10/05/2018-30417/ 7-a md. Yürürlük: 18/05/2018), sekukinumab (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 15-a md. Yürürlük: 12/09/2019), iksekizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri~~

#### 4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar

(1) Eri kin ve Juvenil Romatoid Artrit;

a) (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-c md. Yürürlük: 07/08/2014 ) Romatoid artritli eri kin hastalarda; biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanımı olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5.1; juvenil romatoid artritte DAS 28 kriteri aranmaz.) hallerde, 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirilmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve yeni DAS 28 skorları her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, ba langıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır. Romatoid artritli eri kin hastalarda; biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanımı olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5,1) hallerde, 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirilmede DAS 28 skorunda 0,6 (sertolizumab için 1,2) puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay (sertolizumab için 6 ay) süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile 3 ay (sertolizumab için 6 ay) daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve yeni DAS 28 skorları her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, ba langıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

**(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 16-a md. Yürürlük: 01/04/2018)**

b) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik-kronik) hastalarda NSA ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamı ise bu durumun belirtildi i 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye ba lanabilir. İlaça ba landıktan 3 ay sonra yapılan de erlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye ra men ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ula mayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.

**b) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik-kronik) hastalarda;**

1) NSA ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamı ise bu durumun belirtildi i 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye ba lanabilir.

2) Adalimumabın flakon formunun yalnızca; bir veya daha fazla hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilacı en az 3 ay kullanımı olmasına ra men ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamı olan üveit e lik eden aktif poliartiküler juvenil idiyopatik artritli 2-17 ya ları arası çocuk ve adölesan hastalarda methotrexat ile kombine olarak tedaviye ba lanılarak kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır. Adalimumabın flakon formunun methotrexata kar ı intolerans geli mesi durumunda veya methotrexat ile tedaviye devam edilmesinin uygun olmadığı durumlarda monoterapi olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

3) Tedaviye ba landıktan 3 ay sonra yapılan de erlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye ra men ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ula mayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.

**(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 15-b md. Yürürlük: 12/09/2019)**

4) 18 ya ve üzerinde juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik-kronik) hastalarda DAS 28 skoruna göre hastalık aktivite ölçümü yapılması esastır. Ancak 18 ya ndan küçük iken ACR pediatrik cevap kriterine göre yanıt alınmı hastalarda DAS 28 skoru ko ulları aranmaksızın mevcut tedavilere devam edilebilir. 18 ya ve üzerinde hastalı ın alevlenmesi durumunda ise eri kin ko ulları (DAS 28 skorlaması) geçerlidir.

(2) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli (**Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 11 md. Yürürlük: 28/02/2015**) ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda; biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına ra men yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite ndeksi (BASDA ) >5), bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırını a an CRP de eri veya MR/sintigrafi ile gösterilmi aktif sakroilit/spondilitli olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla ilaca ba lanır.

(3) Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; maksimum dozda NSA ile birlikte sulfasalazin veya methotrexattan birinin kullanılmasına ra men yeterli cevap alınamayan (BASDA >5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırını a an CRP de eri olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla ilaca ba lanır.

(4) **(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 11 md. Yürürlük: 28/02/2015)** Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli ve periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda ilacın etkinli i, ilaca ba landıktan 3 ay sonra de erlendirilir. Yeterli cevap alınmamı sa (BASDA 'de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sa lık kurulu raporunda belirtilir. Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli, periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda ilacın etkinli i, ilaca ba landıktan 3 ay sonra de erlendirilir. Yeterli cevap alınmamı sa (BASDA 'de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(5) Psöriyatik artritli hastalarda; en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az üçer ay olmak üzere kullanımı olmasına ra men hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadı ı (bir ay arayla yapılmı iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç i eklem olması) durumlarda, bu durumun sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla ilaca ba lanır. İlacın etkinli i, ilaca ba landıktan 3 ay sonra de erlendirilir. Yeterli cevap alınmamı sa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınmaması) ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldı ı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. (**Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 12 md. Yürürlük: 13/08/2015**) Tedaviye uzun süre ara veren (**Değişik:RG- 10/05/2018-30417/ 7-b md. Yürürlük:18/05/2018**) 3 6 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden ba langıç kriterleri aranır. (**Ek:RG- 10/05/2018-30417/ 7-b md. Yürürlük:18/05/2018**) Aynı hasta için iki farklı te his ile iki farklı anti-TNF ve/veya iki farklı biyolojik ajanın birlikte kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(7) Bu ilaçların intravenöz formları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekiminin bulundu u sa lık kurumunda uygulanır. Subkütan formlarının ilk dozları fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekiminin bulundu u sa lık kurum/kurulu larında hekim gözetiminde yapılır. Uygun enjeksiyon tekni i konusunda hastaya veya hasta yakınına e itim verildikten sonra ilgili uzman hekim uygun

gördü ü ve sa lık kurulu raporunda "Mahallinde tedavisi sürdürülebilir" ibaresine yer verdi i taktirde hastane dı nda uygulanmak üzere üç aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

(8) Anti-TNF ilaçlar di er antiromatizmal ilaçlar ile kombine olarak da kullanılabilir.

(9) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-c md. Yürürlük: 07/08/2014 )** Psoriyazis vulgariste anti-TNF ilaçlar; Psoriyazis vulgaris /plak tip psoriyazis /plak psoriyaziste anti-TNF ilaçlar; üniversite hastaneleri veya e itim ve ara tırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldı ı, di er hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli oldu unu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

**(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 12-a md. Yürürlük: 08/01/2019)**

**(10) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 15 md. Yürürlük: 15/10/2016)** Fistülize, iddetli veya aktif luminal Crohn hastal ında adalimumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immüsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye ba lanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (hastal ı a yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite ndeksi'nde 70 puanlık dü ü ün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite ndeksi'nde 70 puan üzerinde dü ü olması halinde, bu durum ile adalimumab ve infliksimab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildi i 6 süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sa lık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sa lık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sa l ı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sa lık kurum/kurulu larında klinik ko ullarda uygulanır. ~~Fistülize, iddetli veya aktif luminal Crohn hastal ında adalimumab, sertolizumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immüsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye ba lanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (hastal ı a yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite ndeksi'nde 70 puanlık dü ü ün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite ndeksi'nde 70 puan üzerinde dü ü olması halinde, bu durum ile adalimumab, sertolizumab ve infliksimab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildi i 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sa lık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sa lık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sa l ı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sa lık kurum/kurulu larında klinik ko ullarda uygulanır. (Ek: RG-21/03/2018 30367/16 b md. Yürürlük:01/04/2018) Crohn hastal ında adalimumabın flakon formunun kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.~~

(10) Crohn hastal ı ;

a) Yeti kinlerde; fistülize, iddetli veya aktif luminal Crohn hastal ında adalimumab, sertolizumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immüsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye ba lanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (Crohn Hastalık Aktivite ndeksi'nde ba langıca göre en az 70 puanlık dü ü ün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite ndeksi'nde ba langıca göre en az 70 puan ve üzerinde dü ü olması halinde, bu durum ile ilacın kullanılacak dozu ve süresinin belirtildi i 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sa lık kurulu raporlarında en az bir gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekiminin yer alması ve reçetelerin gastroenteroloji, iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kurumca bedelleri kar ılanır. Crohn hastal ında adalimumabın flakon formunun kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

b) Çocuklarda; fistülize, iddetli veya aktif luminal Crohn hastal ında adalimumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immüsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye ba lanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (The Pediatric Crohn Disease Activity Index (PCDAI) skorunda ba langıca göre en az 15 puan dü ü olmaması) durumunda tedavi kesilir. PCDAI skorunda ba langıca göre en az 15 puan ve üzerinde dü ü olması halinde, bu durum ile ilacın kullanılacak dozu ve süresinin belirtildi i 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sa lık kurulu raporlarında en az bir çocuk gastroenterolojisi veya çocuk cerrahisi uzman hekiminin yer alması ve reçetelerin çocuk gastroenterolojisi, çocuk sa l ı ve hastalıkları veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kurumca bedelleri kar ılanır.

(11) **(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 2 md. Yürürlük: 04/10/2013)** Ülseratif kolit hastal ında infliksimab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda iddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, bu durumun belirtildi i gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Ülseratif kolit hastal ında infliksimab veya adalimumab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda; iddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, üçüncü basamak sa lık kurumlarında bu durumun belirtildi i gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

**(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 12-b md. Yürürlük: 08/01/2019)**

(12) Üveit hastal ı ;

a) Yeti kinlerde, kortikosteroidlere yetersiz yanıt vermi , kortikosteroid kullanımının azaltılması gereken veya kortikosteroid tedavisine uygun olmayan non-enfeksiyöz orta, arka veya panüveitte 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine ba lanabilir. lacın etkinli i, ilaca ba landıktan 3 ay sonra de erlendirilir. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durumun belirtildi i 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam

edilebilir. Sa lık kurulu raporlarının üçüncü basamak sa lık kurumlarında ve üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenmesi ve göz hastalıkları uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılıdır.

b) 2 ya ndan itibaren çocuklarda, konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıt vermi , konvansiyonel tedavilere uygun olmayan/tolere edemeyen non-enfeksiyöz kronik anterior üveitte 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine ba lanabilir. İlacın etkinliği, ilaca ba landıktan 3 ay sonra de erlendirilir. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durumun belirtildi i 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sa lık kurulu raporlarının üçüncü basamak sa lık kurumlarında ve üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenmesi ve göz hastalıkları uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılıdır.

(13) Orta veya iddetli aktif Hidradenitis Suppurativa (HS) hastalı ı olan yeti kinlerde 6 hafta süreyle sistemik antibiyotik tedavisine yeterli yanıt alınmaması durumunda en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine ba lanır. İlacı ba landıktan 3 ay sonra, ba langıca göre apse ve inflamatuvar nodüllerde en az %50 azalma ve apse sayılarında artı olmaması ve aktifli fistüllerin sayısında artı olmaması durumunda en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Devam eden raporlarda ba langıç ve devam kriterleri aranmaz. Tedaviye 1 yıl ve daha uzun süre ara veren hastalarda yeniden ba langıç kriterleri aranır. Sa lık kurulu raporlarının üçüncü basamak sa lık kurumlarında ve üç dermatoloji uzman hekimi tarafından düzenlenmesi ve dermatoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılıdır.

#### 4.2.1.C-2 – Rituksimab

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-ç md. Yürürlük: 07/08/2014 )

(1) Romatoid artritli hastalarda, methotreksat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artritli bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavilerine ra men hastalı ı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) veya TNF inhibitörü ba lanması uygun olmayan/görülmeyen veya TNF inhibitörlerine kar ı intoleransı olan eri kin hastalarda, bu durumun belirtildi i sa lık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

(2) Sa lık kurulu raporları 6 aylık olarak düzenlenir. İlk raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla dü me olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve yeni DAS 28 skorları her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye ra men hastanın DAS 28 skorunda, ba langıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla dü me olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(3) Sa lık kurulu raporları a a ıdaki e kilde düzenlenir:

a) Romatoloji uzman hekiminin bulundu u sa lık kurum/kurulu larında, en az bir romatoloji uzman hekiminin bulundu u sa lık kurulu raporu.

b) Üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerinde ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulundu u sa lık kurulu raporu.

(1) Romatoid artritli hastalarda;

a) Methotreksat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artritli bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavilerine ra men hastalı ı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) veya TNF inhibitörü ba lanması uygun olmayan/görülmeyen veya TNF inhibitörlerine kar ı intoleransı olan eri kin hastalarda, bu durumun belirtildi i sa lık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

b) Sa lık kurulu raporları 6 aylık olarak düzenlenir. İlk raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla dü me olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve yeni DAS 28 skorları her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye ra men hastanın DAS 28 skorunda, ba langıç DAS 28 skoruna göre 1,2 puandan fazla dü me olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

c) Sa lık kurulu raporları a a ıdaki e kilde düzenlenir:

1) Romatoloji uzman hekiminin bulundu u sa lık kurum/kurulu larında, en az bir romatoloji uzman hekiminin bulundu u sa lık kurulu raporu.

2) Üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerinde ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulundu u sa lık kurulu raporu.

(2) Siklofosfamide dirençli veya siklofosfamid tedavisi verilemeyen ciddi, aktif granülatoz polianjitis (GPA/ Wegener granülomatozu) ve mikroskobik polianjitis (MPA) hastalarının tedavisinde glukokortikoidlerle kombine olarak;

a) Romatoloji, klinik immunoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden en az birinin bulundu u 1 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir. 6 aydan önce tekrar kullanılamaz.

b) Her 6 aydan sonraki kullanım için tedaviye gereklili inin belirtildi i yeni sa lık kurulu raporuna dayanılarak aynı ko ullarda reçetelenebilir.

#### 4.2.1.C-3 -Abatasept

(1) Romatoid artritli eri kin hastalarda;

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-c md. Yürürlük: 25/06/2016)

a) Aktif romatoid artritli bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanımı olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine ra men hastalı ı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) eri kin hastalarda methotrexat ile birlikte, yalnızca üniversite veya e itim ve ara tırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulundu u 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

a) Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanımı olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) eri kin hastalarda methotrexat ile birlikte, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile e-İtim ve ara tırma hastanelerinde klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

b) İlaç ba landıktan 3 ay sonra yapılan de erlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla dü me olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir.

c) Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla dü me olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir.

ç) Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve yeni DAS 28 skorları her 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, ba langıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla dü me olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(2) Juvenil romatoid artriti (poliartiküler-idiyopatik) hastalarda;

a) 3 aylık anti-TNF tedavisine rağmen ACR pediatrik 30 cevap kriterine ulaşamayan çocuk hastalarda methotrexat ile kombinasyon halinde, yalnızca üniversite veya e-İtim ve ara tırma hastanelerinde içinde en az bir çocuk romatoloji uzmanının bulunduğu (Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 7 md. Yürürlük: 01/03/2017) 6 ay 3 (üç) ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sa lık ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

b) ~~İlk 3 aylık abatasept kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabına ulaşamayan hastalar için bu durum raporunda belirtilmek ko uluyla tedavi devam ettirilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriterininin 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun ve 3 üncü aydaki ACR pediatrik cevap kriterinin yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, ba langıç ve ACR cevap kriterleri her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşamayan hastalarda abatasept tedavisine devam edilmez.~~

(Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 7 md. Yürürlük: 01/03/2017)

b) İlk 3 aylık abatasept kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabına ulaşamayan hastalar için bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriterininin 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, ba langıç ve ACR cevap kriterleri her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşamayan hastalarda abatasept tedavisine devam edilmez.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-d md. Yürürlük: 07/08/2014 )

#### 4.2.1.C-4 - Ustekinumab

(1) Sistemik tedaviye yanıt vermeyen, kontrendike olan veya bu tedaviyi tolere edemeyen yeti kinlerde orta ile iddetli plak tip psoriasis tedavisinde;

a) Üniversite hastaneleri veya e-İtim ve ara tırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

b) Raporda, ba langıç psoriasis Alan iddet ndeksi (PASI) de eri ve tedavi eması belirtilir.

c) İlaç ba landıktan sonra 28. haftada yapılan de erlendirmede PASI de erine bakılır, ba langıç PASI de erine göre PASI 75 yanıtını sağlamayan (ba langıca göre en az %75 PASI iyilemesi görülmeyen) hastalarda tedavi sonlandırılır. 28.haftada bakılan PASI de eri reçete/raporda belirtilir.

ç) 28. haftada yapılan de erlendirmede ba langıç PASI de erine göre PASI 75 yanıtının sağlanması halinde, bu durumun sa lık kurulu raporunda/reçetede belirtilmesi ko ulu ile tedaviye devam edilir.

d) Tedaviye ba landıktan 1 yıl sonra yeni düzenlenecek raporda yukarıdaki kriterlerle, hastanın tedaviden fayda gördü ünü belirtilmesi ko ulu ile tedaviye devam edilir.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 16-c md. Yürürlük: 01/04/2018)

(2) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı üçer ay süre ile uygun dozda kullanımı ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanımı olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç i eklem olması) aktif psöriatik artriti yeti kin hastaların tedavisine en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır.

a) Tedaviye ba landıktan 3 ay sonra yapılan de erlendirmede yeterli cevap alınması halinde (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınması), bu durumun belirtildi i 6 ay süreli yeni düzenlenecek sa lık kurulu raporu ile tedaviye devam edilir. Yanıt alınmaması halinde tedavi sonlandırılır.

b) Bu durumların belirtildi i romatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak, romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

#### 4.2.1.C-5 -Tosilizumab

(1) Romatoid artriti eri kin hastalarda;

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-ç md. Yürürlük: 25/06/2016)

a) ~~(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 10-c md. Yürürlük: 06/09/2014)~~ Aktif romatoid artriti bulunan, en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) eri kin hastalarda, yalnızca üniversite veya e-İtim ve ara tırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir. Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanımı olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) eri kin

hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 aylık süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

a) Aktif romatoid artrit bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanımı olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erik kin hastalarda (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 9 md. Yürürlük: 25/06/2016) methotrexat ile birlikte, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 3 aylık süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

b) İlaç ba landıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirilmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla dü me olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 aylık süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir.

c) Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla dü me olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 aylık süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir.

c) Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve yeni DAS 28 skorları her 6 aylık süreli sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, ba langıç DAS 28 skoruna göre 1,2 puandan fazla dü me olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(Mülga: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-d md. Yürürlük: 25/06/2016)

(2) Aktif sistemik/ poliartiküler juvenil idiopatik artrit bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda;

a) (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 13 md. Yürürlük: 13/08/2015) 3 aylık anti TNF tedavisine rağmen ACR pediatrik 30 cevap kriterine ulaşmayan çocuk hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir çocuk romatoloji uzmanının bulunduğu 6 aylık süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sa lık ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. NSA ve/veya methotrexat veya anti-TNF ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınamamı ise bu durumun belirtildiği 3 aylık süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak ilaca ba lanabilir. İlaç ba landıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirilmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 aylık süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 aylık süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sa lık kurulu raporunda belirtilir. (Mülga: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-d md. Yürürlük: 25/06/2016) Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti TNF tedavisine devam edilmez.

b) (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 13 md. Yürürlük: 13/08/2015) İlk 3 aylık tosilizumab kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabına ulaşamayan hastalar için bu durum raporunda belirtmek koşuluyla tedavi devam ettirilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriterinin 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun ve 3 üncü aydaki ACR pediatrik cevap kriterinin yeni düzenlenecek 6 aylık süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, ba langıç ve ACR cevap kriterleri her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda tosilizumab tedavisine devam edilmez. Sa lık Kurulu raporları; yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir çocuk romatoloji uzmanı yer alacak şekilde düzenlenir ve bu rapora dayanılarak çocuk romatoloji veya çocuk sa lık ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-e md. Yürürlük: 25/06/2016)

(3) Sistemik juvenil idiopatik artrit (SJ A) bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda;

a) Sistemik bulguların ön planda olduğu tip;

1) Tedaviye nonsteroid antiinflatuar ilaçlar ve sistemik kortikosteroidler ile ba lanır.

2) Nonsteroid antiinflatuvar ilaç ve sistemik steroid tedavisi ile üçüncü ayın sonunda remisyona girmeyen hastalarda tosilizumab veya anakinra tedavisine geçilebilir.

3) Tosilizumab veya anakinra ile tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirilmede ACR pediatrik 50 yanıtının alınması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 3 aylık süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

4) Tedavinin devamında ACR pediatrik yanıt kriterine 3 ayda bir bakılır, ba langıç ve ACR pediatrik yanıt kriteri her sa lık kurulu raporunda belirtilir.

5) Tedaviye rağmen ACR pediatrik yanıt kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda tedaviye devam edilmez.

b) Artrit bulgularının ön planda olduğu tip;

1) Tedaviye nonsteroid antiinflatuar ilaçlar ve sistemik kortikosteroidler ile ba lanır.

2) Nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar ve sistemik kortikosteroidler ile üçüncü ayın sonunda ACR pediatrik 50 yanıtının elde edilemediği durumlarda tosilizumab veya anakinra tedavisine geçilebilir.

3) Tosilizumab veya anakinra ile tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirilmede ACR pediatrik 50 yanıtının alınması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 3 aylık süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

4) Tedavinin devamında ACR pediatrik yanıt kriterine 3 ayda bir bakılır, ba langıç ve ACR pediatrik yanıt kriteri her sa lık kurulu raporunda belirtilir.

5) Tedaviye rağmen ACR pediatrik yanıt kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda tedaviye devam edilmez.

c) Üniversite veya e itim ve ara tırma hastanelerinde bu durumların belirtildi i çocuk romatoloji uzmanının yer aldı ı en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak çocuk romatoloji uzman hekimlerce reçete edilir.

**(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/13 md. Yürürlük: 08/01/2019)**

(4) Dev Hücreli Arteriti (DHA) bulunan eri kin hastalarda, uzun süre ve yüksek doz kortikosteroid kullanımının kontrendike oldu u durumlarda 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tosilizumabın subkütan formu ile tedaviye ba lanır. İlacın etkinli i, ilaca ba landıktan 3 ay sonra de erlendirilir. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sa lık kurulu raporlarında en az bir romatoloji veya immünoloji ve alerji uzman hekimlerinden birinin yer alması ve reçetelerin romatoloji veya immünoloji ve alerji uzman hekimlerce düzenlenmesi halinde Kurumca bedelleri kar ılanır.

**(Ek: RG- 30/08/2014- 29014/ 10-ç md. Yürürlük: 06/09/2014)**

#### **4.2.1.C-6 – Tofacitinib**

(1) Romatoid artritli eri kin hastalarda; biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanmı olmasına ra men hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadı ı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5,1) hallerde, 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak ilaca ba lanır. İlaça ba landıktan 3 ay sonra yapılan de erlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla dü me olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla dü me olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, ba langıç ve yeni DAS 28 skorları her sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye ra men hastanın DAS 28 skorunda, ba langıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla dü me olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(2) Tofacitinib, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerindeki klinik immünoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldı ı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

**(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-f md. Yürürlük: 25/06/2016)**

#### **4.2.1.C-7 – Kanakinumab**

(1) Sistemik juvenil idiyopatik artrit (SJ A) bulunan 2 ya ve üzeri çocuklarda;

a) Sistemik bulguların ön planda oldu u tip;

1) Nonsteroid antiinflatuvar ilaç ve sistemik steroid tedavisi ile üçüncü ayın sonunda remisyona girmemi olup, tosilizumab veya anakinra tedavisi alan hastalardan; anakinra veya tosilizumab ile 3 aylık tedaviye ra men ACR pediatrik 50 yanıtına ula amayan hastalarda kanakinumab tedavisine geçilebilir.

2) Tedavinin devamında ACR pediatrik yanıt kriterine 3 ayda bir bakılır, ba langıç ve ACR pediatrik yanıt kriteri her sa lık kurulu raporunda belirtilir, ACR pediatrik 70 yanıtı elde edilemeyen hastalarda tedavi sonlandırılır.

b) Artrit bulgularının ön planda oldu u tip;

1) Nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar ve sistemik kortikosteroidler ile toplam 3 aylık tedavi sonrasında ACR pediatrik 50 cevabının elde edilemedi i ve tosilizumab veya anakinra tedavisine geçilen hastalardan; tosilizumab veya anakinra ile 3 aylık tedaviye ra men ACR pediatrik 50 ula amayan hastalarda kanakinumab tedavisine geçilebilir.

2) Tedavinin devamında ACR pediatrik yanıt kriterine 3 ayda bir bakılır, ba langıç ve ACR pediatrik yanıt kriteri her sa lık kurulu raporunda belirtilir, ACR pediatrik 70 yanıtı elde edilemeyen hastalarda tedavi sonlandırılır.

c) Üniversite veya e itim ve ara tırma hastanelerinde bu durumların belirtildi i çocuk romatoloji uzmanının yer aldı ı en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak çocuk romatoloji uzman hekimlerce reçete edilir.

**(Ek:RG-08/06/2017-30090/10-c md. Yürürlük:16/06/2017)**

#### **4.2.1.C-8 – Vedolizumab**

(1) Fistülize, iddetli veya aktif luminal Crohn hastalı ında; en az bir anti-TNF tedavisine ra men hastalı ı kontrol edilemeyen hastalarda, 8(Sekiz) haftada bir 300 mg idame dozda, ilacın günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye ba lanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (hastalı a yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite ndeksi'nde 70 puanlık dü ü ün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite ndeksi'nde 70 puan üzerinde dü ü olması halinde, ilacın dozu ve süresinin belirtildi i 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sa lık kurulu raporunda, gastroenteroloji, genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sa lık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları uzman hekimlerce reçete edilir ve sa lık kurum/kurulu larında klinik ko ullarda uygulanır.

—(2) Ülseratif kolit hastalı ında; En az bir anti-TNF tedavisine ra men hastalı ı kontrol edilemeyen hastalarda, iddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, 8(Sekiz) haftada bir 300 mg idame dozda, üçüncü basamak sa lık kurumlarında bu durumun belirtildi i gastroenteroloji uzman hekimleri veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerce reçete edilir.

**(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 16 md. Yürürlük: 09/09/2017)**

#### **4.2.1.C-8 – Vedolizumab**

(1) Fistülize, iddetli veya aktif luminal Crohn hastalı ında; en az bir anti-TNF tedavisine ra men hastalı ı kontrol edilemeyen hastalarda, ilacın ba langıç tedavileri sonrasında idame dozunun sekiz haftada bir 300 mg olması ko uluyla, ilacın



kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye ba lanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (hastalı a yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite ndeksi' nde 70 puanlık dü ü ün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite ndeksi' nde 70 puan üzerinde dü ü olması halinde, ilacın dozu ve süresinin belirtildi i 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sa lık kurulu raporunda, gastroenteroloji, genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sa lık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sa lık kurum/kurulu larında klinik ko ullarda uygulanır.

(2) Ülseratif kolit hastalı nda; en az bir anti TNF tedavisine ra men hastalı ı kontrol edilemeyen hastalarda, iddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, ilacın ba langıç tedavileri sonrasında idame dozunun sekiz haftada bir 300 mg olması ko uluyla, üçüncü basamak sa lık kurumlarında bu durumun belirtildi i gastroenteroloji uzman hekim veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

**(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 7-c md. Yürürlük: 18/05/2018)**

#### **4.2.1.C-9- Sekukinumab**

(1) Aktif ankilozan spondilitli eri kin hastalarda;

a) Biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 farklı nonsteroid antiinflatuar ilacın maksimum dozunda kullanılmasına ra men yeterli cevap alınmayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite ndeksi (BASDA ) >5) ve bununla birlikte;

- 1) Eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s,
- 2) Normalin üst sınırını a an CRP de eri,
- 3) MR/sintigrafi ile gösterilmi aktif sakroileit/spondilit

bulgularından en az birinin oldu u hastalarda bu durumların sa lık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye ba lanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda BASDA 'de en az 2 birim düzelme oldu unun yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. BASDA 'de 2 birimden daha az düzelme olması tedaviye yanıtızlık olarak de erlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır.

c) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldı ı 6' ar ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir. Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda ba langıç kriterleri yeniden aranır.

(2) Orta veya iddetli plak psöriazisli eri kin hastalarda;

a) Siklosporin, methotreksat veya PUVA gibi geleneksel sistemik tedavilere yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen ya da bu tür tedavilerin kontrendike oldu u hastalarda bu durumlar ile Psöriyazis Alan iddet ndeksi (PASI) de eri sa lık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye ba lanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda ba langıç PASI de erine göre en az %75 iyile me oldu unun yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Ba langıç PASI de erine göre %75 iyile me sa lanamaması tedaviye yanıtızlık olarak de erlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır.

c) Üniversite hastaneleri veya e itim ve ara tırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldı ı 6' ar ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Raporda PASI de eri belirtilir. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

(3) Aktif psöriatik artritli eri kin hastalarda;

a) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı 3'er ay süre ile uygun dozda kullanmı ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanmı olmasına ra men hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadı ı (bir ay arayla yapılmı iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç i eklem olması) aktif psöriatik artritli hastalarda bu durumların sa lık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye ba lanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda yapılan de erlendirmede psöriatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yeterli cevap alındı ının yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Yanıt alınmaması halinde tedavi sonlandırılır.

c) Bu durumların belirtildi i romatoloji uzman hekiminin yer aldı ı 6' ar ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

**(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 15-c md. Yürürlük: 12/09/2019)**

#### **4.2.1.C-10- İkskizumab**

(1) Orta veya iddetli plak psöriazisli eri kin hastalarda;

a) Siklosporin, methotreksat veya PUVA gibi geleneksel sistemik tedavilere yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen ya da bu tür tedavilerin kontrendike oldu u hastalarda bu durumlar ile Psöriyazis Alan iddet ndeksi (PASI) de eri sa lık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye ba lanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda ba langıç PASI de erine göre en az %75 iyile me oldu unun yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Ba langıç PASI de erine göre %75 iyile me sa lanamaması tedaviye yanıtızlık olarak de erlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır.

c) Üniversite hastaneleri veya e itim ve ara tırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldı ı ba langıçta 4 ay süreli, sonrasında 6' ar ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Raporda PASI de eri belirtilir. Tedaviye cevap alınmı ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

#### 4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri

(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce reçete edilebilir. **(Ek: RG-10/05/2018-30417/ 8 md. Yürürlük:18/05/2018)** Bu gruplar arasında ilaç de i imi gereken hallerde ve/veya bu ilaçların 6 aydan uzun süre kullanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. **(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 16-a md. Yürürlük: 12/09/2019)** SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri, nöroloji, geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bupropiyon HCl **(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 11 md. Yürürlük: 25/06/2016)**, vortiooksetin **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 20 md. Yürürlük: 07/08/2014)** ve agomelatin yalnızca major depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanların psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından reçete edilmesi veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde, 6 aydan uzun süre kullanılması gereken durumlarda ise psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Bupropiyon HCl, vortiooksetin ve agomelatin içeren ürünlerin yalnızca orta- a ır depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

**(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 16-b md. Yürürlük: 12/09/2019)**

(2) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol, paliperidon) ve kombinasyonlarının oral formları, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Klozapin en fazla 1 aylık dozda reçete edilebilir.

(2) Klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol veya paliperidon içeren ürünlerin psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Klozapin etken maddeli ilaçlar için düzenlenen reçetelerde en fazla 1 aylık ilaç bedeli Kurumca kar ılanır.

(3) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları psikiyatri uzman hekimleri veya bu uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bu grup antipsikotiklerden risperidon **(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 16 md. Yürürlük: 15/10/2016)**, aripiprazol ve paliperidonun parenteral formları ise EK-4/F hükümlerine göre reçete edilebilir.

(4) Yeni nesil (atipik) antipsikotikler dı ındaki antipsikotik ilaçlar tüm hekimlerce yukarıdaki kısıtlamalar olmaksızın reçete edilebilir.

(5) Acil hallerde, acil servislerde, yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları, (uzun salınımlı/depo etkili formları hariç) klinik artlarda, tek doz olarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(6) Atipik antipsikotik ilaçlar, demansta; psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(7) Sodyum valproat (kombinasyonları dahil), “bipolar bozukluk” endikasyonunda psikiyatri ve nöroloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(8) Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek uzman hekim raporunda ilacın kullanılacağı süre belirtilir.

#### 4.2.3 - Enjektabl alerji aşılmasının kullanım ilkeleri

(1) Solunum yolu alerjisi duyarlılı ı oldu u cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmi , en az 3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ile hastalı ı kontrol altına alınamamı hastalarda; alerjik astım, alerjik rinit, alerjik konjonktivit durumlarında, bu durumların belirtildi i immünoloji **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 21-a md. Yürürlük: 07/08/2014)** ve/ veya alerji hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer aldı ı, tedavi protokolünü de gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye ba lanır. İlk reçetelendirme bu uzman hekimlerce yapılır.

(2) En fazla 2 farklı grup solunum yolu alerjisi için immunoterapi ödenir. Bu gruplar; polenler, ev tozu akarları, küf mantarları ve hayvan epitelidir.

(3) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 21-b md. Yürürlük: 07/08/2014)** A ı tedavisine 6 ay ya da daha fazla ara verilmesi halinde, bir defaya mahsus olmak üzere bu durum ile hastanın tedaviye ba ladı ı tarih ve o tarihteki ba langıç kriterlerinin yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ko uluyla ba langıç dozlarında tedaviye yeniden ba lanabilir. Bu rapora dayanılarak ilk reçetelendirme alerji veya immünoloji uzman hekimlerince yapılır. Mevsim öncesi allergoid immunoterapi hariç, a ı tedavisine 6 ay ya da daha fazla ara verilmesi halinde, çocukluk ve eri kin dönemlerine ait her bir dönem için birer defaya mahsus olmak üzere bu durum ile hastanın tedaviye ba ladı ı tarih ve o tarihteki ba langıç kriterlerinin yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ko uluyla ba langıç dozlarında tedaviye yeniden ba lanabilir. Bu rapora dayanılarak ilk reçetelendirme alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince yapılır.

(4) Sa lık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tedavinin devamı niteli iindeki di er reçetelendirmeler, bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sa lı ı ve hastalıkları, kulak burun bo az, göz sa lı ı ve hastalıkları, gö üs hastalıkları, **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 21-c md. Yürürlük: 07/08/2014)** dermatoloji, iç hastalıkları veya aile hekimli i uzman hekimleri tarafından da yapılabilir.

(5) Her sa lık kurulu raporunda tedaviye ilk ba langıç tarihi belirtilir.

(6) Alerji a ılarının oral formları ödenmez.

(7) Arı venom alerjisinde kullanılan arı venom a ıları, alerji, immünoloji, immünoloji ve alerji, çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilir.

(8) A 1 tedavileri, arı venom alerjisi hariç, toplamda 5 yılı geçemez. (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 21-ç md. Yürürlük: 07/08/2014 ) Mevsim öncesi allergoid immünoterapi her yıl polen mevsimi öncesi dönemde ömür boyu en fazla 5 defaya mahsus olarak yapılabilir.

(9) Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sa lık raporu aranmaksızın ödenir.

(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 14 md. Yürürlük: 13/08/2015)

(10) Enjektabl alerji a ılları reçete tanzim tarihinden itibaren 90 gün içinde temin edilebilir.

#### 4.2.4 - Rasburicase kullanım ilkeleri

(1) Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli veya akut lösemi tanısı almı ve beyaz küre sayısı  $100.000/mm^3$  den fazla olan, allopurinol ve hidrasyon tedavisine ra men böbrek fonksiyonları bozulmu (kreatin > 2 mg/dl, kreatin klerensi < 50 ml/dakika) veya allopurinolün kontrendike oldu u hastalarda; prospektüs artlarına (en fazla 5 günlük tedavi) göre yatan hastalarda kullanılır. Hematoloji, tıbbi onkoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, laboratuvar sonuçlarının yer aldı ı, uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

#### 4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri

(1) Botulismus toksini yalnızca;

a) Göz 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 üniversite hastaneleri, e itim ve ara tırma hastanelerinde uygulamayı yapacak göz sa lı ı ve hastalıkları veya nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının herhangi üçünün yer aldı ı 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

b) Pediatrik serebral palsi endikasyonunda; üniversite hastaneleri veya e itim ve ara tırma hastaneleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi veya çocuk 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.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29071/ 11 md. Yürürlük: 06/09/2014)

c) Kronik dönemde (spinal ok sonrası dönem) subservikal omurilik hasarı veya multiple skleroza ba lı nörojenik detrusor a ırı aktivitesi olan hastalardan, en az 2 farklı antikolinergik/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kullanmasına ra men tedaviye yanıt alınamayan ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerinde en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldı ı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gereklili inin belirtildi i sa lık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır.

d) Sıkı ma tipi üriner inkontinans, sıkı ma ve sık idrar semptomları olan a ırı aktif mesane endikasyonunda, en az 2 farklı antikolinergik/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kullanıp tedaviye yanıt vermeyen ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerinde en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldı ı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji veya kadın hastalıkları ve do um uzman hekimler tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gereklili inin belirtildi i sa lık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır.

(2) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 11 md. Yürürlük: 06/09/2014) Yukarıda sıralanan tüm endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrarı dü ünülen hastalarda 6 aylık periyotlarda her defasında yeni bir sa lık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1.000 üniteyi a mamak üzere yapılabilir. Bu endikasyonlar dı nda bedeli ödenmez. Yukarıda a ve b bentlerinde sıralanan endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrarı dü ünülen hastalarda 6 aylık periyotlarda her defasında yeni bir sa lık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1.000 üniteyi a mamak üzere yapılabilir.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 11 md. Yürürlük: 06/09/2014)

(3) Bu endikasyonlar dı nda bedeli ödenmez.

#### 4.2.6 - Büyüme bozuklukları

##### 4.2.6.A - Büyüme hormonu bozuklukları

(1) Hastanın ya grubuna göre endokrinoloji uzman hekiminin yer aldı ı 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 1 yıl süreyle geçerli olup hastanın ya ı ve fiziki boy uzunlu u bu rapora yazılacaktır.

(2) laçların günlük doz miktarı belirtilmek suretiyle en fazla üçer aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

##### 4.2.6.A-1 - Çocuklarda;

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

a) Yıllık büyüme hızı;

1) 0-4 ya 6 cm'nin altında,

2) 4 ya üzeri 4,5 cm'nin altında,

3) Puberte'de; izleme süresi ve büyüme hızı hastanın di er bulgularına göre endokrinoloji uzman hekimince de erlendirilmesi;

b) Kemik ya ı;

1) Puberte öncesi için kronolojik ya a göre en az 2 yıl geri olması,

2) Pubertal dönem için sadece epifizlerin açık olması, (puberte kıstasları: erkeklerde gonadarj (testis hacimlerinin) 4 ml. ve üzerine çıkması, kızlarda T2 düzeyinde telar ın olması, kızlarda kemik ya mın 8'in, erkeklerde 10'un üzerine çıkması, pubertenin ba langıcı olarak kabul edilecektir.)

c) Ötiroid hastalarda uygulanan büyüme hormonu uyarı testlerinden en az ikisine (laboratuvarın 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.)

ç) 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 rağmen er büyüme hormonu salınımında bir bozukluk söz konusu ise, yani nörosekretuar disfonksiyon söz konusu ise yada; hastada biyoaktif büyüme hormonu saptanmış ise (IGF 1 testi ile);

d) Pubertal dönemde veya öncesinde geçirilmiş 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 yıllık kurulu raporu ile hastaya büyüme hormonu tedavisi uygulanacaktır.

(2) Büyüme hormonu ile tedavisine başlanan hastalar için endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı bir yıl süreli yıllık kurulu raporu düzenlenir. Bu hekimlerce en az 6 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olup olmadığı raporda belirtilir.

(3) Tedavi;

a) Epifiz hattı kapandı mı veya

b) Yıllık büyüme hızı 5 cm ve altında oldu mu veya

c) Boy uzunluğu kızlarda 155 cm ye erkeklerde 165 cm ye ula tı mı, sonlandırılacaktır.

#### **4.2.6.A-2 - Erişkinlerde;**

(1) Epifiz hatları açık olan erişkin ya tiki hastaların büyüme hormonu kullanım esasları, çocuk ya grubu ile aynıdır.

(2) Epifiz hatları kapalı olan hastalarda:

a) Çocukluk ya 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 alınmışsa (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erişkin dozda büyüme hormonu tedavisi başlanabilir.

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

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

(4) insülin 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 erişkin endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı yıllık kurulu raporuna dayanılarak erişkin endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir. Rapora tedavi eması ile ilgili ayrıntılı bilgi yazılacaktır. Bu rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olacaktır.

**(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 17 md. Yürürlük: 01/04/2018)**

#### **4.2.6.A-3- Turner sendromunda;**

(1) Epifiz hatları açık olan, klinik ve genetik olarak turner sendromu tanısı almış hastalarda, en az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı yıllık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde büyüme hormonu bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, raporda ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.

(2) A ıdaki kriterlerin herhangi biri sağlandı mı tedavi sonlandırılır:

a) Epifiz hattı kapandı mı.

b) Yıllık büyüme hızı 4 cm. ve altında oldu mu.

c) Boy uzunluğu 155 cm.' ye ula tı mı.

ç) Kemik ya ı 14' e ula tı mı.

#### **4.2.6.B - Laron Sendromu tanı kriterleri ve rhIGF-I (mecasermin) kullanım ilkeleri**

(1) En az bir **(Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 17 md. Yürürlük: 23/09/2017)** çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı yıllık kurulu raporu ile **(Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 17 md. Yürürlük: 23/09/2017)** çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.

#### **4.2.6.B-1 - Başlama kriterleri**

(1) İlgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyüme hızı izlendikten sonra büyümeyi etkileyen sistemik bir hastalık veya beslenme bozukluğu tespit edilen hastalarda; boy (-3) standart sapmanın altında, yıllık büyüme hızı ya ve cinsine göre 25 persentilin altında, serum IGF-I düzeyi < -2 SD, serum IGFBP-3 düzeyi < -1 SD, bazal veya uyarılmış büyüme hormonu düzeyi > 10 mcg/L, somatomedin jenerasyon testinde büyüme hormonu uyarısına IGF-I artısının yetersiz olduğu durumlarda tedaviye başlanılır.

(2) Başlangıç dozu 120 mcg/kg/gün'e kadar çıkılabilir.

(3) Büyüme hormonu tedavisinin yerine kullanılmaz.

#### 4.2.6.B-2 - Devam kriterleri

(1) Tedavi alan hastalar en az 3 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık oldu unun reçetede belirtilmesi kaydıyla hedeflenen ya grubu ortalama boy skalasına göre 25 persentile ula ana kadar, tedavi ile yıllık büyüme hızının izlemde tedavi öncesi yıllık büyüme hızının 2 cm üstünde olan hastalarda yılda bir sa lık kurulu raporu yenilenerek tedavi devam ettirilir.

(2) Yenilenen raporlarda tedavi öncesi ve tedaviyle sa lanan büyüme hızı, ula tı ı boy skalası ve epifiz hatlarının durumu belirtilir.

#### 4.2.6.B-3 - Sonlandırma kriterleri

- (1) Tedavi;
  - a) Epifiz hattı kapandı nda veya
  - b) Yıllık büyüme hızı tedavi öncesi hıza göre + 2 cm'den dü ük oldu unda veya
  - c) Boy uzunlu u kızlarda 155 cm ve erkeklerde 165 cm'ye ula tı nda veya
  - ç) Tedavi esnasında boy 25 persentile ula tı nda, sonlandırılacaktır.

#### 4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri

(1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen, kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak di er hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Yatan hastalarda veya acil müdahale gerektiren durumlarda acil servislerde rapor aranmaksızın tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Hemodiyaliz tedavilerinde, heparinler tanıya dayalı i lem puanına dahil oldu undan reçete edilse dahi bedeli ödenmez.

#### 4.2.8 - Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri

##### 4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri

(1) **(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 12 md. Yürürlük: 06/09/2014)** ~~Yatan hastalar dı nda, normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere malnütrisyonu olanlar ve/veya malabsorpsiyonlu olanlar veya oral beslenemeyen ancak enteral beslenmesi gereken hastalar ile do u tan metabolik hastalı ı olanlar ve/veya kistik fibrozisi olanlara sa lık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yatan hastalar dı nda, herhangi bir nedenle malnütrisyon geli mi hastalarda enteral beslenme ürünleri verilir. Ancak do u tan metabolik hastalı ı olanlarda, kanser hastalarında, kistik fibroziste, crohn hastalarında, yanık hastalarında veya orogastrik sonda/ (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 12-a md. Yürürlük: 25/06/2016) nazogastrik sonda/ nazoenterik sonda veya gastrostomi/jejunostomi ile beslenen hastalarda a ıda belirtilen malnütrisyon ko ulları aranmaz. Uzman hekimlerce düzenlenen 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.~~

(2) Raporda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

**(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 12 md. Yürürlük: 06/09/2014)**

~~Raporda belirtilmek kaydıyla;~~

- a) Son 3 ayda a ırlı nda %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya
- b) "Subjektif global de erlendirme kategorisi" C veya D olanlar veya
- c) Çocukluk ya grubunda, ya ina göre boy ve/veya kilo geli imi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar, malnutrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

(3) Malnütrisyon tanımı raporda belirtilmek kaydıyla;

a) Eri kinlerde;

**(Değişik: RG-10/05/2018-30417/ 9 md. Yürürlük: 18/05/2018)**

~~1) Son 3 ayda a ırlı nda %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya~~

1) Son 3 ayda a ırlı nda %10 ve daha fazla istemsiz kilo kaybı olanlar (Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu olu an kilo kayıpları istemli olarak de erlendirilir.) veya

2) "Subjektif global de erlendirme kategorisi" C veya D olanlar **(Ek: RG-04/09/2019- 30878/ 17 md. Yürürlük: 12/09/2019)** (Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu olu an kilo kayıpları istemli kilo kaybı olarak de erlendirilir.) veya

b) Çocukluk ya grubunda;

1) Ya ina göre boy ve/veya kilo geli imi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar, malnutrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

(4) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 22 md. Yürürlük: 07/08/2014)** ~~Yo unla tırıcı kıvam artırıcı beslenme ürünleri, 2 ya ın altında yutma/yutkunma bozuklu u veya gastro özofagial reflüsü olan çocuklarda, bu durumun belirtildi i gastroenteroloji, metabolizma ve yo un bakım uzmanlarının en az birinin bulundu u sa lık kurulu raporuna istinaden bu hekimler ve çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek reçeteye en fazla bir kutu yazılır.~~

~~Yo unla tırıcı-kıvam artırıcı beslenme ürünleri;~~

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 12-b md. Yürürlük: 25/06/2016)**

~~a) 2 ya ın altında yutma/yutkunma bozuklu u veya gastro özofagial reflüsü olan çocuklarda, bu durumun belirtildi i gastroenteroloji, metabolizma ve yo un bakım uzmanlarının en az birinin bulundu u sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla bir kutu yazılır.~~

a) 1 ya üzeri yutma/yutkunma bozuklu u olan çocuklarda, bu durumun belirtildi i çocuk gastroenteroloji, çocuk metabolizma **(Ek:RG-09/09/2017-30175/ 18md. Yürürlük: 23/09/2017)** ,çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları

ve çocuk yo un bakım uzmanlarının en az birinin bulundu u sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporada, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla iki kutu yazılır.

(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 18 md. Yürürlük: 23/09/2017)

b) ~~nme, kronik nörolojik bozukluklar ve ba boyun kanserleri ve cerrahi rezeksiyonda görülen yutma güçlü ü çeken yeti kin hastalarda; bu durumun belirtildi i nöroloji, kulak burun bo az, genel cerrahi, beyin cerrahi, anestezi ve yo un bakım (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 17-a md. Yürürlük: 15/10/2016), geriatri uzmanlarından en az birinin bulundu u sa lık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilebilir. Raporada, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.~~

b) nme, kronik nörolojik bozukluklar ve ba boyun kanserleri ve cerrahi rezeksiyonda görülen yutma güçlü ü çeken yeti kin hastalarda; bu durumun belirtildi i nöroloji, kulak burun bo az, genel cerrahi, beyin cerrahi, anestezi ve yo un bakım, geriatri, tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi uzmanlarından en az birinin bulundu u sa lık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. Raporada, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 22 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(5) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 17-b md. Yürürlük: 15/10/2016) Glikojen depo hastalı mın diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren ni astalı enteral beslenme ürünleri; 2 ya ve üzerindeki çocuk hastalarda, bu durumun belirtildi i en az bir çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının bulundu u sa lık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları ile çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporada, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır. Glikojen depo hastalı mın diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren ni astalı enteral beslenme ürünleri; 2 ya ve üzerindeki hastalarda, bu durumun belirtildi i en az bir çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzmanının bulundu u sa lık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları ile çocuk sa lı ı ve hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporada, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.

(6) (Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 12 md. Yürürlük: 06/09/2014) Dallı zincirli aminoasitlerden zengin enteral beslenme ürünleri: Karaci er yetmezli i olan orta ve a ır (evre 2 ve üzeri) ensefalopati geli mi hastalarda kullanılabilir. Malnutrisyon kriterleri aranmaz. Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

#### 4.2.8.B - Parenteral beslenme ürünleri

(1) Yatan hastalar dı nda, oral ve tüple beslenemeyen hastalara, bu durumun sa lık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla uzman hekim tarafından en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde parenteral beslenme ürünlerinin bedeli ödenir.

#### 4.2.9 - Eritropoietin, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol, oral esansiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri

##### 4.2.9.A - Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri

(1) Eritropoietin ve darbepoetin preparatları kronik böbrek yetmezli i ile ili kili anemi ve myelodisplastik sendrom dı ndaki endikasyonlarda Kurumca kar ılanmaz.

(2) Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.

(3) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler

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

##### 4.2.9.A-1 - Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda

(1) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin ile tedaviye ba lamadan 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 ba lanacaktır. TSAT %20 ve/veya ferritin 100 µg/L oldu unda hemoglobin de eri 10 gr/dl altında ise tedaviye ba lanır. Hedef hemoglobin de eri 11-12 gr/dl arasındır. Hemoglobinin de eri 11 gr/dl'ye ula nıncaya kadar ba langıç 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 a nca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınır ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar ba lanabilir. dame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden ba landı nda TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır. Bu de erlere hemodiyaliz hastalarında 3 ayda bir, periton diyaliz hastalarında 4 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.

(2) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glikol epoetin 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 reçete edilebilir.

(3) Tedaviye ba lama 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-zeta için tedaviye ba langıç dozu 50-150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25- 75 IU/kg/haftadır. Metokspolietilen glikol epoetin beta için ise tedaviye ba lama dozu iki haftada bir; 0,4-0,94 mcg/kg, idame dozu ise ayda bir 0,8-1,88 mcg/kg dır.

##### 4.2.9.A-2 - Myelodisplastik Sendrom endikasyonunda

(1) (Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 3 md. Yürürlük: 04/10/2013) Hemoglobin de eri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500 mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye ba lanır. Hedef hemoglobin de eri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi a nca tedavi kesilir. Maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı a mamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.

Hemoglobin de eri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500 mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye ba lanır. Hedef hemoglobin de eri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi a nca tedavi kesilir. Eritropoietin alfa-beta için maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı, darbepoetin için maksimum doz haftada 150 µg'ı a mamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.

**(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 18-a md. Yürürlük: 15/10/2016)**

#### **4.2.9.B – Sevelamer ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri**

##### **4.2.9.B – Sevelamer, lantanyum karbonat ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri**

(1) Tedaviye ba lamak için di er fosfor dü ürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanımı olması ve bu hususun raporda belirtilmi olması gerekir. Bu süre sonunda:

- a) Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya
- b) PTH düzeyinin 100 pg/ml de erinin altında olan adinamik kemik hastalı ı olguları veya
- c) Kt/V de eri 1,4'ün üzerinde olmasına ra men düzeltilmi kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya
- ç) Kt/V de eri 1,4'ün üzerinde olan hastanın PTH de eri 300 pg/ml ve üzerinde olan, hastalarda tedaviye ba lanır.

(2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenledi i ve yukarıdaki durumlardan sevelamer **(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 18-b md. Yürürlük: 15/10/2016)** , lantanyum karbonat veya alüminyum klorür hidroksit kullanımını gerektiren durumun belirtildi i uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildi inde bedeli ödenir.

(3) Her reçetede fosfor düzeyini gösterir son 1 ay içinde yapılmı tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu belirtilir. Bir defada en fazla **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 23 md. Yürürlük: 07/08/2014)** (birer aylık dozda) bir kutu bir aylık dozda ilaç verilir. Fosfor düzeyi 3,5 mg/dl'nin altında oldu u durumlarda tedavi kesilir.

(4) Fosfor düzeyinin **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 18-c md. Yürürlük: 15/10/2016)** 3,5 4 mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk ba lama kriterleri aranarak tekrar ba lanabilir.

**(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 18-ç md. Yürürlük: 15/10/2016)**

**(5) Sevelamer ve lantanyum karbonat kombine olarak kullanılamaz.**

#### **4.2.9.C - Parikalsitol kullanım ilkeleri**

##### **4.2.9.C-1 - Parikalsitolün enjektabl formları**

(1) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 11 md. Yürürlük: 11/05/2013)** Diyalizat kalsiyumunun 1,25 mmol/l ile kullanılmasına ra men albümin ile düzeltilmi 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 ba lanır. Diyalizat kalsiyumunun 1,25 mmol/l ile kullanılmasına ra men albümin ile düzeltilmi serum kalsiyumu 9,5 mg/dl altında ve serum fosfor 5,5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/ml'nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda ba lanır.

(2) Aynı hasta grubunda düzeltilmi serum kalsiyum düzeylerinin 10,2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçti i durumlarda kesilir.

(3) İlgili ko ulla rın söz konusu oldu u hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenledi i sa lık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(4) Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir. Reçete tekrarında da yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

##### **4.2.9.C-2 - Parikalsitolün oral formları**

(1) Parikalsitolün oral formları; evre 5 kronik böbrek yetmezli i hastalı ı olup, periton diyaliz tedavisi altında olan, 3 aylık aktif D vitamini tedavisine ve Ca düzeyi 1,25 mmol/L konsantrasyonlu diyalizat solüsyonu kullanmasına ra men, albumin ile düzeltilmi serum kalsiyumu 10,2 mg/dl altında ve serum fosfor 5,5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 500 pg/ml'nin üzerinde olan hastalarda kullanılır. Düzeltilmi serum kalsiyum düzeylerinin 10,2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçti i durumlarda kesilir. Nefroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenmi sa lık raporuna dayanılarak nefroloji uzmanı veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından reçete edilir. Tetkikler 3 ayda bir tekrarlanır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

##### **4.2.9.Ç - Cinacalcet kullanım ilkeleri**

(1) Hemodiyaliz ya da periton diyaliz tedavisi altında bulunan **(Mülga: RG-21/03/2018-30367/18-a md. Yürürlük: 01/04/2018)** diyalizat kalsiyumunu 1,25 mmol/L ile kullanılmasına ra men albumin ile düzeltilmi serum kalsiyum de eri **(Değişik: RG- 21/03/2018-30367/ 18-a md. Yürürlük: 01/04/2018)** 10,5 8,5 mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 700 pg/ml ve üzerinde oldu u belgelenen hastalarda cinacalcet tedavisi ba lanabilir.

(2) **(Değişik: RG-21/03/2018-30367/ 18-b md. Yürürlük: 01/04/2018)** Serum fosfor ve kalsiyum x fosfor (çarpımı) de erleri ne olursa olsun, PTH düzeyi 1000 pg/ml üzerinde olan hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında PTH düzeylerini baskılamak amacıyla cinacalcet tedavisi ba lanabilir. Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmi serum kalsiyum de eri 8,4 mg/dl olanlarda cinacalcet tedavisi kesilir.

(3) Yukarıdaki hasta gruplarında PTH düzeyi 400 pg/ml'nin altına dü en hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir.

(4) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, ba langıç de erleri nefroloji uzmanınca düzenlenen raporda belirtilmek kaydıyla, nefroloji uzmanları veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından en fazla 3 ay öncesine ait kalsiyum ve PTH de erleri reçete veya rapor üzerinde belirtilir. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

(5) Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratroidektomi endike oldu u halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandı ı ekilde) paratroidektominin klinik açıdan uygun olmadı ı veya kontrendike oldu u primer hiperparatroidili hastalarda hiperkalseminin dü ürülmesi endikasyonunda;

a) ASA-IV grubu hastalar veya  
b) Opere olmuş ancak nüks olan hastalardan; bifosfonatlar ile hiperkalsemisi kontrol altına alınamamış ve albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri 10,5 mg/dl olan hastalar,  
için üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği endokrinoloji, genel cerrahi ve anestezi uzman hekimlerinin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden endokrinoloji uzman hekimlerince reçetelenebilir:

#### **4.2.9.D - Oral esansiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri**

(1) Serum albumin düzeyi < 3,5 g/dL olan; Evre 4 KBH (glomerüler filtrasyon hızı <30 ml/dak) veya Evre 5 KBH (diyaliz hastaları dahil) hastalarında;

- a) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olması veya  
b) Vücut Kitle İndeksi (BMI = Body Mass Index) 19'un altında olması,  
halinde tedaviye başlanır.

(2) İlaç tedavisini kesme kriterleri;

a) Tedavinin ilk 6 ayının sonunda başlangıç serum albümin düzeyinde %25'lik artışa ulaşamayan hastalarda veya  
b) Tedavinin ilk 3 ayının sonunda ve/veya tedavinin devamında serum albümin düzeyi 4 g/dL'nin üzerine çıkan tüm hastalarda,

ilaç kesilir.

c) Tedavisi kesilen hastalarda yeniden tedaviye başlanırken tedavi başlangıç kriterleri aranır.

(3) Bu hastalarda, nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki hususların belirtildiği 1 yıl süreli sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Her reçetelemede serum albumin düzeyine ait yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. Devam raporlarında ise hastanın tedaviye başlangıç albumin düzeyi yer almalıdır.

#### **4.2.10 - Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri**

##### **4.2.10.A - Gaucher hastalığında tedavi esasları**

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (glucocerebrosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuştur.

(2) Tedavi endikasyonu olan hastalık tipleri; Tip I (Non Nöropatik Form) ve Tip III (Kronik Nöropatik Form)'tür. Tip II (Akut Nöropatik Form) için enzim tedavisi yapılmayacaktır.

##### **4.2.10.A-1 - Tip I ve Tip III Gaucher hastalarında enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri**

(1) Enzim tedavisi;

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

b) Kan trombosit sayısının 50.000 ile 100.000/mm<sup>3</sup> olması,

**(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 14 md. Yürürlük: 08/01/2019)**

~~e) Karaciğer volümünün normalinin 1,25 ile 2,5 kat artması,~~

~~e) Dalak volümünün 5 ile 15 kat artması,~~

**c) Karaciğer hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 1,25 kat artması olduğu tespit edilmesi,**

**ç) Dalak hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 5 kat artması olduğu tespit edilmesi,**

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

e) Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının olması,

kriterlerinden en az birisinin varlığında hastaya 2 haftada bir gün en fazla 30 IU/kg dozunda uygulanacaktır;

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

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

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

b) Kan trombosit sayısının 50.000 /mm<sup>3</sup> altında olması,

**(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 14 md. Yürürlük: 08/01/2019)**

~~e) Karaciğer volümünün normalin 2,5 katının üstünde artması,~~

~~e) Dalak volümünün 15 katın üstünde artması,~~

**c) Karaciğer hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 1,25 kat artması olduğu tespit edilmesi,**

**ç) Dalak hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 5 kat artması olduğu tespit edilmesi,**

d) DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun eriklin hastanın yaş grubuna göre -2,5 SD altında olması, çocuklarda boy ve/veya kilo gelişiminin yaşa göre -2 SD altında olması,

e) Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının ve patolojik kırıklarının olması,

f) Hastalığı başlı olarak kronik kemik ağrıların olması ve geçirilmiş eklem ameliyatının olması.

(4) Üçüncü fıkrada sıralanan hükümler doğrultusunda, 2 (iki) haftada bir gün 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanan hastalarda birinci yılın sonunda yapılan değerlendirilmede hastanın tedaviye başlanmasına esas olan kriter/kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

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

##### **4.2.10.A-2 - Substrat inhibisyon tedavi kriterleri**

(1) Gaucher hastalığında ilk tedavi seçeneği enzim replasman tedavisidir. Ancak;

a) Enzim tedavisine karşı alerjik reaksiyonlar veya hipersensitivite gelişmelerinde,

b) Enzim tedavisi kriter/kriterleri kapsamında enzim tedavisi kesilmiş olan hastalarda,



miglustat tedavisine geçilir.

(2) Miglustat tedavisine yanıt, enzim tedavisinden miglustat tedavisine geçişe neden olan kriter/kriterler açısından takip edilir. Birinci yılın sonunda tedaviye başlanmasına esas olan bu kriter/kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda miglustat tedavisi kesilir.

#### **4.2.10.A-3 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

(1) Hasta adına, **(Ek:RG-09/09/2017-30175/19-a md. Yürürlük:23/09/2017)** çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; te his, ba langıç ve devam kriteri/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sa lığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

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

#### **4.2.10.B - Fabry Hastalığı tedavi esasları**

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (alfa galactosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmu olmalıdır. (Enzim düzeyi normal saptanan bayan hastalarda moleküler analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmu olmalıdır.)

##### **4.2.10.B-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri**

(1) A a ındaki kriterlerden herhangi birisinin varlığında enzim replasman tedavisi uygulanır.

a) Böbrek fonksiyonlarında bozulma (a a ındaki kriterlerden herhangi birisinin varlığı);

1) Ya a göre ayarlanmış kreatinin klerensinin (glomerül filtrasyon hızı) 80 ml/dk altında olması,

2) 24 saatte 300 mg üzerinde proteinüri olması,

3) Böbrek biyopsisinde endotelial depolanmanın varlığı ile birlikte mikroalbuminüri olması.

b) Kalp tutulumunun gösterilmesi (EKG veya ECHO veya anjiyografi veya elektrofizyolojik çalışmaları ile),

c) Nörolojik tutulumun gösterilmesi,

ç) Gastro intestinal sistem bulgularının olması,

d) Vertigo ataklarının olması,

e) İtme kaybının olması,

f) Di er tedavilere yanıtız nöropatik ağrının olması.

(2) Enzim tedavisi uygulanan hastalarda birinci yılın sonunda yapılan de erlendirmede hastanın tedaviye başlanmasına esas olan kriter/kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

##### **4.2.10.B-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

**(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 19 md. Yürürlük: 01/04/2018)**

~~(1) Hasta adına, gastroenteroloji, **(Ek:RG-09/09/2017-30175/ 19-b md. Yürürlük:23/09/2017)** çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; te his, ba langıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimler ve nefroloji uzman hekimince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sa lığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.~~

**(1) Hasta adına, en az bir çocuk metabolizma veya (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 18 md. Yürürlük: 12/09/2019) çocuk endokrinoloji ve metabolizma endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi olmak kaydıyla; gastroenteroloji veya nöroloji veya nefroloji uzman hekimlerince düzenlenen sa lık kurulu rapora istinaden bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sa lığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanır. Raporda; te his, ba langıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır.**

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

#### **4.2.10.C - Mukopolisakkaridoz Tip I, II ve VI (glikozaminoglikan) hastalığı tedavi esasları**

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (Tip I için; L- duronidase, Tip II için; duronidate -2- sulfatase, Tip VI için; N-Acetyl Galactosamine-4-Sulfatase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmu olmalıdır.

##### **4.2.10.C-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri**

**(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 24 md. Yürürlük: 07/08/2014 )**

(1) Hastalarda; multiple sülfataz eksikliği olmamalıdır.

(2) 24 aylık altındaki çocuk hastalarda te his için gerekli kriterler olması halinde tedaviye başlanır.

(3) 24 ayın bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; “Denver Gelişim Envanteri” veya “Ankara Gelişim Envanteri” uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu de erlendirilir. De erlendirme sonucuna göre ileri derecede zekâ özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ geriliği saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz.

(4) 72 ay üzeri hastalarda; “Çocuklar için Wesheler Zekâ Ölçeği” (WISC-R) testine göre IQ seviyesi 50 ve üzerinde olanlarda tedaviye başlanır. Bu testin çeşitli nedenlerle uygulanamaması durumunda “Denver Gelişim Envanteri” uygulanır. Buradaki sonuç  $-2SD$  nin altında değilse tedavi başlanır.

(5) Erişkin hastalarda WAIS testine göre tespit edilen IQ seviyesi 60 ve üzerinde olanlarda tedavi başlanır.

(6) Tip I Mukopolisakkaridozda; enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmı ve başarılı olmu hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir.

(7) Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.

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

(1) Hastalarda; multiple sülfataz eksikliği olmamalıdır.

(2) 24 aylık ve 72 ay üzeri çocuk hastalar ile erişkin hastalarda tedavi için gerekli kriterler olması halinde tedaviye başlanır.

(3) 24 ayın bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; ayrıca "Denver Gelişim Envanteri" veya "Ankara Gelişim Envanteri" uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilir. Değerlendirme sonucuna göre ileride zekâ özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ geriliği saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz.

(4) Tip I Mukopolisakkaridozda; enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmı ve başlatılmı hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir.

(5) Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin (Ek:RG- 10/05/2018-30417/ 10 md. Yürürlük: 18/05/2018) yapılamadığı (gerekçesi raporda belirtilmek koşuluyla) veya başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.

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

#### 4.2.10.C-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 24 md. Yürürlük: 07/08/2014 )

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

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

(1) 72 ay üzeri çocuk ve erişkin hastalar için; çocuk metabolizma (Ek: RG-09/09/2017-30175/19-c md. Yürürlük: 23/09/2017), çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları (Mülga: RG-21/03/2018- 30367/ 20-a md. Yürürlük: 01/04/2018) , nöroloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile göğüs hastalıkları (bulunmayan yerlerde çocuk alerji ve/veya immünoloji) uzman hekimlerinin yer aldığı 1 saatlik kurulu raporu düzenlenir. Raporda; tehis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) 72 ay altı çocuk hastalar için; çocuk metabolizma (Ek: RG-09/09/2017-30175/19-c md. Yürürlük: 23/09/2017), çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 1 saatlik kurulu raporu düzenlenir. Raporda; tehis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi (Değişik: RG-21/03/2018-30367/20-b md. Yürürlük:01/04/2018) 6 aydır. 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

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

#### 4.2.10.Ç - Pompe Hastalığı tedavi esasları

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim ( -glucosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmu olmalıdır.

#### 4.2.10.Ç-1 - Enzim tedavi kriterleri

(1) ki ya ve altındaki tüm hastaların tedavisine doğrudan başlanır.

(2) ki ya üstündeki hastalarda ise ya am kalitesini bozacak derecede kas veya solunum sistemi veya kalp tutulumunun olması durumunda enzim replasman tedavisi başlanır.

#### 4.2.10.Ç-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma (Ek:RG-09/09/2017-30175/19-ç md. Yürürlük: 23/09/2017), çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 1 saatlik kurulu raporu düzenlenir. Raporda; tehis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

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

#### 4.2.10.D - Niemann-Pick Tip C Hastalığı tedavi esasları

(1) Filipin Boyası veya moleküler analiz veya fonksiyonel çalınma ile Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleşmiş olmalıdır.

#### 4.2.10.D-1 - Tedavi kriterleri

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

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

#### 4.2.10.D-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma (Ek:RG-09/09/2017-30175/19-d md. Yürürlük: 23/09/2017), çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 1 saatlik kurulu raporu düzenlenir. Raporda; tehis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

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

#### 4.2.10.E - Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları

(1) Mukopolisakkaridoz tip III, IV ve VII, wolman hastalığı ve kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde (Ek:RG-09/09/2017-30175/19-e md. Yürürlük: 23/09/2017) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji veya nöroloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilecektir.

(Ek:RG-08/06/2017-30090/11 md. Yürürlük:16/06/2017)

(2) Mukopolisakkaridoz Tip IV A (Morque A Sendromu) hastalığının tedavisinde; Periferik kandan veya dokudan enzim (N-asetilgalaktozamin 6-sülfataz) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmu hastalardan; 60 ay ve üzeri desteksiz yürüyebilen hastalarda; tanıya esas kriter /kriterlerin ve 6 dakika yürüme testi sonuçlarının belirtildi i, 60 ay altı hastalarda ise tanıya esas kriter/kriterlerin belirtildi i üçüncü basamak resmi sa lık kurulu larında düzenlenen en az bir (Ek:RG-09/09/2017- 30175/19-e md. Yürürlük: 23/09/2017) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak (Ek:RG-09/09/2017- 30175/19-e md. Yürürlük: 23/09/2017) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, gö üs hastalıkları, ortopedi ve nöroloji uzmanı tarafından reçete edilir.

#### 4.2.11 - Glokom ilaçları

(1) Glokom ilaçları ile tedaviye göz sa lığı ve hastalıkları uzman hekim tarafından başlanacaktır. Göz sa lığı ve hastalıkları uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

#### 4.2.12 - İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri

##### 4.2.12.A - Spesifik/hiperimmün İV immünglobulinlerin kullanım ilkeleri

(1) Spesifik/hiperimmün immünglobulinler ayakta tedavide, sadece Sa lık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde uzman hekim raporu artı aranmaz.

(2) Anti-HepB Ig, klinik uzman hekimler tarafından ve vaka başına profilaktik olarak 0,02-0,06 ml/kg/doz erişkinlerde maksimum 1.600 ünite, çocuklarda maksimum 800 üniteyi a mamak üzere reçete edilebilir.

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 25-a md. Yürürlük: 07/08/2014)

(3) ~~Hepatit B mmünglobulinin, Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan (Hbs Ag) hastalarda karaci er transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda kullanımı;~~

a) ~~100-1.000 IU Hepatit B mmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildi i gibi ameliyat süresince karaci ersiz fazda 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 2.000 IU dozuna kadar,~~

b) ~~5.000 IU Hepatit B mmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildi i gibi ameliyat süresince karaci ersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise 1 inci, 4 üncü ve 7 nci günlerde 5.000 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 2 ayda bir toplam 5.000 IU dozuna kadar,~~

~~kullanılması uygundur.~~

(3) Hepatit B mmünglobulinin, Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan (HbsAg) hastalarda karaci er transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda kullanımı;

a) 100- 1560 IU Hepatit B mmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildi i gibi ameliyat süresince karaci ersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise her gün (yedi gün boyunca) 2.000 IU eklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresinde ise aylık toplam 2.000 IU dozuna kadar kullanılması ve en fazla bu dozda reçetelenmesi uygundur. Uzun dönem tedavinin birinci ayının sonunda Anti HBS düzeyi 100 IU/litrenin altında ise bu durumun raporda/reçetede belirtilmesi ko uluyla ilave 2000 IU kullanılabilir.

b) 5.000 IU Hepatit B mmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildi i gibi ameliyat süresince karaci ersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise 1 inci, 4 üncü ve 7 nci günlerde 5.000 IU eklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresinde ise 2 ayda bir toplam 5.000 IU dozuna kadar kullanılması ve en fazla bu dozda reçetelenmesi uygundur. Uzun dönem tedavinin birinci ayının sonunda Anti HBS düzeyi 100 IU/litrenin altında ise bu durumun raporda/reçetede belirtilmesi ko uluyla ilave 5000 IU kullanılabilir.

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 19 md. Yürürlük: 15/10/2016)

##### 4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg)

##### 4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immünglobulinler)

(1) A a lı da yer alan endikasyonlar için;

a) Pediatrik HIV enfeksiyonunda pediatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekim tarafından,

b) Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji uzman hekim tarafından,

c) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 13 md. Yürürlük: 06/09/2014) ~~Gebeli e sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberli inde Gebeli e sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP (Primer mmün Trombositopeni) beraberli inde~~ kadın hastalıkları ve do um uzman hekim (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 25-b md. Yürürlük: 07/08/2014) ve hematoloji uzmanı tarafından,

c) Prematüre ve dü ük do um a rlıklı bebeklerin nasokomiyal enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyu mazlıklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sa lığı ve hastalıkları uzman hekim tarafından,

d) Yo un bakımda yatan hastalarda antibiyotik tedavisine yardımcı olarak iddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik ok) tedavisinde ilgili uzman hekim tarafından,

e) Nörolojik hastalıklardan; myastenik kriz, limbik ensefalit, opsoklonus-myoklonus, eaton lambert sendromu, rasmussen ensefaliti, stiff person sendromunda (Değişik: RG-21/03/2018- 30367/21-a md. Yürürlük:01/04/2018) ilgili uzman hekimler nöroloji uzman hekimleri tarafından,

**(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 15-a md. Yürürlük: 08/01/2019)**

f) Kronik inflamatuvar polinöropati (CIDP) ve multifokal motor nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında **(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/21-b md. Yürürlük:01/04/2018)** ilgili uzman hekimler nöroloji uzman hekimleri tarafından, **(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/21-b md. Yürürlük:01/04/2018)** 1 yıl süreyle düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden ilgili uzman hekimlerce

reçete edilebilir. (Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı 1 endikasyon dı 1 onayı aranmaz.)

f) Kronik inflamatuvar Polinöropati (CIDP) ve Multifokal Motor Nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından,

1 yıl süreyle düzenlenen **(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 19 md. Yürürlük: 12/09/2019)**, yukarıdaki bentlerde belirtilen ilgili uzman hekim raporuna istinaden ilgili **(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 19 md. Yürürlük: 12/09/2019)** bentlerde belirtilen uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilebilir. Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı 1 endikasyon dı 1 ilaç kullanım onayı aranmaz.

(2) **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 25 md. Yürürlük: 07/08/2014)** Sağlık Bakanlığıınca onaylı diğer endikasyonlar için; hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları, immünoloji veya romatoloji ve nefroloji uzman hekimleri, üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise bu hekimlere ilave olarak iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 15-b md. Yürürlük: 08/01/2019)** 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanarak uzman hekimler tarafından **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 15-b md. Yürürlük: 08/01/2018)** 1 aylık dozda reçete edilir. (Birdshot retinokoroidopati endikasyonu ödenmez.)

#### 4.2.13 - Hepatit tedavisi

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-a md. Yürürlük: 18/06/2016)**

**(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 4-a md. Yürürlük: 04/10/2013)**

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

(1) Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.

(1) **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 20 md. Yürürlük: 18/06/2016)** Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez. Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

**(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 20 md. Yürürlük: 18/06/2016)**

(2) Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. **(Mülga: RG-21/03/2018-30367/22-a md. Yürürlük:01/04/2018)** Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-b md. Yürürlük: 18/06/2016)**

#### 4.2.13.A - Kronik Hepatit B tedavisi

##### 4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi

**(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 26-a md. Yürürlük: 07/08/2014 )**

(1) İlk tedaviye başlamak için; HBV DNA seviyesi  $10.000 (10^4)$  kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalar, bu durumun belirtildiği rapor ve eki tetkik sonuçlarına (HBV DNA sonucu ve karaciğer biyopsi raporu) göre;

a) Erikin hastalarda; karaciğer biyopsisinde Hastalık Aktivite İndeksi (HAI) -6 veya fibrozis -2

b) 2-18 yaş grubu hastalarda; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI -4 veya fibrozis -2,

olan hastaların tedavisine interferonlar veya pegile interferonlar veya oral antiviraller ile başlanabilir.

(2) Klasik interferonların toplam dozu haftada 30 milyon, ayda 120 milyon üniteyi geçemez.

(3) Erikin hastalarda interferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen, HBeAg negatif olan ve HBV DNA  $10^7$  kopya/ml olan hastalar ile HBeAg pozitif olan ve HBV DNA  $10^9$  olan hastalarda kullanılabilir. nterferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

(4) 2-18 yaş grubu hastalarda tedaviye lamivudin ya da interferonlar ile başlanabilir. Çocuklarda interferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra bu maddenin birinci fıkrasının b bendinde tarif edilen koşulları yeniden taşıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir interferon tedavisi daha verilebilir.

(5) Erikin hastalarda oral antiviral tedaviye;

a) HBV DNA  $10^7$  kopya/ml (2.000.000 IU/ml) ise günde 100 mg lamivudin veya 600 mg telbivudin ile başlanır. Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir.

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

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

(6) Erikin hastalar oral antiviral tedavi altındayken;

a) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile ba ka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Ba ka bir antiviralden lamivudine geçi te ve entekavir veya adefovir tedavisinden tenofovir tedavisine geçi te bu ko ullar aranmaz. Lamivudin veya telbivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda di er oral antiviraller kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) altında ise ba ka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

b) Tenofovir veya adefovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen "HBV DNA pozitif" olması durumunda tedaviye ba ka bir oral antiviral eklenebilir.

e) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda gebelik durumunda oral antiviral de i iminde bu ko ullar aranmaz.

e) Oral antiviral de i imi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için, düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

(7) Oral antiviral tedavinin sonlandırılması;

a) Her yenilenen raporda tek ba ma HBsAg pozitifli i veya HBsAg negatifli i ile birlikte Anti HBs negatifli i raporda belirtilmelidir.

b) Oral antiviral tedavi, HBsAg negatif hastalarda Anti HBs pozitifleştiikten sonra en fazla 12 ay daha sürdürülür.

(8) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, ba lama kriterlerinin hastanın tedavisine ba landı ı tarihteki mevzuata uygun oldu u yeni raporda belirtilir.

(1) İlk tedaviye ba lamak için; HBV DNA seviyesi 10.000 (10<sup>4</sup>) kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalar, bu durumun belirtildi i rapor ve eki tetkik sonuçlarına (HBV DNA sonucu ve karaci er biyopsi raporu) göre;

a) Eri kin hastalarda; karaci er biyopsisinde Histolojik Aktivite ndeksi (HAI) 6 veya fibrozis 2

b) 2-18 ya grubu hastalarda; "ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaci er biyopsisinde HAI 4" veya "ALT düzeyine bakılmaksızın fibrozis 2",

olan hastaların tedavisine interferonlar veya pegile interferonlar veya oral antiviraller ile ba lanabilir.

(2) nterferonlar veya pegile interferonlar ile tedavi;

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

b) Eri kin hastalarda interferonlar ve pegile interferonlar ALT de eri normalin üst sınırının 2 katını geçen, HBeAg negatif olan ve HBV DNA 10<sup>7</sup> kopya/ml olan hastalar ile HBeAg pozitif olan ve HBV DNA 10<sup>9</sup> olan hastalarda kullanılabilir. nterferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

c) Çocuklarda interferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra bu maddenin birinci fıkrasının b bendinde tarif edilen ko ulları yeniden ta ıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir interferon tedavisi daha verilebilir.

**(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 16 md. Yürürlük: 08/01/2019)**

(3) Oral antiviral tedaviye;

a) Eri kin hastalarda; günde 100 mg lamivudin veya 600 mg telbivudin veya 245 mg tenofovir veya 0,5 mg entekavir ile ba lanır.

b) 2-18 ya grubu hastalarda tedaviye lamivudin, 12-18 ya grubu hastalarda lamivudin veya tenofovir, 16-18 ya grubu hastalarda lamivudin veya tenofovir veya entekavir ile ba lanabilir. Çocuk hastalarda lamivudin tedavisine 3mg/kg/gün dozunda (günlük maksimum 100 mg), tenofovir tedavisine 245 mg/gün, entekavir tedavisine 0,5 mg/gün dozunda ba lanabilir.

(4) Eri kin hastalar oral antiviral tedavi altındayken;

a) Lamivudin veya telbivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda di er antiviraller kullanılır. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) altında ise ba ka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

b) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile ba ka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir.

e) Tenofovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen "HBV DNA pozitif" olması durumunda bu iki antiviral arasında geçi yapılabilir veya bu iki antiviral birlikte kullanılabilir.

e) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda gebelik durumunda oral antiviral de i iminde bu ko ullar aranmaz.

d) Kullanılan antivirale kar ıyan etki geli mesi halinde ko ul aranmaksızın ba ka bir antivirale geçilebilir.

e) Oral antiviral de i imi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için, düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

f) Adefovir tedavisinde ko ul aranmaksızın tenofovir veya entekavire geçilebilir.

(5) Çocuk hastalar oral antiviral tedavi altındayken;

a) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile çocu un ya ı göz önüne alınarak tenofovir veya entekavire geçilebilir veya tenofovir veya entekavir eklenebilir.

b) Lamivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda çocu un ya ı göz önüne alınarak tenofovir veya entekavir kullanılır. Ancak lamivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) altında ise ba ka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

e) Tenofovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen "HBV DNA pozitif" olması durumunda bu iki antiviral arasında geçi yapılabilir veya bu iki antiviral birlikte kullanılabilir.

~~e) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde ko-ül aranmaksızın çocuğun yağı göz önüne alınarak ba-ka bir antivirale geçilebilir.~~

~~d) Oral antiviral de-imi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için, düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.~~

~~e) Adefovir tedavisinde ko-ül aranmaksızın çocuğun yağı göz önüne alınarak tenofovir veya entekavire geçilebilir.~~

(3) Erikin hastalarda oral antiviral tedaviye; günde 100 mg lamivudin, 600 mg telbivudin, 245 mg tenofovir disoproksil fumarat, 0,5 mg entekavir veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat ile başlanır. Tenofovir alafenamid fumaratın yalnızca a) da tanımlı hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

**(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 20 md. Yürürlük: 12/09/2019)**

~~1- Kronik steroid veya kemik mineral dansitesini etkileyen ilaç kullanımı olan veya travma ili-kili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporozu olan hastalar;~~

1- Kronik steroid kullanımı olan veya travma ili-kili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporozu olan hastalar veya

2- GFR<60 ml/dk/1,73m<sup>2</sup> veya kan fosfat düzeyi<2,5 mg/dl olan veya albüminüri/proteinüri olan veya diyalize giren veya renal transplantasyon yapılmı hastalar.

(4) Erikin hastalar oral antiviral tedavi almakta iken;

a) Lamivudin veya telbivudin tedavisi almakta iken 24 üncü haftada HBV DNA düzeyi 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer antiviraller kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA düzeyi 50 IU/ml'nin (300 kopya/ml) altında ise ba-ka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

b) Oral antiviral tedavi almakta olan hastalarda negatif (-) olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA düzeyinin 10 kat yükselmesi ile ba-ka bir oral antivirale geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir.

c) Tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen HBV DNA düzeyinin pozitif olması durumunda bu antiviraller arasında geçi yapılabilir veya tenofovir disoproksil fumarat ile entekavir veya tenofovir alafenamid fumarat ile entekavir birlikte kullanılabilir.

ç) Oral antiviral tedavisi almakta olan hastalarda gebelik oluşması durumunda oral antiviral de-iminde bu ko-üller aranmaz.

d) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde ko-ül aranmaksızın ba-ka bir antivirale geçilebilir. Tenofovir alafenamid fumarata geçi te ise bu maddenin üçüncü fıkrasında yer alan ko-üller aranır.

e) Oral antiviral de-imi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi gerekçesi mevcut raporda veya düzenlenecek yeni raporda belirtilir.

f) Adefovir tedavisinden ko-ül aranmaksızın tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavire geçilebilir.

(5) 2-18 yaş çocuk hastalarda oral antiviral tedaviye;

a) Lamivudin ile 3 mg/kg/gün (günlük maksimum doz 100 mg) dozunda 2-18 yaş grubunda, tenofovir disoproksil fumarat ile 245 mg/gün veya tenofovir alafenamid fumarat ile 25 mg/gün dozunda 12-18 yaş grubunda, entekavir ile 0,5 mg/gün dozunda 16-18 yaş grubunda başlanabilir.

b) Çocuk hastalar oral antiviral tedavi almakta iken;

1) Lamivudin tedavisi almakta iken 24 üncü haftada HBV DNA düzeyi 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan çocuk hastalarda yaş grubu göz önüne alınarak tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA düzeyi 50 IU/ml'nin (300 kopya/ml) altında ise ba-ka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

2) Oral antiviral tedavi almakta olan çocuk hastalarda negatif (-) olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA düzeyinin 10 kat yükselmesi ile yaş grubu göz önüne alınarak ba-ka bir oral antivirale geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir.

3) Tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir ile tedavi alan çocuk hastalarda birinci yılın sonunda halen HBV DNA düzeyinin pozitif olması durumunda yaş grubu göz önüne alınarak bu antiviraller arasında geçi yapılabilir veya tenofovir disoproksil fumarat ile entekavir veya tenofovir alafenamid fumarat ile entekavir birlikte kullanılabilir.

4) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde ko-ül aranmaksızın çocuğun yağı göz önüne alınarak ba-ka bir antivirale geçilebilir.

5) Oral antiviral de-imi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi gerekçesi mevcut raporda veya düzenlenecek yeni raporda belirtilir.

6) Adefovir tedavisinden ko-ül aranmaksızın çocuğun yağı göz önüne alınarak tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavire geçilebilir.

(6) Oral antiviral tedavinin sonlandırılması;

a) Her yenilenen raporda tek başına HBsAg pozitifliği veya HBsAg negatifliği ile birlikte Anti-HBs negatifliği raporda belirtilmelidir.

b) Oral antiviral tedavi, HBsAg negatif hastalarda Anti-HBs pozitifleştiikten sonra en fazla 12 ay daha sürdürülür.

**(Değişik: RG- 10/05/2018-30417/ 11 md. Yürürlük: 18/05/2018)**

~~(7) (Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/22-b md. Yürürlük:01/04/2018) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, ba-lama kriterlerinin hastanın tedavisine ba-landı-ı tarihteki mevzuata uygun oldu-ğu yeni raporda belirtilir. Kronik hepatit B tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye ba-lama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir.~~

**(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 16 md. Yürürlük: 08/01/2019)**

~~(7) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, ba lama kriterlerinin hastanın tedavisine ba landı ı tarihteki mevzuata uygun oldu u yeni raporda belirtilir.~~

(7) Antiviral tedavi almakta olan HBsAg pozitifli i devam eden hastalarda; klinik, laboratuvar, görüntüleme ve gerekmesi halinde karaci er biyopsisi verilerinin de erlendirilmesi sonucunda verilecek karara göre tedaviye devam edilir. Tedaviye ara verilmesi durumunda bu fıkra hükümleri uygulanır.

**(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 22-c md. Yürürlük: 01/04/2018)**

(8) Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-c md. Yürürlük: 18/06/2016)**

**(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 4-b md. Yürürlük: 04/10/2013)**

#### **4.2.13.B – Hepatit B'ye ba ğlı karaci ğer sirozunda tedavi Karaci ğer sirozunda tedavi**

(1) Karaci er sirozunda HBV DNA (+) veya HCV RNA (+) olan hastalarda tedaviye ba lanılabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatit B tedavisinde, HCV RNA (+) olanlar için kronik hepatit C tedavisinde oldu u gibidir.

##### **4.2.13.1.1 – Hepatit B'ye ba ğlı karaci ğer sirozunda tedavi**

(1) Karaci er sirozunda HBV DNA (+) olan hastalarda tedaviye ba lanılabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatit B tedavisinde oldu u gibidir.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-ç md. Yürürlük: 18/06/2016)**

~~4.2.13.C – İmmünespresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi~~

##### **4.2.13.1.2 - İmmünespresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi**

(1) mmünespresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan HBsAg (+) hastalarda, ALT yüksekli i, HBV DNA pozitifli i ve karaci er biyopsisi ko ulu aranmaksızın uygulanmakta olan di er tedavisi süresince ve bu tedavisinden sonraki en fazla 12 ay boyunca **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 26-b md. Yürürlük: 07/08/2014)** lamivudin günde 100 mg lamivudin veya 600 mg telbivudin veya 245 mg tenofovir **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 17 md. Yürürlük: 08/01/2019)** disoproksil fumarat veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat veya 0,5 mg entekavir kullanılabilir. mmünespresif, sitotoksik kemoterapi ve monoklonal antikor tedavisine ili kin ilaç raporunun tarih ve sayısı reçetede belirtilir.

(2) mmünespresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan kronik hepatit B hastalarında ise tedavi süreleri ve ilaç seçimi kronik hepatit tedavi prensiplerinde belirlendi i ekildedir.

(3) HBsAg negatif oldu u durumlarda HBV DNA pozitifli i ve/veya Anti Hbc pozitifli i durumlarında immünespresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalara ALT yüksekli i ve karaci er biyopsisi ko ulu aranmaksızın lamivudin **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 26-c md. Yürürlük: 07/08/2014)** veya telbivudin veya tenofovir **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 17 md. Yürürlük: 08/01/2019)** disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir kullanılabilir. Söz konusu tedavilerin bitiminden sonraki en fazla 12 ay boyunca da **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 26-c md. Yürürlük: 07/08/2014)** lamivudin antiviral tedavi kullanılabilir.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-d md. Yürürlük: 18/06/2016)**

~~4.2.13.Ç – HBV'ye ba ğlı karaci ğer hastal ğından dolayı karaci ğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-Hbc(+)~~ kişiden karaci ğer alan hastalarda tedavi

##### **4.2.13.1.3 - HBV'ye ba ğlı karaci ğer hastal ğından dolayı karaci ğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-Hbc(+)** kişiden karaci ğer alan hastalarda tedavi

(1) HBV'ye ba lı karaci er hastal ından dolayı karaci er transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-Hbc(+) ki iden karaci er alan hastalara; biyopsi, viral seroloji, ALT seviyesi yada HBV DNA bakılmaksızın oral antiviral tedavi verilebilir.

**(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 14 md. Yürürlük: 18/06/2016)**

**(Değişik:RG- 10/05/2018-30417/ 12 md. Yürürlük:18/05/2018)**

##### **4.2.13.1.4 Biyopsisi ile ilgili genel prensipler Karaci ğer biyopsisi ile ilgili genel prensipler**

(1) Karaci er biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmi tir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda [PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm<sup>3</sup> veya kanama e ilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezli i/böbrek nakli veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlı ı veya karaci er sirozu veya karaci er nakli veya gebeler veya biyopsiye engel te kil edecek ekilde ciddi yeti yitimine neden olan psikotik bozuklu u ve zeka gerili i olan hastalarda (biyopsi uyumunun olmadı ının psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla)] karaci er biyopsisi ko ulu aranmaz. Biyopsi ko ulu aranmayan durumlar sa lık raporunda açık olarak belirtilir.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-e md. Yürürlük: 18/06/2016)**

##### ~~4.2.13.D – Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi~~

##### **4.2.13.2 - Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi**

(1) Delta ajanlı Kronik Hepatit B tanısı konmu anti HDV(+) hastalarda interferon veya pegile interferonlar, kronik hepatit B'deki kullanım süre ve dozunda kullanılabilir. Bu hastalardan Kronik Hepatit B tedavi ko ullarını ta ryanlarda tedaviye oral antiviral ilaçlardan biri eklenebilir. (Anti HDV(+) ve HBV DNA sonucu reçete veya raporda belirtilir.) **(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 15 md. Yürürlük: 18/06/2016)** Biyopsisi ile ilgili hepatit B'deki belirtilen genel prensipler esas alınır.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-f md. Yürürlük: 18/06/2016)**

##### ~~4.2.13.E – Hepatit C tedavisi~~

##### **4.2.13.3 - Hepatit C tedavisi**

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-g md. Yürürlük: 18/06/2016)**

**4.2.13.E 1 – Akut Hepatit C tedavisi**

(1) Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, Kronik C hepatitinde kullanıldı ı dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut C hepatiti tedavisi için karaci er biyopsisi ve 12 nei haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma ko ulu aranmaz.

**4.2.13.3.1 - Akut Hepatit C tedavisi**

(1) Akut hepatit C tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sa lı ı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(2) **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 21md. Yürürlük: 18/06/2016)** Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, Kronik C hepatitinde kullanıldı ı dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut C hepatiti tedavisi için karaci er biyopsisi ve 12 nei haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma ko ulu aranmaz. Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, onaylanmış Kısa Ürün Bilgisinde Kronik C hepatitinde tanımlanan dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut hepatit C tedavisi için karaci er biyopsisi ve 12 nei haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma ko ulu aranmaz.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-ğ md. Yürürlük: 18/06/2016)**

**4.2.13.E 2 – Kronik Hepatit C tedavisi**

(1) HCV RNA sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye ba lanabilir.

(2) Kronik hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek ba ma interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek ba ma ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Tedavi süresi, genotip 1 ve 4 için 48 haftadır. Tedavi ba landıktan sonra 12 nei hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifli i devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. 16 nei haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28 inci haftada HCV RNA ( ) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalınan hastalarda belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınmamı sa ara verilme nedenleri gerekçeleri ile yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç bu fıkrada belirtilen haftalık dozlara tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre de erlendirilir.

(4) Eri kin genotip 2 ve 3 hastalarda ribavirin dozu en fazla 800 mg/gün olacak ekilde verilir. Bu hastalarda gerek interferonun gerekse ribavirinin tedavi süresi en fazla 24 haftadır. Genotip 2 ve 3 hastaların tedavisinde 12 hafta sonundaki HCV RNA azalması ko ulu aranmaz.

(5) 3-18 ya çocuklarda; ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1200 mg/gün dür. Pegile interferon daha önce interferon tedavisi almamı hastalarda uygulanabilir.

(6) **(Değişik:RG-26/09/2013-28777/4-e md. Yürürlük: 04/10/2013)** Kompense sirozu olan genotip I hastalarda (karaci er biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olanlar) peginterferon + ribavirin + telaprevir tedavisi ba lanabilir. Tedavi süresi 48 haftadır. Telaprevir 12 haftadan daha uzun süre kullanılmaz. Kronik hepatit C'ye ba lı karaci er kompense sirozu (karaci er biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olanlar) olan genotip I hastalarda;

a) Daha önce hepatit C tedavisi almı hastalarda tedavi 4.2.13.E 3 maddesi kurallarına tabidir.

b) Daha önce hepatit C tedavisi almamı hastalarda ise peginterferon + ribavirin tedavisi veya peginterferon + ribavirin + telaprevir/bocepravir tedavisi ba lanabilir. Peginterferon + ribavirin + telaprevir/bocepravir tedavisi ba lanacak ise a a rdaki tedavi emalarından yalnızca biri kullanılabilir.

1) Peginterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi 12 haftaya, devamında peginterferon + ribavirin ile tedavi toplam 48 haftaya tamamlanır. Aneak tedaviye ba landıktan sonra 4 üncü hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 8 haftayı, 12 nei hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifli i devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir.

2) Peginterferon + ribavirin + bocepravir (üçlü) tedavisine 4 hafta pegileinterferon + ribavirin ile ba lanır, dördüncü haftadan sonra tedaviye bocepravir eklenerek üçlü tedavi 48 haftaya tamamlanır. Aneak tedavinin 12 nei hafta sonunda HCV RNA 100 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifli i devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir.

**4.2.13.E 3 – Erişkin Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi**

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nei haftadan önce son verilmi olan kronik hepatit C hastaları tedavi almamı hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler.

(2) **(Değişik:RG-26/09/2013-28777/4-d md. Yürürlük: 04/10/2013)** nterferon veya pegileinterferon monoterapisi alan ve cevapsız olan hastalar da tedavi almamı hastalar ile aynı kurallara tabi olarak pegileinterferon + ribavirin tedavisi verilebilir. nterferon veya peginterferon monoterapisi alarak cevapsız olan hastalar da tedavi almamı hastalar ile aynı kurallara tabi olarak peginterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.

(3) nterferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisine cevap veren aneak nüks etmi (tedavi bitiminde HCV RNA ( ) olan aneak izleminde HCV RNA yeniden pozitifle -en) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere a a rdaki tedavi emalarından yalnızca biri kullanılabilir.



a) Yeniden interferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16 ncı haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12 ncı haftada bakılan HCV RNA ( ) ya da 2 log (100 kat) azalmı olmalıdır. Tedavi süresi 48 haftayı geçemez.

b) Pegileinterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi alabilirler. Bu hastalarda tedavinin 4 üncü haftasında HCV RNA bakılır.

1) Tedavinin 4 üncü haftasında bakılan HCV RNA ( ) ise üçlü tedavi 12 haftaya, devamında pegileinterferon + ribavirin ile tedavi toplam 24 haftaya tamamlanır.

2) Tedavinin 4 üncü haftasında bakılan HCV RNA (+) ise üçlü tedavi 12 haftaya, devamında pegileinterferon + ribavirin ile tedavi toplam 48 haftaya tamamlanır. Ancak tedaviye ba landıktan sonra 4 üncü hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 8 haftayı, 12 ncı hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifli i devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir.

(Ek:RG-26/09/2013-28777/4 e md. Yürürlük:04/10/2013)

e) Peginterferon + ribavirin + bocepravir (üçlü) tedavisi alabilirler. Tedavinin ilk 4 haftasında peginterferon + ribavirin kullanılır, 4. haftadan sonra tedaviye bocepravir eklenir. Bu hastalarda tedavinin 12 ncı haftasında HCV RNA bakılır.

1) Tedavinin 12 ncı haftası sonunda HCV RNA <100 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez.

2) (Değişik: RG-25/07/2014-29071 / 26 md. Yürürlük: 07/08/2014) Tedavinin 12 ncı haftası sonunda HCV RNA ( ) veya HCV RNA <100 IU/ml olan hastalarda tedavinin 24 üncü haftasında HCV RNA düzeyine tekrar bakılır. Tedavinin 24 üncü haftasında HCV RNA (+) olan hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. HCV RNA ( ) olan hastalarda ise tedavinin 36 ncı haftasına kadar üçlü tedavi, devamında peginterferon + ribavirin tedavisi ile toplam 48 haftaya tamamlanır. Tedavinin 12 ncı haftası sonunda HCV RNA ( ) veya HCV RNA <100 IU/ml olan hastalarda tedavinin 24 üncü haftasında HCV RNA düzeyine tekrar bakılır. Tedavinin 24 üncü haftasında HCV RNA (+) olan hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. HCV RNA ( ) olan kronik hepatit C'ye ba lı karaci er kompanse sirozlu hastalarda üçlü tedavi 48 haftaya tamamlanır, HCV RNA ( ) olan di er hastalarda ise tedavinin 36 ncı haftasına kadar üçlü tedavi, devamında pegile interferon + ribavirin tedavisi ile toplam 48 haftaya tamamlanır.

(4) nterferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin tedavisine cevap vermeyen 18 ya mın üzerindeki hastalarda yeniden pegileinterferon ve ribavirin tedavisi yapılamaz.

(Ek:RG-26/09/2013-28777/4 f md. Yürürlük:04/10/2013)

—(5) Üçlü tedavi hayat boyu yalnızca bir defa alınabilir.

#### 4.2.13.E.4 – 3 ila 18 Yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 ncı haftadan önce son verilmi olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamı hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar 12 hafta içinde 12 doz ilaç alamamı sa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç 12 haftalık doza tamamlanır.

#### 4.2.13.F – Viral hepatit tedavisinde genel prensipler

(1) Karaci er biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmi tir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm<sup>3</sup> veya kanama e ilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezli i veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlı ı veya karaci er sirozu veya gebeler) karaci er biyopsisi ko ulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sa lık raporunda açık olarak belirtilir.

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 22 md. Yürürlük: 18/06/2016)

#### 4.2.13.3-2 – Kronik Hepatit C tedavisi

##### 4.2.13.3.2 – Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler

(1) HCV RNA sı pozitif hastalarda genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuar tetkikinde genotip 1 subtipi belirlenemedi i olgular genotip 1a olarak kabul edilir) raporda belirtilir.

(2) Karaci er biyopsisi ile ilgili kurallar ISHAK skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmi tir.

(3) Kronik hepatit C tedavisi; ISHAK skoruna göre fibrozis (Değişik: RG-25/03/2017-30018/ 18 md. Yürürlük: 01/04/2017) 3 1 ve üzeri hastalarda tedaviye ba lanır.

(4) Kronik hepatit C'ye ba lı karaci er kompanse sirozu (Child A) olan hastalarda; karaci er biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye veya daha yüksek olması ko ulu aranır.

(5) Dekompanse sirotik (Child B ve C) hastalarda; asit sıvısının varlı ı veya hepatik ensefalopati veya özofagus varis kanaması olması ko ulları aranır.

(6) (Bu fıkraya ait yürürlük: 07/10/2016) Kronik hepatit C tedavisinde a a rda belirtilen tedavi emaları kullanılır. Ancak hastaların di er hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçlarla ilaç etkile iminin belirlenmesi halinde, belirtilen tedavi emaları dı nda kullanım Sa lık Bakanlı ından reçete bazında alınacak endikasyon dı ı onay ile mümkün olabilecektir. Bu ekildeki kullanımın gerekçesi hasta adına düzenlenecek sa lık raporunda belirtilecektir.

(7) Tedavide kullanılan ilaçlar, 3. basamak sa lık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve tedavi emasının belirtildi i uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir.

— (8) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda [PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm<sup>3</sup> veya kanama e ilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezli i/böbrek nakli veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlı ı veya karaci er sirozu veya karaci er nakli veya gebeler veya biyopsiye engel te kil edecek ekilde ciddi yeti yitimine neden olan psikotik bozuklu u ve zeka gerili i olan hastalarda (biyopsi uyumunun olmadı mın psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla)] ve HCV RNA'sı pozitif tedavi deneyimli hastalarda; karaci er biyopsisi ko ulu aranmaz. Biyopsi ko ulu aranmayan durumlar sa lık raporunda açık olarak belirtilir.

— (Değişik: RG-07/10/2016-29850/22 md. Yürürlük: 18/06/2016)

#### — 4.2.13.3.2.A Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

— (1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuar tetkikinde genotip 1 subtipi belirlenemedi i olgular genotip 1a olarak kabul edilir) raporda belirtilir.

— (2) Kronik hepatit C tedavisi; ISHAK skoruna göre fibrozis 3 ve üzeri hastalarda tedaviye ba lanır.

— (3) Kronik hepatit C'ye ba lı karaci er kompanse sirozu olan hastalarda; karaci er biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olması ko ulu aranır.

— (4) Dekompanse sirotik hastalarda; asit ve hepatik ensefalopati olması veya varis kanaması olması ko ulları aranır.

— (5) Kronik hepatit C tedavisinde a a ıda belirtilen tedavi emaları kullanılır. Tedavide kullanılan ilaçlar, 3. basamak sa lık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çoek sa lı ı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir.

#### — 4.2.13.3.2.A.1 Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi

— (1) Genotip 1 hastalarda tedavi;

— a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar (Child Pugh B ve C) için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.

— b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi;

— 1) Genotip 1b non sirotik ve kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi toplam 12 haftadır.

— 2) Genotip 1a non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.

— 3) Genotip 1a kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

— (2) Genotip 2 hastalarda tedavi; Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.

— (3) Genotip 3 hastalarda tedavi;

— a) Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

— b) Sofosbuvir +Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

— (4) Genotip 4 hastalarda tedavi;

— a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar (Child Pugh B ve C) için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.

— b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir ile tedavi;

— 1) Non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.

— 2) Kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

#### — 4.2.13.3.2.A.2 Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

— (1) Daha önce peginterferon+ribavirin tedavisi alan ve komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nei haftadan önce son verilmi olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamı hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedavi edilebilirler.

— (2) Yeniden tedavi, daha önce peginterferon+ribavirin veya peginterferon + ribavirin + bocepravir/telaprevir (üçlü tedavi) tedavi deneyimli HCV RNA'sı pozitif hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere a a ıdaki ekilde yapılır.

— (3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi;

— a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; nonsirotik, kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.

— b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi yalnızca daha önce peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.

— 1) Genotip 1b non sirotik ve kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi toplam 12 haftadır.

— 2) Genotip 1a non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır

— 3) Genotip 1a kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

— (4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi; Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik veya kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.

— (5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi;

a) Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

b) Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

— (6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi ;

(1) Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi; nonsirotik, kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.

(2) Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir ile tedavi yalnızca daha önce peginterferon + ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.

a) Non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.

b) Kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

#### **4.2.13.3.2.B- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi**

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Tedavi süresi, genotip 1 ve 4 için toplam 48 haftadır. Tedavi başlandıktan sonra 12. nei hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24. üneü haftada HCV RNA pozitifli i devam eden hastalarda tedavi en geç 28. inci hafta sonunda kesilir. 16. neı haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28. inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalınan hastalarda belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınmamı sa ara verilme nedenleri gerekçeleri ile yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç bu fıkrada belirtilen haftalık dozlara tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.

(4) 3-18 yaş çocuklarda; ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1200 mg/gün dür. Pegile interferon daha önce interferon tedavisi almamı hastalarda uygulanabilir.

#### **4.2.13.3.2.B.1 – 3 ila 18 yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi**

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12. nei haftadan önce son verilmi olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamı hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar 12 hafta içinde 12 doz ilaç alamamı sa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç 12 haftalık doza tamamlanır.

#### **4.2.13.3.2.C- Karaciğer nakli olan hastalarda tedavi**

(1) Karaciğer nakli olan HCV RNA pozitif olan hastalarda;

a) Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte veya ribavirinsiz toplam 12 haftadır. Kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalarda tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.

b) Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir + Dasabuvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır.

#### **4.2.13.3.2.A- Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi**

##### **4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamı hastalarda tedavi**

(1) Genotip 1 hastalarda tedavi;

a) Nonsirotik hastalarda tedavi;

1- Genotip 1b: (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

2- Genotip 1a : (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

b) Sirotik hastalarda tedavi;

(Değişiklik: RG- 25/03/2017- 30018/ 19 md. Yürürlük: 01/04/2017)

1- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child B veya C) : (Sofosbuvir + Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

2- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child B veya C) : Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

1- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child A, B veya C) : (Sofosbuvir + Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

2- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child A, B veya C) : Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

3- Genotip 1b (Child A) : (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

4- Genotip 1a (Child A) : (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir + (Ribavirin) ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.

(2) Genotip 2 hastalarda tedavi;

a) Nonsirotik ve Sirotik (Child A) hastalarda: Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(3) Genotip 3 hastalarda tedavi;

a) Nonsirotik ve Sirotik (Child A) hastalarda: Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

— b) Sirotik (Child A) hastalarda: Sofosbuvir + Ledipasvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

— (4) Genotip 4 hastalarda tedavi:

— a) Nonsirotik hastalarda: (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

— b) Sirotik (Child A) hastalarda:

— 1 (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

— c) Sirotik (Child B ve C) hastalarda:

— 1 Sofosbuvir + Ledipasvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

— 2 Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

#### — 4.2.13.3.2.A.2 Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

— (1) Daha önce peginterferon veya peginterferon + ribavirin tedavisi alan ve komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nei haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedavi edilebilirler.

— (2) Yeniden tedavi, daha önce peginterferon veya peginterferon + ribavirin veya peginterferon + ribavirin + bocepravir/telaprevir (üçlü tedavi) tedavi deneyimli HCV RNA'sı pozitif hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere a-a'daki şekilde yapılır, hastanın daha önce aldığı tedavi hakkında raporunda belirtilir.

— (3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi:

— a) Nonsirotik hastalarda:

— 1 Genotip 1a veya b: Sofosbuvir + Ledipasvir + Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

— 2 Genotip 1a veya b: Sofosbuvir + Ledipasvir ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.

— 3 Genotip 1b: (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon + ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

— 4 Genotip 1a: (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon + ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

— b) Sirotik hastalarda:

— 1 Genotip 1a veya b (Child A, B ve C) : Sofosbuvir + Ledipasvir + Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

— 2 Genotip 1a veya b (Child A, B ve C) : Sofosbuvir + Ledipasvir ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.

— 3 Genotip 1b (Child A) : (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon + ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

— 4 Genotip 1a (Child A) : (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon + ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

— (4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi:

— a) Nonsirotik hastalarda: Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

— b) Sirotik hastalarda (Child A) : Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

— (5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi:

— a) Nonsirotik hastalarda: Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

— b) Sirotik hastalarda (Child A) :

— 1 Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

— 2 Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

— (6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi:

— a) Nonsirotik hastalarda:

— 1 (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon + ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

— 2 Sofosbuvir + Ledipasvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

— 3 Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

— b) Sirotik hastalarda (Child A) :

— 1 (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon + ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

— 2 (Sofosbuvir + Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta

— 3 Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 hafta

— c) Sirotik hastalarda tedavi (Child B veya Child C):

— 1 Sofosbuvir + Ledipasvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta

— 2 Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 hafta

#### — 4.2.13.3.2.B Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Tedavi süresi, genotip 1 ve 4 için toplam 48 haftadır. Tedavi başladıktan sonra 12. nei hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24. üncü haftada HCV RNA pozitifli i devam eden hastalarda tedavi en geç 28. inci hafta sonunda kesilir. 16. ncı haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28. inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalınan hastalarda belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınmamı sa ara verilme nedenleri gerekçeleri ile yeni raporda belirtmek kaydıyla ilaç bu fıkrada belirtilen haftalık dozlara tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre de erlendirilir.

(4) 3-18 ya çocuklarda; ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1200 mg/gün dür. Pegile interferon daha önce interferon tedavisi almamı hastalarda uygulanabilir.

#### **4.2.13.3.2.B.1 – 3 ila 18 yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi**

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12. nei haftadan önce son verilmi olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamı hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar 12 hafta içinde 12 doz ilaç alamamı sa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtmek kaydıyla ilaç 12 haftalık doza tamamlanır.

#### **4.2.13.3.2.C – Karaciğer nakli olan hastalarda tedavi**

(1) Karaci er nakli olan HCV RNA pozitif olan hastalarda;

a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte veya ribavirinsiz toplam 12 haftadır. Kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalarda tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.

b) (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir +Ribavirin ile tedavi; genotip 1 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır.

e) (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi; genotip 4 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır.

(Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 22 md. Yürürlük: 18/06/2016)

#### **4.2.13.3.2.Ç – Viral hepatit tedavisinde genel prensipler**

(1) Karaci er biyopsisi ile ilgili kurallar ISHAK skorlamasına göre (pediyatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmi tir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm<sup>3</sup> veya kanama e ilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezli i veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlı ı veya karaci er sirozu veya gebeler veya biyopsiye engel te kil edecek ekilde ciddi yeti yitimine neden olan psikotik bozuklu u ve zeka gerili i olan hastalarda, biyopsi uyumunun olmadı mın psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla) ve HCV RNA'sı pozitif tedavi deneyimli hastalarda karaci er biyopsisi ko ulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sa lık raporunda açık olarak belirtilir.

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 18 md. Yürürlük: 08/01/2019)

#### **4.2.13.3.2- Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler**

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda Genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuar tetkikinde Genotip 1 subtipi belirlenemeyen olgular Genotip 1a olarak kabul edilir) sa lık raporunda belirtilir.

(2) Kronik Hepatit C'ye ba lı Child-Pugh A karaci er sirozu olan hastalarda; trombosit sayısının 100.000/mm<sup>3</sup> ün altında veya protrombin zamanının 3 saniye ve/veya üzerinde olması ko ulu aranır.

(3) Kronik Hepatit C'ye ba lı Child-Pugh B veya Child-Pugh C karaci er sirozu olan hastalarda; asit sıvısının varlı ı veya hepatik ensefalopati veya özefagus varis kanaması olması ko ulları aranır.

(4) Kronik Hepatit C tedavisinde a a da belirtilen tedavi emaları kullanılır. Ancak hastaların di er hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçlarla ilaç etkile iminin belirlenmesi halinde, belirtilen tedavi emaları dı nda kullanım Sa lık Bakanlı ndan reçete bazında alınacak endikasyon dı ı ilaç kullanım onayı ile mümkün olabilecektir. Bu ekildeki kullanımın gerekçesi hasta adına düzenlenecek sa lık raporunda belirtilecektir.

(5) Tedavide kullanılan ilaçlar, üçüncü basamak sa lık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, ekinde Child-Pugh sınıflamasını kanıtlayıcı bilgi/belgelerin yer aldı ı ve tedavi emasının belirtildi i uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ile çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir.

#### **4.2.13.3.2.A- Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi**

##### **4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamı hastalarda tedavi**

(1) Genotip 1 hastalarda tedavi;

a) Nonsirotik hastalarda;

1- Genotip 1a: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 21-a md. Yürürlük: 02/09/2019) haftadır. hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

2- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 21-a md. Yürürlük: 02/09/2019) haftadır. hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotik hastalarda;

1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 24 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 21-b md. Yürürlük: 02/09/2019) ~~haftadır.~~ hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 21-b md. Yürürlük: 02/09/2019) ~~haftadır.~~ hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

3- Genotip 1a veya Genotip 1b (Child-Pugh B veya Child-Pugh C): (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(2) Genotip 2 hastalarda tedavi;

a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(3) Genotip 3 hastalarda tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 21-c md. Yürürlük: 02/09/2019)

(4) Genotip 4 hastalarda tedavi;

~~— a) Nonsirotik hastalarda ve Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.~~

~~— b) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.~~

(4) Genotip 4 hastalarda tedavi;

a) Nonsirotik hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(5) Genotip 5 hastalarda tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(6) Genotip 6 hastalarda tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

#### 4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin tedavisi alan ve komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nci haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedavi edilebilirler.

(2) Yeniden tedavi, daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin+Bocepravir/Telaprevir tedavi deneyimli HCV RNA'sı pozitif hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere a) idaki şekilde yapılır ve hastanın daha önce aldığı tedavi süreli raporunda belirtilir.

(3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda;

1- Genotip 1a : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 22-a md. Yürürlük: 02/09/2019) ~~haftadır.~~ hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

2- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 22-a md. Yürürlük: 02/09/2019) ~~haftadır.~~ hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

b) Sirotik hastalarda;

1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 22-b md. Yürürlük: 02/09/2019) ~~haftadır.~~ hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 22-b md. Yürürlük: 02/09/2019) ~~haftadır.~~ hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

3- Genotip 1a veya Genotip 1b (Child-Pugh B veya Child-Pugh C): (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

(4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

(5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Herhangi bir tedavi deneyimi olan hastalarda kullanılır.)

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Herhangi bir tedavi deneyimi olan hastalarda kullanılır.)

(6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 (**Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 22-c md. Yürürlük: 02/09/2019**) haftadır. hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 (**Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 22-ç md. Yürürlük: 02/09/2019**) haftadır. hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(7) Genotip 5 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(8) Genotip 6 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

#### **4.2.13.3.2.B- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi**

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda Genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik Hepatit C tedavisinde interferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya Peginterferon kullanılabilir. Tek başına Ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Genotip 1 ve Genotip 4 için tedavi süresi toplam 48 haftadır. Tedavi başlandıktan sonra 12 nci hafta sonunda HCV RNA düzeyleri 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. 16 ncı haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28 inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalan hastalarda, belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınmaması, ara verilme nedenleri gerekçeleri ile yeni raporda belirtilmek kaydıyla tedavi bu fıkrada belirtilen haftalık dozlara tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.

(4) 3-18 yaş çocuklarda; Ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1.200 mg/gündür. Peginterferon daha önce interferon tedavisi almamış hastalarda uygulanabilir.

#### **4.2.13.3.2.B.1- 3 ilâ 18 yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi**

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nci haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalan hastalar, 12 hafta içinde 12 doz ilacı alamamışsa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla tedavi 12 haftalık doza tamamlanır.

#### **4.2.13.3.2.C- Organ nakli olmuş hastalarda tedavi**

(1) Organ nakli olmuş HCV RNA'sı pozitif olan hastalarda;

a) (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta veya

b) (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 hafta veya

c) (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(2) Düzenlenecek uzman hekim raporlarında hangi organ naklinin yapıldığı belirtilmelidir.

#### 4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

(1) Ayakta kemoterapi yapılacak kanserli hastalara tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu/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.

(2) 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. (SUT'ta bu ilaçlar için ayrıca bulunan düzenlemeler saklıdır.)

(3) Kanser tedavisinde endikasyon dı ı ilaç kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil di er tedavileri de gösteren tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden birinin bulundu u sa lık kurulu raporu aranır. (SUT'un 4.2.14.A maddesinde belirtilen etken maddeler hariç) **(EK:RG- 18/02/2017- 29983/8md.Yürürlük: 01/03/2017) Histopatolojiyle kanıtlanmış mikozis fungoides tedavisinde endikasyon dı ı "interferon-alfa-2b"nin kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil di er tedavileri de gösteren; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden birinin bulundu u veya 3 dermatoloji uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporu aranır.**

#### 4.2.14.A - Tedavi protokolünü gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılabilir ilaçlar

(1) Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksiüre, karboplatin, **(Mülga: RG- 26/11/2016- 29900/ 16-a md. Yürürlük: 29/11/2016) karmustin**, klorambusil, lomustin, methotrexat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, tamoksifen, vinblastin, vinkristin.

#### 4.2.14.B - Tedavi protokolünü gösterir sa ğlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlar

(1) Amifostin, anastrozol, bikalutamid, buserelin, dosetaksel, eksemestan, filgrastim, flutamid, gemsitabin, goserelin, ibandronik asit, interferon alfa 2a-2b, irinotekan, kapesitabin, klodronat, lenograstim, letrozol, löprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, oksaliplatin, paklitaksel, pamidronat, siproteron asetat, tegafur-urasil, topotekan, triptorelin asetat, vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları, kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile ba lanması artıyla kullanılır) zolendronik asit **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/19 md. Yürürlük: 08/01/2019), pegfilgrastim, lipegfilgrastim.**

#### 4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(1) **(Mülga: RG-21/03/2018- 30367/ 23-a md. Yürürlük: 01/04/2018) Bevacizumab**, fotemustin, **(Mülga:RG- 10/05/2018- 30417/ 13-a md. Yürürlük:18/05/2018) gefinitib**, interleukin-2, octreotid, lanreotid, **(Mülga: RG- 30/08/2014- 29104/ 14-a md. Yürürlük: 06/09/2014) setuksimab**, streptozosin; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sa lık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

(2) **(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 5-a md. Yürürlük: 04/10/2013) Tioguanin**, tiotepa, bortezomib, talidomid, kladribin, anagrelid, idarubisin, pentostatin, lipozomal doksorubisin, fludarabin, tretinoin; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya bu sa lık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir. **Tioguanin, tiotepa, bortezomib, talidomid, kladribin, anagrelid, idarubisin, pentostatin, lipozomal doksorubisin, fludarabin, tretinoin, klofarabine, bendamustin; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya bu sa lık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.**

(3) Bu fıkıradaki belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamı ise en fazla bir yıl süreli sa lık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve te hise esas te kil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya te hise esas te kil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

#### **(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-a md. Yürürlük: 28/02/2015)**

a) **Trastuzumab**; HER-2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda;

1) Metastatik meme kanseri tedavisinde, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon geli mesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sa lık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarındaki uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Tedavinin 52 haftaya tamamlanması dü ünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra "Trastuzumab Kullanımı için Bilgilendirilmi Hasta Olur Formu"nun tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek bir örne inin Sa lık Bakanlı na gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlendi inin belirtilmesi gerekmektedir. En az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulundu u ve ekokardiyografi de erlendirmesinin de yer aldı ı 3 ay süreli sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez.

a) **Trastuzumab**; 1) HER-2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda, metastatik meme kanseri endikasyonunda, bu durumun belirtildi i tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon geli mesi halinde tedavi sonlandırılır.

2) HER-2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda, erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Tedavinin 52 haftaya tamamlanması dü ünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra "Trastuzumab Kullanımı için Bilgilendirilmi Hasta Olur Formu"nun tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek bir örne inin Sa lık Bakanlı na gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlendi inin belirtilmesi gerekmektedir. En az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulundu u ve ekokardiyografi de erlendirmesinin de yer aldı ı 3 ay süreli sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez.

3) Metastatik mide veya özofagogastrik bile ke yerleimli adenokanserli hastalardan daha önce kemoterapi uygulanmamı olup, Her-2 neu pozitifli i, hem immünohistokimyasal yöntemle +2/+3 hem de FISH/CISH/SISH ile pozitif olarak saptananlarda; platin ve kapesitabin ya da platin ve 5-Fluorourasil içeren kemoterapi rejimleri ile kombine olarak



kullanılabilir. Progresyon geli mesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

**b) Alemtuzumab;**

1) Kemik ili i 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) hastalarda; bu durumların belirtildi i hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

2) Sekiz haftalık tedaviyle cevap alınması durumunda, bu durumun sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla tedavi on iki haftaya kadar uzatılabilir. Cevap alınmaması durumunda ise tedavi sekiz haftayla sınırlandırılır.

**(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 16-a md. Yürürlük: 15/02/2018)**

~~e) BCG canlı intravezikal; tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerince reçete edilir.~~

**c) BCG canlı intravezikal; Tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 1. tedavi protokolü ve te hise esas te kil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporu ile hastalı ın evresi veya risk grubunu gösteren en fazla bir yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak üroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.**

**c) Fulvestrant;**

1) Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı 1 tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

2) **(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-b md. Yürürlük: 28/02/2015)** ~~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.~~ **Do al veya yapay postmenapozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmı hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden [tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozole, exemastane, letrozole)] sonra ilerlemeye devam etmi hastalarda, raporda bunların belirtilmesi ko uluyla reçete edilebilir.**

**d) İmatinib;** Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 1 en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporu ile bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

**e) İmiquimod;** Yüzeysel bazal hücreli karsinom tedavisinde, tıbbi onkoloji veya cilt hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. (Yalnızca bu madde kapsamında ödenir.)

**f) Rituksimab; (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 12-a md. Yürürlük: 11/05/2013)**

~~1) Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulundu u hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı 1, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadı ı üçüncü basamak sa lık kurumlarında ise hastalıkla ilgili bran lardaki uzman hekimlerce düzenlenmi , sa lık kurulu raporuna istinaden; yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildi inde bedeli ödenir.~~

~~2) Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma te hisi konmu hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemi evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi emasına ek olarak kullanılabilir.~~

~~3) Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanılabilir.~~

~~4) Foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada; rituksimab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık geli en (daha önce aynı tedaviye yanıt vermi oldu u için kombinasyon kemoterapisi olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. ndüksiyon tedavisine yanıt vermi (en fazla 8 kür kullanılmış ) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.~~

~~5) CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar geri ödenir.~~

~~1) Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulundu u hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı 1, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadı ı üçüncü basamak sa lık kurumlarında ise hastalıkla ilgili bran lardaki uzman hekimlerce düzenlenmi , sa lık kurulu raporuna istinaden; yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildi inde bedeli ödenir.~~

~~2) Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma te hisi konmu hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemi evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi emasına ek olarak kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfoma, foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanılabilir.~~

~~3) Foliküler lenfomada; rituksimab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık geli en (daha önce aynı tedaviye yanıt vermi oldu u için kombinasyon kemoterapisi olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. ndüksiyon tedavisine yanıt vermi (en fazla 8 kür kullanılmış ) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.~~

**4) Kronik Lenfositik Lösemi (KLL);**

**a. Performans durumu iyi olan (ECOG 0-1), 17 p delesyonu bulunmayan KLL hastalarının birinci basamak tedavisinde fludarabin ve siklofosfamid ile kombine olarak kullanılabilir.**

**b. Relaps/Refrakter (Nükseden/Dirençli)tedavide; daha önce fludarabin ve alkileyici ajanlarla tedavi sonrası progresyon geli mi , 65 ya ve altı, ECOG performansı statüsü 0-1 olan, 17p delesyonu bulunmayan KLL hastalarında fludarabin ve siklofosfamid ile kombine olarak 4 kür rituksimab kullanılması uygundur. İlk kürde en çok 375 mg/m<sup>2</sup> , di er kürlerde 500 mg/m<sup>2</sup> kullanılabilir; 4 kür sonunda en az kısmi yanıt alınması halinde, 2 kür daha verilerek tedavi en çok 6 küre tamamlanabilir.**

**(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-a md. Yürürlük: 08/01/2019)**

- 5) Rituksimab 1400 mg subkütan formu Non-Hodgkin Lenfomada;
- a. Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif folliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma tanımlı hastaların tedavisinde,
- b. Daha önce tedavi edilmemiş evre III-IV folliküler lenfomalı hastalarda kemoterapi ile kombinasyon halinde,
- c. İndüksiyon tedavisine yanıt veren folliküler lenfomalı hastalarda idame tedavisi olarak (en fazla 2 yıl süreyle ve en fazla 8 kür olarak),
- ç. CD20 pozitif, diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP (siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin, prednizolon) kemoterapi esasına ek olarak kullanılabilir.
- d. Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı aylık kurulu raporuna istinaden yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

g) **Temozolomid**; Radyoterapi ile birlikte ve/veya tek başına kullanımında tıbbi onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösteren aylık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya aylık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak aylık kurumlarındaki tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

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

h) **Azasitidin ve decitabin**;

**(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 14-b md. Yürürlük: 06/09/2014)**

1) ~~Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;~~

a. ~~Kemik iliği blast oranının %5'in üzerinde artmış olduğu belirtilmiş ise, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli aylık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.~~

b. ~~Azasitidin veya Decitabini 4 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5'in üstünde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 3 ay daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.~~

c. ~~Decitabin, yukarıdaki koşullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede (20 mg/m<sup>2</sup>/gün) toplam 100 mg/m<sup>2</sup>-yi geçmeyecek şekilde kullanılır.~~

ç. ~~Bu ilaçlar birlikte kullanılamaz.~~

2) ~~Azasitidin; kronik miyelomonositer lösemi (KMML) ve akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde;~~

a. ~~çinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli aylık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.~~

b. ~~Söz konusu tedavilerde en fazla 4 kür kullanılabilir.~~

**1) Azasitidin**;

a) ~~Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;~~

1) ~~Kemik iliği blast oranının %5'in üzerinde artmış olduğu belirtilmiş ise, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süre ile geçerli aylık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.~~

2) **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 23-a md. Yürürlük: 15/10/2016)** ~~Azasitidini 6 siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha fazla azalma olmayan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 2 siklus daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir. Azasitidini 6 siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha fazla azalma olmayan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan hastalarda bu durumu belirten 3'er ay süreli rapor düzenlenerek progresyona kadar tedaviye devam edilebilir.~~

b) ~~Azasitidin; kronik miyelomonositer lösemi (KMML) ve akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde;~~

1) ~~çinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süre ile geçerli aylık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.~~

2) ~~Söz konusu tedavilerde en fazla 6 siklus kullanılabilir.~~

**(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-a md. Yürürlük: 13/08/2015)**

c) ~~Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz.~~

**2) Decitabin**;

a) ~~Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;~~

1) ~~Kemik iliği blast oranının %5'in üzerinde artmış olduğu belirtilmiş ise, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli aylık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.~~

2) ~~Decitabini 4 (Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 14-a md. Yürürlük: 25/06/2016) ay siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre %50 ve daha~~

fazla azalan (ancak Blast oranı %5'in üstünde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 3 (Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 14-a md. Yürürlük: 25/06/2016) ay siklus daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda ba lama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.

3) Decitabin, yukarıdaki ko ullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede (20 mg/m<sup>2</sup>/gün) toplam 100 mg/m<sup>2</sup>'yi geçmeyecek ekilde kullanılır.

b) (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-b md. Yürürlük: 13/08/2015) ~~Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılmaz.~~ Decitabin, kemik ili inde blast oranı %30'dan fazla olan, orta/kötü sitogenetik riski bulunan ve standart indük siyon kemoterapisi için aday olmayan 70 ya ve üstü yeni tanı konmuş akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde;

1) çinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süre ile geçerli sa lık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

2) Söz konusu te histe en fazla 6 siklus kullanılabilir.

(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-b md. Yürürlük: 13/08/2015)

c) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılmaz.

1) Dasatinib (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 23-a md. Yürürlük: 12/09/2019), bosutinib ve nilotinib;

(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 5-b md. Yürürlük: 04/10/2013)

(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-c md. Yürürlük: 28/02/2015)

Sa lık Bakanlığıınca onaylanan prospektüslerinde yer alan endikasyonlarda kullanılmak üzere, söz konusu ilaçların prospektüsünde yazılan ba lama kriterleri dikkate alınarak, çinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sa lık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. (dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.)

1) Dasatinib; prospektüsünde yazılan ba lama kriterleri dikkate alınarak, çinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sa lık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

2) Nilotinib yalnızca; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolerans, Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanımlı yeti kin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan ba lama kriterleri dikkate alınarak, çinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sa lık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

3) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.

a) Kronik miyeloid lösemi tanımlı yeti kin hastaların tedavisinde;

1) Dasatinib; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolerans (a a ıdaki 4. ve 5. maddede belirtilen ko ullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik, hızlanmış veya blastik evre kronik miyeloid lösemi tanımlı yeti kin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan ba lama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildi i en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

2) Nilotinib yalnızca; (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-c md. Yürürlük: 13/08/2015) ~~dasatinibe dirençli imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolerans~~ (a a ıdaki 4. ve 5. maddede belirtilen ko ullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanımlı yeti kin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan ba lama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildi i en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

3) (Mülga: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-c md. Yürürlük: 13/08/2015) ~~imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolerans olan hastalardan; plevral effüzyon veya pulmoner hipertansiyon veya KOAH hastalarında, imatinib sonrası dasatinib kullanılmadan nilotinibe geçilebilir.~~

4) Direnç geli mesi durumu;

1- 3. ayda tam hematolojik yanıt olmaması veya Philadelphia kromozomu %95 üzerinde pozitif olması,

2- 6. ayda uluslararası skala ile (IS) BCR-ABL >%10 olması veya Philadelphia kromozomu % 35 üzerinde pozitif

olması,

3- 12. ayda uluslararası skala ile (IS) BCR-ABL >% 1 olması veya Philadelphia kromozomu pozitif olması,

4- Tedavi sırasında herhangi bir zamanda a a ıdaki durumlardan herhangi birinin olması;

a) Tam hematolojik yanıt kaybı

b) Tam sitogenetik yanıt kaybı

c) En az 2 ölçümle konfirme edilmiş majör moleküler yanıt kaybı (uluslararası skala ile %1'in üzerinde olması)

ç) Mutasyon

d) Philadelphia kromozomu pozitifliği ile birlikte klonal karyotipik anormallik

5) intolerans geli mesi durumu;

Yan etkinin ne olduğu ve derecesinin nasıl saptandığı raporda belirtilmek ko ulu ile grade (derece) 3-4 yan etki olması.

6) Dasatinib (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 23-b md. Yürürlük: 12/09/2019), bosutinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 23-c md. Yürürlük: 12/09/2019)

7) Bosutinib; daha önce en az iki basamak tirozin kinaz inhibitörü (imatinib, dasatinib veya nilotinib) tedavisi alıp, direnç veya intolerans geli mi olan kronik faz (KF), akselere faz (AF) veya blastik faz (BF) Philadelphia kromozomu pozitif (PH+) kronik miyeloid lösemisi olan yeti kin hastaların tedavisinde veya komorbiditeleri nedeniyle nilotinib ya da dasatinib kullanılmayacak hastalarda ikinci basamak tedavide; bu durumların belirtildi i en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Direnç veya intolerans geli mesi durumu yukarıda yer alan esaslara göre uygulanır.

b) ALL (akut lenfoblastik lösemili) yeti kin hastaların tedavisinde;

1) Dasatinib; Relaps/refrakter Philadelphia kromozomu pozitif (Ph+) ALL (akut lenfoblastik lösemili) yeti kin hastaların tedavisinde çoklu ajanlı kemoterapi emaları ile birlikte içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sa lık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

2) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılamayacaktır.

i) **Sunitinib;**

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

2) Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardı ık ya da kombine olarak kullanılamaz.

3) Metastatik ya da lokal ileri evrede olan ve cerrahi tedavinin mümkün olmadığı, iyi differansiye, Ki-67 indeksi 5 ve altında olan, RECIST kriterlerine göre hastalık progresyonunun bulunduğu, daha önce somatostatin ve bir sıra kemoterapi uygulanmış olan pankreatik nöroendokrin tümörlerin tedavisinde, Ki-67 indeksini içeren patoloji rapor bilgilerinin bulunduğu, tedavi protokolünü de gösterir en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir.

**4) (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 12-b md. Yürürlük: 11/05/2013) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardı ık ya da kombine olarak kullanılamaz.**

j) **Lapatinib;** Daha önce antrasiklin, taksan ve trastuzumab ile tedavi görmüş ve halen progresyon gösteren, c-erb B2 immünohistokimya testi sonucu 3 (+) veya FISH (+) olan metastatik meme kanserli hastalarının tedavisinde kapesitabin ile kombine olarak kullanılır. Lapatinib + kapesitabin progresyona kadar geçen sürede, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde ödenir. Lapatinib + kapesitabin kullanılıyor iken progresyon gelişen hastalarda tedavinin sonraki basamaklarında lapatinib ödenmez. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporu ile bu uzman hekimlerce veya bu sa lık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarındaki tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

k) **Temsirolimus;** Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, a a daki 6 kriterden en az üç tanesinin bulunduğu kötü prognoz grubu kabul edilen hastalarda; bu durumu belirtir en az iki tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı tedavi protokolünü gösterir en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardı ık ya da kombine olarak kullanılamaz.

1) Laktat dehidrogenaz düzeyinin normalin üst sınırından 1,5 kat veya daha fazla artmış olması,

2) Hemoglobinin normal de erinin alt sınırından düşük olması,

3) Düzeltilmemiş kalsiyum düzeyinin 10mg/dl nin üzerinde olması,

4) Tanıdan itibaren sistemik tedavinin başlangıcına kadar geçen sürenin 1 yıldan az olması,

5) Performans durumu ECOG' a göre 2 ve üzerinde olması,

6) Ki ya da daha fazla organ metastazının bulunması,

l) **Sorafenib;**

1) Metastatik renal hücreli karsinom (mRCC) endikasyonunda;

a. Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum raporda belirtilmelidir.

b. Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardı ık ya da kombine olarak kullanılamaz.

2) Karaci er kanserinde; lokal tedavi yöntemlerinin uygun olmadığı ve fonksiyonel karaci er rezervinin Child-Pugh-A evresinde olduğu klinik ve laboratuvar bulgularla raporda kanıtlanmış olan; lokal ileri veya metastatik hepatocellüler kanserli olgularda; daha önce en az bir kemoterapi tedavisi uygulanmış ve progresyon gelişmiş hastalarda, ikinci basamak tedavi seçene i olarak kullanılabilir. Hastanın kemoterapiye engel olacak bir durumu var ise bu durum sa lık raporunda belirtilerek birinci basamakta da kullanılabilir. Sorafenib en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için progresyon olmadığı belirlenmeli, bu durum ve karaci er rezervinin Child-Pugh-A evresinde devam ettiği raporda belirtilmelidir.

**(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-ç md. Yürürlük: 13/08/2015)**

3) Tiroid kanseri endikasyonunda; daha önce VEGF-TK gibi hedefe yönelik bir tedavi almamış cerrahi ve radyoterapi gibi lokal tedavilere uygun olmayan veya bu tedaviler sonrası progresyon gösteren, son 14 ay içerisinde RECIST kriterlerine göre progresyon göstermiş radyoaktif iyot tedavisine dirençli lokal relaps veya metastatik diferansiye tiroid kanserlerinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılabilir. Progresyon sonrası kombinasyon veya monoterapi olarak kullanılamaz. Sorafenib bu durumların belirtildi i en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

m) **Pemetrekset;**

1) Lokal ileri evre ya da metastatik küçük hücreli akci er kanserli hastalardan nonskuamöz (adenokarsinom ya da büyük hücreli karsinom) histolojik alt grubunda birinci basamak kemoterapi sonrası progresyon gelişen hastalarda tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya gö üs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

2) Malign plevral mezotelyomada; üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

n) **Lenalidomid**; en az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya di er standart antimiyeleom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu geli mi hastalardan;

1) Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine dirençli veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı hastaların tedavisinde veya,

2) Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise **(Değişik: RG-30/08/2014-29104 / 14-b-md. Yürürlük: 06/09/2014)** tedavi toplam iki yıla tamamlanabilir **tedavi toplam 26 küre tamamlanabilir.**

**(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-ç md. Yürürlük: 28/02/2015)**

1) En az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya di er standart antimiyeleom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu geli mi hastalardan;

a) Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine dirençli veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı hastaların tedavisinde veya,

b) Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedavi toplam 26 küre tamamlanabilir.

2) Tek ba ına veya ba ka sitogenetik anomalilerle birlikte 5q delesyonu saptanan miyelodisplastik sendromlu hastalardan;

a) IPSS(Uluslararası prognoz puanlama sistemi)'ye göre düşük veya orta-1 riskli ve

b) **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 23-b md. Yürürlük: 15/10/2016)**Transfüzyona ba ımlı anemisi bulunan hastalarda; hematoloji ve/veya tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 3'er aylık sa lık kurulu raporlarına dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Tedavinin 3. ayın sonunda yapılan yanıt de erlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmaması olması ko ulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durumun belirtildi i yeni düzenlenecek 3 ay süreli sa lık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 3 ayda yapılan yanıt de erlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 10 mg'lık formları ödenir. Transfüzyona ba ımlı anemisi bulunan hastalarda; hematoloji ve/veya tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 3'er aylık sa lık kurulu raporlarına dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Tedavinin 4. ayın sonunda yapılan yanıt de erlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmaması olması ko ulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durum ilgili sa lık kurulu raporunda belirtilir. Sa lık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 4. ayda yapılan yanıt de erlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 5 ve 10 mg'lık formları en fazla günlük 1x1 dozunda ödenir.

**(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 23-b md. Yürürlük: 01/04/2018)**

3) Daha önceden bortezomib veya bortezomib içeren kombinasyonlarla tedavisi başarısız olan nüks veya dirençli mantle hücreli lenfoma tedavisinde, bu durumların belirtildi i hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde progresyon geli ene kadar Kurumca bedeli kar ılanır.

o) **Erlotinib**; **(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 20-a md. Yürürlük: 23/09/2017)** Lokal ileri evre ya da metastatik adenokarsinom histolojik tipinde olan küçük hücreli dı ı akci er kanserli, hiç sigara kullanmamış, daha önce kemoterapi almış ve progresyon geli mi hastalarda; bu durumun belirtildi i tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 16 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak, ikinci ve üzeri tedavi basamaklarında bu uzman hekimlerce veya gö üs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 (L858R) mutasyonu, akredite bir laboratuvar da gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dı ı akci er kanseri hastalarının birinci basamak tedavisinde ve yukarıda tanımlanan mutasyon ve delesyonu olan nonskuamöz küçük hücreli dı ı akci er kanseri hastalarında bir basamak kemoterapi sonu progresyonunda ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar bu durumların belirtildi i tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 16 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya gö üs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Reçeteye genetik tetkik sonucu eklenir. **(Ek:RG-10/05/2018-30417/13-b md. Yürürlük: 18/05/2018)** Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardı ık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

ö) **Raltitrekсед**;

1) Kolorektal kanser hastalarına tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 1 sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sa lık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Malign plevral mezotelyomada; üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

p) **Everolimus**; **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 12-c md. Yürürlük: 11/05/2013)** Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanmış ve direnç göstermiş olan metastatik renal hücreli hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu u tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir.

1) **(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 5-c md. Yürürlük: 04/10/2013)** Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanmış ve direnç göstermiş olan metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu u tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Hastalığı VEGF (Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü) hedefli tedavi sırasında veya sonrasında

progresyon gösteren metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

2) Cerrahi ya da di er lokal tedavi yaklaşımlarına uygun bulunmayan, son 12 ay içinde RECIST kriterlerine göre progresyon gösteren, metastatik ya da lokal ileri evrede olan, iyi differansiye (**Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-d md. Yürürlük: 28/02/2015**) (~~Ki-67 de eri 2 veya altında olan~~) (Ki-67 de eri 20 veya altında olan) pankreatik nöroendokrin tümörü bulunan, daha önce somatostatin ve kemoterapi uygulanmış olan hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u tedavi protokolünü gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

3) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardi ık ya da kombine olarak kullanılamaz. (**EK: RG- 04/09/2019- 30878/ 23-ç md. Yürürlük: 12/09/2019**)

4) Rezeke edilemeyen metastatik veya lokal ilerlemiş hastalığı olan, gastrointestinal (GI) veya akci er kökenli progresif iyi derecede diferensiyasyon gösteren, fonksiyonel olmayan performans skoru 0-1 olan, fonksiyonel olmayan nöroendokrin tümörleri (NET) bulunan eri kin hastalarda en az bir basamak tedavi sonrasında (radyoaktif i aretili octreotid uygulanmış sa en az 6 ay geçmiş olması ve/veya kemoembolizasyon yapılmış sa en az 6 ay geçmiş olması ve/veya karaci er metastazında radyofrekans ablasyon yapılmış sa en az 2 ay geçmesi ko ulunda) en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u tedavi protokolünü de gösterir en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

5) Daha önce relaps/metastatik meme kanseri için sadece bir seri kemoterapi ve bir seri non-steroidal aromataz inhibitörü kullanmış ve sonrasında progresyon göstermiş, HER 2/neu negatif, postmenopozal, semptomatik visseral hastalığı olmayan, hormon reseptörü kuvvetli pozitif ( > 40%), hastalarda sadece exemestanla birlikte progresyona kadar kullanılması ve en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u tedavi protokolünü de gösterir en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

6) Cerrahi tedaviye uygun olmayan tuberöz skleroz kompleks (TSC) ile ili kili subependimal dev hücreli astrositom (SEGA) hastaları için en az bir çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimi veya eri kin onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimleri veya eri kin onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan de erlendirmede radyolojik ve klinik olarak iyile me oldu unun görülmesi ve bu durumun düzenlenecek raporlarda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir.

r) **Pazopanib; (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 27-a md. Yürürlük: 07/08/2014)**

1) Biyolojik tedaviler (interferon ya da interlökin) sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri ya da metastatik evredeki renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmad ı belirlenmeli ve bu durum çıkarılacak raporda belirtilmelidir.

2) Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardi ık ya da kombine olarak kullanılamaz.

1) Biyolojik tedaviler (interferon ya da interlökin) sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri ya da metastatik evredeki renal hücreli karsinomların tedavisinde,

2) En az bir, en fazla iki seri kemoterapi sonrasında progresyon göstermiş metastatik sarkomun, prospektüsünde belirtilen alt tiplerinde,

3) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmad ı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

4) Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardi ık ya da kombine olarak kullanılamaz.

s) **Cinacalcet;** paratiroid karsinomu endikasyonunda; opere olmuş ancak nüks olan hastalarda, bifosfonatlar ile hiperkalsemisi kontrol altına alınmamış ve albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum de eri > 10,5 mg/dl oldu u belirtilen endokrinoloji uzman hekimince düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak iç hastalıkları uzmanlarınca reçetelenebilir.

(**EK: RG- 25/07/2014- 29071/ 27-b md. Yürürlük: 07/08/2014**)

) **Trabectedin;** doksorubisin ve ifosfamid içeren kemoterapi rejimleri sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri ve metastatik liyomiyosarkom ve liposarkomlu hastalarda; bu durumun belirtildi i en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmad ı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

t) **Panitumumab;**

1) Daha önce panitumumab veya di er anti-EGFR (Anti-Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü) tedavileri kullanmamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, (**Değişik: RG-09/09/2017- 30175/ 20-b md. Yürürlük: 23/09/2017**) ~~KRAS~~ RAS wild tip metastatik kolorektal kanserli hastalarda; birinci veya ikinci seri tedavide FOLFOX veya FOLFIRI kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildi i en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.

2) Progresyon durumunda veya beraberindeki kemoterapi rejiminin de i tirilmesi durumunda panitumumab veya ba ka bir anti-EGFR tedavisi kullanılmaz.

(**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017**)

~~u) Kabazitaksel ve abirateron;~~

u) Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron;

1) (**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017**) ~~Hormonal tedavi ve sonrasında dozetaksel temelli kemoterapi tedavisine progresyon geli mi metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılır.~~ Hormonal tedavi ve sonrasında dozetaksel temelli kemoterapi tedavisine progresyon geli mi metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılır. Enzalutamid için prednizolon ile kombine kullanım artı aranmaz.

2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir.

3) Sa lık kurulu raporunda; progresyonun, PSA ve radyolojik görüntüleme yöntemleriyle (RECIST kriterleri ile) tespit edildi i, ECOG performans skorunun (0-1) oldu u ve testosteron düzeyinin kastrasyon seviyesinde oldu u belirtilir.

4) Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda tedaviye ba langıç kriterleri ile birlikte hastada progresyon olmadı ı belirtilmelidir.

5) (**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017**) ~~Kabazitaksel ve abirateron ardı ık olarak kullanılmaz.~~ Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron ardı ık olarak kullanılmaz.

ii) **Fluorourasil topikal formları**; sa lık raporu ko ulu aranmaksızın yalnızca dermatoloji, tıbbi onkoloji ve plastik cerrahi uzmanları tarafından reçete edilir.

v) **Aksitinib**; bir sitokin tedavisi sonrası progresyon göstermi olan veya bir sitokin tedavisi sonrası bir seri VEGF-TK (Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü – Tirozin Kinaz nhibitörü) tedavisi kullanımı ve sonrasında progresyon göstermi relaps/metastatik renal hücreli karsinomun tedavisinde; en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadı ı belirlenmeli ve bu durum yeni raporda belirtilmelidir.

y) **Setuksimab**:

1) Metastatik kolorektal kanser endikasyonunda;

a) Daha önce setuksimab veya di er anti-EGFR (Anti-Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü) tedavileri kullanmamı , ECOG performans skoru 0-1 olan, (**Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 23-c md. Yürürlük: 15/10/2016**) ~~KRAS~~ RAS wild tip metastatik kolorektal kanserli hastalarda; birinci veya ikinci seri tedavide FOLFOX veya FOLFIRI kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildi i en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.

b) Progresyon durumunda veya beraberindeki kemoterapi rejiminin de i tirilmesi durumunda setuksimab veya ba ka bir anti-EGFR tedavisi kullanılmaz.

(**Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 20-c md. Yürürlük: 23/09/2017**)

2) ~~Skuamöz hücreli ba ve boyun kanseri endikasyonunda; nüks yada metastatik nazofarenks dı ı ba boyun yassı hücreli kanseri olan, ECOG performans statüsü 0-1 olan hastalarda, birinci basamakta platin ve 5-Fluorourasil içeren kemoterapi rejimi ile kombine olarak birlikte kullanılır. Bu durumların belirtildi i en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.~~

2) Skuamöz hücreli ba ve boyun kanseri endikasyonunda;

a) ECOG performans skoru 0-1 olan yassı hücreli nüks ya da metastatik nazofarenks dı ı ba -boyun kanserlerinde birinci basamakta platin ve 5-Fluorourasil içeren kemoterapi rejimi ile kombine olarak kullanılır.

b) Sisplatin ile tedavi edilemeyen, kreatinin klirensi 55 ml/dk olan ve/veya orta-ileri derece kalp yetmezli i olan hastalarda lokal-ileri evre hastalıkta radyasyon tedavisi ile kombine olarak kullanılır.

Bu durumların belirtildi i en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulundu u sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.

(**Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-e md. Yürürlük: 28/02/2015**)

(**Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2017**)

~~z) Dabrafenib ve vemurafenib;~~

z) **Dabrafenib, dabrafenib+trametinib, vemurafenib, vemurafenib+kobimetinib;**

1) (**Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2017**) ~~Daha önce herhangi bir RAF yola ı inhibitörü kullanmamı ve ECOG performans skoru 0 veya 1 olan ve BRAF V600 mutasyonu pozitif olan a a ıda belirtilen hasta gruplarında tek ajan olarak progresyona kadar kullanılabilir;~~ Daha önce herhangi bir RAF yola ı inhibitörü kullanmamı ve ECOG performans skoru 0 veya 1 olan ve BRAF V600 mutasyonu pozitif olan a a ıda belirtilen hasta gruplarında tek ajan (dabrafenib+trametinib kombine tedavisi ile vemurafenib+kobimetinib kombine tedavisi tek ajan olarak kabul edilecektir.) olarak progresyona kadar kullanılabilir.

a) Lokal tedaviler sonrası progresyon göstermi ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadı ı relaps malign melanom

b) Metastatik malign melanom

2) Progresyon sonrası tek ajan olarak veya ba ka tedavilerle kombinasyon ekinde kullanılmaz.

3) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı ve yukarıdaki durumların belirtildi i en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

4) (**Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2017**) ~~Dabrafenib ve vemurafenib ardı ık ya da kombine olarak kullanılmaz.~~ Bu ilaçlar ardı ık ya da kombine olarak (dabrafenib+trametinib kombine tedavisi ile vemurafenib+kobimetinib kombine tedavisi hariç) kullanılmaz.

(**Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 23-d md. Yürürlük: 12/09/2019**)

aa) ~~Beksaroten;~~

1) En az bir sistemik tedaviye dirençli erilerde ileri evre (EORCT evre IIB, III, IV) kutanöz T hücreli lenfomanın cilt bulgularının tedavisinde; tıbbi onkoloji, hematoloji veya dermatoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Bu grup hastalarda lipid dü ürtücü ilaç kullanılması gerekti inde, bu durumun raporda belirtilmesi halinde SUT'un "4.2.28- Lipid dü ürtücü ilaçların kullanım ilkeleri" maddesi ko ulları aranmaz.

**aa) Beksaroten;**

1) Beksaroten oral;

a) En az bir sistemik tedaviye dirençli erilerde ileri evre (EORCT evre IIB, III, IV) kutanöz T hücreli lenfomanın cilt bulgularının tedavisinde; tıbbi onkoloji, hematoloji veya dermatoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

b) Bu grup hastalarda lipid dü ürtücü ilaç kullanılması gerekti inde, bu durumun raporda belirtilmesi halinde SUT'un "4.2.28- Lipid dü ürtücü ilaçların kullanım ilkeleri" maddesi ko ulları aranmaz.

2) Beksaroten topikal;

a) Di er terapilerden sonra refrakter veya kalıcı hastalığı olan veya di er tedavileri tolere edemeyen Evre IA veya Evre IB kutanöz T hücreli lenfoma hastalarının kutanöz lezyonlarının topikal tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. En az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) Üçüncü basamak sa lık kurumlarında düzenlenen en az 3 dermatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden üçüncü basamak sa lık kurumlarında dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan de erlendirmede iyile me oldu unun görülmesi ve bu durumun düzenlenecek raporlarda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir.

**(Değişik: RG-10/05/2018-30417/ 13-c md. Yürürlük:18/05/2018)**

~~bb) Krizotinib; ALK (Anaplastik Lenfoma Kinaz) pozitifli i FISH testi ile do rulanmış , en az bir seri kemoterapi kullanımı ve sonrasında progresyon göstermiş metastatik non squamöz küçük hücreli dı ı akci er kanseri hastalarının tedavisinde, tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.~~

**bb) Krizotinib;**

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) veya Reseptör Tirozin Kinaz C-ROS 1 (ROS-1) pozitifli i FISH testi ile akredite laboratuvarında do rulanmış ileri evre küçük hücreli dı ı akci er kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

2) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifli i FISH testi ile akredite laboratuvarında do rulanmış daha önce kemoterapi uygulanmış ve sonrasında progresyon geli mi metastatik küçük hücreli dı ı akci er kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

3) Alektinib veya seritinib tedavisi sonrasında progresyon geli en hastaların tedavisinde ardı ık ya da kombine olarak krizotinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

4) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadı ının belirtilmesi gerekmektedir.

**(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 14-b md. Yürürlük: 25/06/2016)**

**cc) Vismodegib;**

1) Cerrahi, radyoterapi ve di er lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve tekrar bu tedavilerin uygulanamadı ının veya ba langıçta bu tedavilerin uygun olmadı ının tespit edildi i progresif, semptomatik lokal ileri veya metastatik cildin bazal hücreli kanserinde; monoterapi olarak progresyona kadar kullanılır.

2) Bu durumların belirtildi i, bir tıbbi onkoloji, bir dermatoloji, bir radyasyon onkolojisi ve lokalizasyonuna göre ilgili bir cerrahi bran uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden tedaviye ba lanılır.

3) Tedaviye tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden devam edilebilir.

4) Bu sa lık kurulu raporlarına dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince en fazla birer aylık dozlarda reçete edilir.

5) Progresyon sonrası monoterapi veya ba ka tedavilerle kombinasyon ekinde kullanılamaz.

**çç) Ruksolitinib;**

1) Primer miyelofibrosis, post polistemik miyelofibrosis veya esansiyel trombositemi sonrası ikincil miyelofibrosis tanılı hastalarda splenomegaliye ba lı semptomların tedavisinde a ırdaki ko ulların tümünü ta ryan hastalarda **(Değişik: RG-04/09/2019- 30878/ 23-e md. Yürürlük: 12/09/2019)** kullanılır. ilaca ba lanır.

a) Semptomatik masif splenomegalisi bulunan,

b) DIPPS plus skorumu sistemine göre orta veya yüksek risk grubu olan,

c) En az bir seri tedavi almış ve uluslararası çalı ma grubu uzla ı kriterlerine göre 8 haftadan fazla süren kot kavsi altında fizik muayene ile ölçülen dalak boyutunda ba langıçta göre %50 (USG ile ölçülen dalak hacminde %35) azalma elde edilemeyen veya elde edilen yanıtı kaybolan,

ç) Güncel kan sayım de erlerinde trombosit sayısının  $100.000/mm^3$ , hemoglobin düzeyinin  $8 g/dl$ , nötrofil sayısının  $1000/mm^3$  ve çevresel kan blast oranı  $<10\%$  olan,

d) Kemik ili i nakline uygun olmayan.

2) Üniversite veya e itim ve ara tırma hastanelerinde bu durumların belirtildi i en az bir hematoloji uzmanının bulundu u 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

3) Tedaviye ba landıktan 6 ay sonra yapılan yanıt de erlendirmesinde dalak boyutunda bir azalma yoksa veya



semptomlarda tedavinin ba langıcından beri bir iyile me görülmemi se tedavi kesilir. 6. ayda yapılan yanıt de erlendirmesi, devamında düzenlenecek her 3 aylık raporda belirtilir.

**dd) Regorafenib;**

1) Öncesinde floropirimidin, oksaliptatin ve irinotekan bazlı kemoterapi ve anti-VEGF (anti vasküler endotelial büyüme faktörü) tedavisi ve RAS-do al tip ise ayrıca anti-EGFR (anti epidermal büyüme faktörü reseptörü) ile tedavi görmü ve progresyon göstermi , ECOG performans skoru: 0-1 olan, yeterli organ fonksiyonu bulunan ve ya am beklentisi üç aydan fazla olan, rezeke edilemeyen metastatik kolorektal kanser (mKRRK) tedavisinde kullanılır.

2) Öncesinde imatinib mesilat ve sunitinib malat tedavileri görmü ve progresyon göstermi rezeke edilemeyen metastatik gastrointestinal stromal tümör (G ST) tedavisinde **(Ek:RG-10/05/2018-30417/13-ç md. Yürürlük: 18/05/2018)** veya sorafenib tedavisi sırasında veya sonrasında progresyon geli mi lokal ileri veya metastatik veya nüks hepatoselüler kanser tanısı olan ve Child-Pugh A düzeyinde karaci er fonksiyonuna sahip hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılır.

3) Yukarıdaki durumlarda tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından birer aylık dozda reçete edilir.

**(Ek: RG- 14/07/2016- 29770/ 10 md. Yürürlük: 22/07/2016)**

**ee) İpilimumab;**

1) Daha önce en az bir seri sistemik tedavi kullanmı ve sonrasında progresyon göstermi rezeke edilemeyen eri kin relaps veya metastatik eri kin malign melanom tedavisinde; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

2) En fazla 4 doz (1 doz = 3 haftada bir uygulanan 3mg/kg dozunda uygulanan tedavi) tedavi bedeli kar ılanır.

3) Dabrafenib, vemurafenib ve ipilimumab kombine olarak kullanılamaz.

**(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 15 md. Yürürlük: 30/08/2016)**

ff) **Trastuzumab emtansin;** metastatik meme kanserinde daha önce trastuzumab ve bir taksan tedavisi almı ve hastalı ı sonrasında progresyon göstermi , HER-2/neu testi immunhistokimyasal olarak 3+ (+++) veya FISH/SISH/CISH pozitif olan hastalarda kurtarma tedavisinde tek ajan olarak progresyona kadar kullanılır. Progresyon sonrası tek ajan veya kombinasyon tedavisinin bir parçası olarak kullanılamaz. Daha önce herhangi bir sebeple pertuzumab kullanmı hastalarda endike de ildir. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı ve bu hususların belirtildi i sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

**(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 23-ç md. Yürürlük: 15/10/2016)**

gg) **pertuzumab;** daha önce metastatik hastalı ı için sistemik kemoterapi veya trastuzumab tedavisi almamı , ECOG performans skoru 0-1 olan, HER-2 immünhistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan, visseral metastazı olan metastatik meme kanserinde ilk seri tedavide trastuzumab ve dosetaksel kemoterapisi ile kombine olarak progresyona kadar kullanılabilir. Bu durumların belirtildi i tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Pertuzumab, daha önce erken evre meme kanseri için adjuvan veya neo-adjuvan olarak trastuzumab tedavisi almı ve sonrasında relaps geli mi hastalarda kullanılmaz. Pertuzumab tedavisi alınırken progresyon gösteren hastalarda bir daha monoterapi veya kombinasyon tedavisinin bir parçası olarak devam edilemez.

**(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 16-b md. Yürürlük: 29/11/2016)**

**) Karmustin;**

1) Sa lık Bakanlığı ndan hasta bazında alınacak endikasyon dı ı onaya dayanılarak; beyin tümörleri-glioblastom, beyinsapı glioması, medullablastom, astrositom, ependimoma ve metastatik beyin tümörleri endikasyonlarında; yalnızca rekürrens veya nüks hastalarda tek ajan veya di er onaylı kemoterapötik ajanlarla belirlenmi kombinasyon tedavisi ekinde tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Bu ekindeki kullanımda endikasyon dı ı onay tarihi ve süresi sa lık kurulu raporunda belirtilir.

2) Sa lık Bakanlığı ndan hasta bazında alınacak endikasyon dı ı onaya dayanılarak; Hodgkin lenfoma ve non-Hodgkin lenfoma hastalarında kemik ili i nakli hazırlık rejimi kullanımında hematoloji uzman hekiminin yer aldı ı tedavi protokolünü gösterir sa lık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Bu ekindeki kullanımda endikasyon dı ı onay tarihi ve süresi sa lık kurulu raporunda belirtilir.

3) Yukarıdaki ko ullar dı ında kullanılması halinde Kurumca bedelleri kar ılanmaz.

**(Ek: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-b md. Yürürlük: 01/03/2017)**

**hh) Aflibercept;**

1) ECOG performans skoru 0-1 olan;

a) Birinci basamak tedavide oxaliptatin bazlı tedavi ile kombine anti-EGFR tedavisi almı ve sonrasında progresyon göstermi RAS wild tip metastatik kolorektal kanserleri olan hastalarda FOLFIRI tedavisi ile kombinasyon halinde progresyona kadar,

b) Birinci basamak tedavide oxaliptatin bazlı tedavi almı ve sonrasında progresyon göstermi RAS mutant metastatik kolorektal kanserleri olan hastalarda FOLFIRI tedavisi ile kombinasyon halinde progresyona kadar kullanılır.

2) Bu durumların belirtildi i, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

3) Birinci basamak tedavide oxaliptatin bazlı tedavi ile herhangi bir anti-VEGF tedavi almı ve sonrasında progresyon göstermi RAS wild tip metastatik kolorektal kanserleri olan hastalarda kullanılamaz.

**(Ek: RG-08/06/2017-30090/12 md. Yürürlük:16/06/2017)**

~~ı) (Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 20-b md. Yürürlük: 01/04/2018)–Nivolumab; Sağlık Bakanlığı'ndan hasta bazında alınan onaya dayanılarak; renal cell ca ve hodgkin lenfoma tanılarında tıbbi onkoloji uzmanı veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji ile hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir.~~

ii) Mifamurtide; Yaşları 2-30 arasında de ğ i en çocuk, ergen ve genç yeti kinlerdeki; makroskopik olarak tam rezeke edilmi ğ , metastatik olmayan, yüksek evreli osteosarkom tedavisinde, çoklu ajan kemoterapi ile kombine olarak, tıbbi/pediyatrik onkoloji hekimlerinden birinin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi/pediyatrik onkoloji uzmanlarınca reçete edilebilir. Raporda makroskopik olarak tam rezeke edilmi ğ , metastatik olmadığı belirtilir. 48(Kırksekiz) infüzyon kullanımı sonunda tedavi kesilir.

**(Ek: RG-09/09/2017- 30175/ 20-ç md. Yürürlük: 23/09/2017)**

**jj) Arsenik trioksit:** Pro-miyelositik lösemi /retinoik asit reseptör alfa (PML/RAR-alfa) geni varlığı ve/veya t(15;17) translokasyon varlığı ile karakterize relapslı/refrakter akut promiyelositik lösemili (APL) yeti kin hastalarda, remisyon indüksiyonu ve konsolidasyon (kurtarma tedavisi) için kullanılır. Önceki tedavi retinoid (ATRA) ve kemoterapi içermelidir. Diğer lösemi tiplerinde kullanılmaz. Bu durumların belirtildi ğ i hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösteren sağlık kurulu raporuna dayanılarak, yine bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

**(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 16-b md. Yürürlük: 15/02/2018)**

**kk) Blinatumomab;** Relaps/refrakter prekürsör B hücreli ALL tanısı konulan ve CD19 pozitifli ğ i histopatolojik veya akım sitometrik olarak gösterilen Philadelphia kromozomu negatif olan ve ağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan relaps/refrakter olgularda;

1) En az bir kurtarma tedavisi (FLAG+antrasiklin, yüksek doz sitozin arabinozid tabanlı kombine tedaviyi; yüksek doz metoteksat tabanlı kombine tedaviyi; klofarabin tabanlı kombine tedaviyi tam süre ve dozda) almış ve yanıt alınmamış ,  
2) Sistemik mantar enfeksiyonu olmayan,  
3) Merkezi sinir sistemi tutulumu olmayan,  
4) Karaci ğ er ve böbrek fonksiyonları normal olan,  
5) HLA doku grubu uyumlu vericisi olan hastalarda, Sağlık Bakanlığı'na ruhsatlandırılmış ve çalı ş ma izni almış kemik ili ğ i nakli merkezlerinde, en az bir çocuk/eri kin hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 1 sağlık kurulu raporuna dayanılarak, allojenik kök hücre nakli öncesi blast klirensinin sağlanması için maksimum 2 siklus kullanılması halinde bedeli ödenir.

**ll) Brentuksimab vedotin;**

1) Ağıdaki endikasyonlarda;  
a) Ototolog kök hücre nakli sonrasında veya otolog kök hücre naklinin ya da çoklu ajan içeren kemoterapinin tedavi seçene ğ i olmadığı durumda en az iki seri tedavi sonrasında nükseden veya tedaviye dirençli CD30 pozitif hodgkin lenfoma tanılı yeti kin hastalar için,  
b) Ototolog kök hücre nakli sonrasında relaps veya progresyon riski artan CD30 pozitif hodgkin lenfoma tanılı yeti kin hastalar için,  
c) En az iki seri kombinasyon kemoterapisi ve/veya otolog kök hücre transplantasyonuna cevapsızlık veya nüks gelişen CD30 pozitif anaplastik büyük hücreli lenfoma tanılı hastalar için kullanılması halinde.

2) Bu durumların belirtildi ğ i en az bir hematoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

3) Brentuksimab vedotini 4 siklus alan hastalarda tedaviye yanıt değerlendirilmesi yapılır. En az kısmi yanıt gelişen hastalarda bu durumu belirten en az bir hematoloji uzman hekiminin bulunduğu yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla 12 siklus daha tedaviye devam edilebilir.

**mm) Afatinib;**

**(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 20-c md. Yürürlük: 08/01/2019)**

~~1) Ağıdaki endikasyonlarda monoterapi şeklinde kullanılır.~~

~~a) ECOG performans skoru en fazla 2 olan, Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu olan, lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dı ğ ı akci ğ er kanserli (NSCLC) daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmi ğ yeti kin hastaların tedavisinde,~~

~~b) Platin bazlı kemoterapi sırasında veya sonrasında progresyon gösteren skuamöz histolojiye sahip EGFR gen exon 19 delesyonu olan lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dı ğ ı akci ğ er kanserli (NSCLC) hastaların tedavisinde,~~

1) Ağıdaki endikasyonlarda monoterapi şeklinde kullanılır.

a) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya ekson 21 (L858R) mutasyonu olan, lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dı ğ ı akci ğ er kanserli (NSCLC) hastaların tedavisinde birinci basamak ve daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmi ğ yeti kin hastaların tedavisinde progresyona kadar.

2) Bu durumların belirtildi ğ i en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu u, 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi ve reçete ekinde genetik tetkik sonucu bulunması halinde bedeli ödenir. **(Ek:RG-10/05/2018-30417/ 13-d md. Yürürlük:18/05/2018)** Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardı ık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

**(EK: RG- 21/03/2018- 30367/ 23-c md. Yürürlük: 01/04/2018)**

**nn) Bevasizumab;**

1) Metastatik kolorektal kanser tedavisinde;

a) 5-flourourasil/folinik asit veya 5-flourourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin birinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

b) Daha önceki basamaklarda bevasizumabın kullanılmadığı metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin ikinci ve sonraki basamak tedavilerinde 5-florourasil/folinik asit veya 5-florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

c) Daha önce adjuvant amaçlı kemoterapi almamış olan metastatik kolon veya metastatik rektum kanserli hastalarda, birinci basamak tedavi olarak okzaliplatin ile kapesitabin veya 5-florourasil/folinik asit ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

2) Malign glioma (DSÖ evre IV) – glioblastoma tedavisinde; histolojik olarak glioblastoma multiforme tanısı almış ve bir seri temozolomid sonrası nüks gelişmiş veya progresyon göstermiş hastalarda kemoterapi ile birlikte progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır. Bu tedavi ile progresyon gelişen hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

3) Serviks kanseri tedavisinde; lokal tedavilere uygun olmayan rekürren/persistan veya metastatik serviks kanseri olan erikinin hastaların birinci basamak tedavisinde paklitaksel ve cisplatin veya paklitaksel ve topotekan ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır. Daha önce radyo duyarlı tırcı haricinde sistemik kemoterapi tedavisi almış ve progresyon göstermiş hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

4) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporu ile bu sa lık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sa lık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

**oo) Pleriksaför;**

1) Ototog kök hücre nakli gerçekleştirilmek istenen lenfoma veya multipl miyelom tanısı konmuş ve a lıdaki tedavi protokolleri ile yeterli kök hücre mobilizasyonu ( 2 x 106/kg CD34 pozitif hücre) sağlanamayan erikinin hastalarda Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör (G-CSF) ile kombine olarak kullanılır.

a) Sadece G-CSF mobilizasyonunun yeterli olacağı öngörülen hastalardan en az bir seri 10 mikrogram/kilogram gün dozunda G-CSF uygulaması ve en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması,

b) Sadece G-CSF ile yeterli düzeyde kök hücre mobilizasyonu sağlanamayacağı öngörülen hastalarda en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması.

2) Bünyesinde terapötik aferez merkezi bulunan sa lık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekimi olmak üzere hematoloji ve onkoloji uzman hekimlerinden oluşan 1 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya onkoloji uzman hekimleri tarafından en fazla 4 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

**öö) Denosumab 120 mg;**

1) Daha önce zoledronik asit kullanmamış, kırık veya bası riski yüksek kemiklere metastaz yapmış meme kanseri, hormon refrakter prostat kanseri veya küçük hücreli dı akciğer kanseri hastalarında kemik progresyonuna kadar, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

2) Rezeke edilemeyen veya cerrahi morbidite riski yüksek, yeti kinler ile iskeleti olgunlaşmış adolesanlarda görülen kemiğin dev hücreli tümörünün tedavisinde en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

**pp) Nivolumab yalnızca;**

1) ECOG performans skoru 0-1 olan, birinci basamak kemoterapi sonrasında progresyon göstermiş, daha önce PD-1 ve PD-L1 inhibitör tedavisi almamış rezeke edilemeyen lokal ileri evre veya metastatik malign melanomu olan hastaların tedavisinde progresyona kadar tek başına kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sa lık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. ipilimumab etken maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli ödenmez.

2) Karnofsky performans statüsü en az 70 olan, daha önce en az bir basamak sitokin (interferon veya interlökin) ve sonrasında bir basamak da antianjiyotik tedavi almış olmak artı ile 3. veya 4. basamak tedavi olarak, ileri evre berrak hücreli renal kanser tedavisinde progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sa lık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.

3) Sa lık Bakanlı ından hasta bazında alınacak endikasyon dı onaya dayanılarak klasik hodgkin lenfoma endikasyonunda, otolog kök hücre nakli sonrasında brentuksimab tedavisi ile progresyon gösteren veya relaps olan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

**(Ek: RG-10/05/2018-30417/ 13-e md. Yürürlük: 18/05/2018)**

**rr) Osimertinib;**

1) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) Tirozin Kinaz inhibitörü tedavisi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş, EGFR T790M mutasyon pozitifliği progresyon sonrası yapılan biyopsi ile tespit edilmiş olan, kemoradyoterapiye ve cerrahiye uygun olmayan lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dı akciğer kanseri (KHDAK) olan yeti kin hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

**ss) Gefitinib;**

1) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 mutasyonu akredite bir laboratuvarda gösterilmi metastatik nonskuamöz küçük hücreli dı ı akci er kanseri olan hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

2) En az bir tbbi onkoloji uzmanının yer aldı ı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden tbbi onkoloji veya gö üs hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadı ı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

3) Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardı ık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

**şş) Seritinib;**

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifli i FISH testi ile akredite laboratuvarda do rulanmı ileri evre küçük hücreli dı ı akci er kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

2) Daha önce krizotinib ile tedavi edilm ve sonrasında progresyon geli mi Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifli i FISH testi ile akredite laboratuvarda do rulanmı metastatik küçük hücreli dı ı akci er kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

3) Seritinib tedavisi sonrasında progresyon geli en hastaların tedavisinde ardı ık ya da kombine olarak krizotinib veya alektinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

4) En az bir tbbi onkoloji uzmanının yer aldı ı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden tbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadı ının belirtilmesi gerekmektedir.

**tt) Alektinib;**

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifli i FISH testi ile akredite laboratuvarda do rulanmı ileri evre küçük hücreli dı ı akci er kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

2) Daha önce krizotinib ile tedavi edilm ve sonrasında progresyon geli mi Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifli i FISH testi ile akredite laboratuvarda do rulanmı metastatik küçük hücreli dı ı akci er kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

3) Alektinib tedavisi sonrasında progresyon geli en hastaların tedavisinde ardı ık ya da kombine olarak krizotinib veya seritinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

4) En az bir tbbi onkoloji uzmanının yer aldı ı en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden tbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadı ının belirtilmesi gerekmektedir.

**(Ek: RG-10/05/2018-30417/ 13-e md. Yürürlük: 30/06/2018)**

**uu) Ekulizumab yalnızca;**

1) Atipik Hemolitik Üremik Sendrom (aHÜS) tedavisinde a a ıdaki (a), (b) ve (c) alt bentlerinde yer alan kriterleri birlikte sa layan hastalarda tedaviye ba lanılması ve **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019)** üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az bir nefroloji uzman hekiminin yer aldı ı ve a a ıdaki durumların belirtildi i en fazla 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden nefroloji uzman hekimleri tarafından **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019)** birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

a) Plazma de i imi veya plazma infüzyonu öncesi ölçülmü ADAMTS-13 aktivitesi %5 olan (Plazma de i imi veya plazma infüzyonu uygulanm sa bu i lemden 14 gün sonra trombosit sayısının >30.000/mm<sup>3</sup> ve serum kreatinin düzeyinin >150 µmol/L olması durumunda ADAMTS-13 aktivitesi %5 olarak kabul edilir.) ve tamı öncesi son 14 gün içinde kanlı diyare var ise E.Coli STEC (-) olan ve dissemine intravasküler koagülopati laboratuvar bulguları ta ımayan Trombotik Mikroanjyopati (TMA)'de,

b) Yaygın damar içi pıhtıla ma sendromu, ilaç etkisi, immün vb. nedenlerle açıklanamayan trombositopenisi olan (Trombosit sayısının <150.000/mm<sup>3</sup> veya takipli hastada ba langıç trombosit de erine göre %25 ve üzerinde dü ü olması) ve hemolizin e lik etti i (Haptogloblin dü üklü ü veya LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde oldu u ve periferik kan yaymasında >%1 istosit varlı ı ve direkt Coombs negatifli i ile gösterilmi ) veya bu bulguların tespit edilmedi i olgularda TMA varlı ını gösteren doku biyopsisi incelemesi bulunan aktif ve progrese Trombotik Mikroanjyopati (TMA)'de,

c) Böbrek fonksiyon bozuklu u (serum kreatinin düzeyinin referans üst sınırından >%20 olması veya eGFR düzeyinin <60 ml/dk olması veya biyopsi ile gösterilmi böbrek hasarı olması) veya nörolojik tutulum (epileptik atak/konfüzyon/parezi/pleji/koma vb.) veya kalp-damar sistemi tutulumu (miyokard enfarktüsü/pulmoner embolizm/di er vasküler trombozlar) veya gastrointestinal tutulum (diyare/bulanı/kusma/karın a rısı vb.) veya pulmoner tutulum (dispne/pulmoner hemoraji/pulmoner ödem vb.) veya göz tutulumunun (a rı ve bulanık görüntü/retinal damar oklüzyonu/retinal hemoraji vb.) e lik etti i Trombotik Mikroanjyopati (TMA)'de.

2) Paroksizmal Noktürnal Hemoglobinüri (PNH) tedavisinde a a ıdaki kriterlerden en az birini kar ılayan hastalarda tedaviye ba lanılması ve **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019)** üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldı ı en fazla 6 ay süreli a a ıdaki durumların belirtildi i sa lık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından **(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019)** birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

a) Kemik ili i normoselüler veya hiperselüler iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak (FLAER testi) %1'in üzerinde oldu u gösterilen ve LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde oldu u kronik hemoliz ve buna e lik eden PNH bulgusu olan olgularda,

b) Kemik ili i hipoplastik veya aplastik iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak %1'in üzerinde oldu u gösterilen ve LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde oldu u kronik hemoliz ve buna e lik eden PNH bulgusu olan olgularda,

c) Transplantasyon öncesi dönemde transfüzyon gereksinimini azaltmak ve kronik hemolize ba lı komplikasyonları önlemek amacıyla allojenik kemik ili i nakline hazırlanan PNH ile ili kili en az bir bulgunun e lik etti i olgularda,

ç) Kök hücre nakli yapılamayan ve immünsüpresif tedaviye yanıt alınmayan kronik hemoliz ve buna e lik eden PNH bulgusu olan olgularda,

d) Allojenik kök hücre nakli sonrası yeterli yanıt elde edilemeyen (hemolizi düzelmeyen ve granülosit klonu varlığı devam eden) olgularda,

e) Tromboembolik olay, renal yetersizlik, pulmoner hipertansiyon vb. kanıtlanmış PNH komplikasyonlarından biri veya birkaçı bulunan granülosit klonunun akım sitometrik olarak %1'in üzerinde olduğu gösterilen olgularda,

f) Kemik iliği normoselüler/hiperselüler iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak %1'in üzerinde olduğu gösterilen gebelerde; gebelik döneminde ve post-partum dönemde en az üç ay süresince.

3) Sağlık Bakanlığıınca hasta bazında; C3 glomerulopati, membranoproliferatif glomerulonefrit (MPGN), CD 55 eksikliği, CD 59 eksikliği, renal transplantasyon, dens depozit hastalığı, soğuk aglütinin otoimmün hemolitik anemi, trombotik trombositopenik purpura (TTP), kronik nefritik sendrom (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019), trombotik mikroanjyopati veya diffüz mezencefrik iokapiller glomerulonefrit tanılarında verilecek endikasyon dairesine onayla dayanılarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

4) Tedaviye başlamadan iki hafta önce meningokok bakteriyemisi tamamlanmış ve "Ekulizumab Kullanımı için Bilgilendirilmi Hasta Olur Formu" tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek reçete ekine konmuş olmalıdır. Özellikle küçük çocuklarda veya bakteriyemiyi takiben iki hafta geçmeden ekulizumab bakteriyemisi gereken olgularda antibiyotik profilaksisi uygulanmış olduğu reçetede belirtilmelidir.

5) aHÜS hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; hematolojik normale menin (Haptoglobin, LDH veya trombosit sayılarında normale me) ve eGFR ve/veya serum kreatinin düzeyinde %25 ve daha fazla iyileşme menin ve nörolojik ve/veya böbrek dairesi organ hasarında düzelmenin gerçekleştiğinin yeni düzenlenecek rapor ile gösterilmesi halinde tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde yer almalıdır.

6) PNH hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; klinik fayda gören, granülosit klonu pozitifliğinin devam ettiği akım sitometrik olarak gösterilmiş ve transfüzyon bağımsız olgularda tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde yer almalıdır.

**(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-d md. Yürürlük: 08/01/2019)**

**iii) Venetoklaks;**

1) BCL-2 varlığı akım sitometrik olarak veya immünohistokimyasal yöntemlerle gösterilmiş olan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan kronik lenfositik lösemi hastalarında en az 3 ay süreyle ibrutinib veya idelalisib kullanımına rağmen yanıt alınmayan veya nüks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

2) BCL-2 varlığı akım sitometrik olarak veya immünohistokimyasal yöntemlerle gösterilmiş olan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu negatif olan kronik lenfositik lösemi hastalarında ibrutinib veya idelalisib tedavisini de içeren en az 3 seri kemo/kemoimmünoterapi uygulamasına rağmen yanıt alınmayan veya nüks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az 3 hematoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirilmede hastanın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıtın alındığı olduğu yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir. Sağlık Kurulu raporu ekinde tetkik belgelerinin yer alması gerekmektedir.

**vv) İbrutinib;**

1) Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) tedavisinde;

a) 70 yaş ve üzeri veya Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) >6 olması nedeniyle kemoterapiye uygun olmayan ve ilk basamak tedaviye yanıtız veya nüks gelişen KLL hastalarının ikinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

b) 70 yaş üzeri olup CIRS >6 olması nedeniyle kemoimmünoterapiye uygun olmayan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan KLL hastalarının ilk basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

c) CIRS ≤6 olup kemoimmünoterapiye uygun olan ve 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan, ilk basamak tedaviye yanıtız veya nüks gelişen KLL hastalarının ikinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

ç) CIRS <6 olup kemoimmünoterapiye uygun olan KLL hastalarında iki seri tedaviye (daha önce en az üçer siklus nükleozid analogu ve/veya immünoterapi ile kombinasyonu tedavisi ve alkilleyici ajan ve/veya immünoterapi ile kombinasyonu tedavisi) yanıtız veya 2 yıldan daha kısa sürede nüks gelişmesi durumunda üçüncü basamak tedavide kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

2) Mantle Hücreli Lenfoma (MHL) tedavisinde; en az 3 (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 23-f md. Yürürlük: 12/09/2019) seri kür rituksimab ve alkilleyici ajan kombinasyonu sonrası nüks gelişen veya bu tedavilere dirençli olan veya olog kök hücre nakli sonrası nüks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

3) En az bir hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi ve progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirilmede hastanın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıtın alındığı olduğu yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

**yy) İksazomib;**

1) Daha önce bortezomib ve immünomodülatör ilaç içeren bir veya daha fazla seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış olmasına rağmen nüks gelişen ve bortezomib ve lenalidomid tedavisine dirençli olmadığı gösterilen multiple myelom hastalarında, lenalidomid ve/veya deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılanır.

2) 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olduğu belirtilmiş, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karılanır.

3) ksazomib, karfilzomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

**zz) Pomalidomid;**

1) Ototog kök hücre nakline uygun olmayan, bortezomib ve immünomodülatör ilaç içeren en az üç seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanımı olmasına rağmen yanıt alınamayan veya nüks geli en multiple myelom hastalarında, deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

2) Ototog kök hücre nakline uygun olan, bortezomib, lenalidomid ve otolog nakil destekli yüksek doz kemoterapötik ilaç içeren en az üç seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanımı olmasına rağmen yanıt alınamayan veya nüks geli en multiple myelom hastalarında, deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

3) 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt oldu unun belirtildi i, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı, en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

4) ksazomib, karfilzomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

**aaa) Karfilzomib;**

1) Daha önce bortezomib ve immünomodülatör ilaç içeren en az bir seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanımı olmasına rağmen yanıt alınamayan veya nüks geli en multiple myelom hastalarında lenalidomid ve/veya deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

2) 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt oldu unun belirtildi i, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı, en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

3) ksazomib, karfilzomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

**bbb) Obinutuzumab;**

1) 70 ya ve üzerinde olup Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) >6 ve/veya kreatinin klirensi 30-69 ml/dk olan kronik lenfositik lösemi hastalarında klorambusil ile kombine olarak ilk seri tedavide kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

2) 70 ya altında olup CIRS >6 ve/veya kreatinin klirensi 30-69 ml/dk olan ve fludarabinli veya bendamustinli kombinasyon tedavisine uygun olmayan ve önceden rituksimab kullanımı kronik lenfositik lösemi hastalarında ikinci sıra tedavide olması kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

3) Üçüncü basamak sa lık kurumlarında düzenlenen en az bir hematoloji uzmanının yer aldı ı en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Sa lık kurulu raporuna ekinde tetkik belgelerinin yer alması gerekmektedir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan de erlendirmede hastal ın stabil kaldı ı veya en az kısmi yanıtın alınımı oldu u yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

(Ek: RG- 01/02/2019- 30673/ 7 md. Yürürlük: 09/02/2019)

**ccc) Cabozantinib yalnızca;** standart tedavilere dirençli, metastatik, progresyon gösteren, semptomatik ve “Re-arranged During Transfection (RET)” mutasyonu pozitif olan medüller tiroid kanseri hastalarında en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(4) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 14-d md. Yürürlük: 06/09/2014) –SUT’un 4.2.14.C maddesinde yer alan ilaçlardan jinekolojik malignite tedavisinde endikasyonu bulunanlar, üçüncü basamak sa lık kurumlarındaki kadın hastalıkları ve do um uzmanı hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak da bu uzman hekimlerce reçete edilebilir. SUT’un 4.2.14.C maddesinde yer alan ilaçlardan jinekolojik malignite tedavisinde endikasyonu bulunanlar, ilgili maddelerinde tanımlı uzman hekimlerin yanı sıra yalnızca üçüncü basamak sa lık kurumlarında olmak üzere jinekolojik malignite tedavisinde ayrıca kadın hastalıkları ve do um uzmanı hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce de reçete edilebilir.

**4.2.14.Ç - Kanser tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar**

(1) SUT’un 4.2.14 maddesinde isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen ilaçların kanser tedavisinde kullanımında; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldı ı 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 13-a md. Yürürlük: 11/05/2013)

(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 6-a md. Yürürlük: 04/10/2013)

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-a md. Yürürlük: 07/08/2014)

~~4.2.15 – Klopidoğrel, silostazol ve ivabradin kullanım ilkeleri~~

~~4.2.15 – Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel ve dabigatran kullanım ilkeleri~~

~~4.2.15 – Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran ve rivaroksaban kullanım ilkeleri~~

**4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri**

**4.2.15.A - Klopidoğrel (kombinasyonları dahil);**

(1) Koroner artere stent uygulanacak hastalarda; kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden ba lanabilir. Stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya mü aheadeye alınan hastalarda EKG de i ikli i veya troponin pozitif olan ST yükselmez miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor

aranmaksızın reçete edilebilir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz veya bu uzman hekimlerce düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

(3) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 13-b md. Yürürlük: 11/05/2013)** Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiyografik olarak belgelendiği koroner arter hastalığı, tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalarda, kardiyoji, 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 edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir. ) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-b md. Yürürlük: 07/08/2014 )** Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda “,” “;” anjiyografik olarak belgelendiği koroner arter hastalığı, tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalardan asetil salisilik asit kullanamayan (ASA intoleransı olduğu raporda belirtilen) hastalarda, kardiyoji, 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 edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir. **(Değişik: RG-30/08/2014-29104/15-a md. Yürürlük: 06/09/2014)** Kalp kapak biyoprotezi bulunan veya anjiyografik olarak belgelendiği koroner arter hastalığı olan veya tıkaçıcı periferik arter hastalığı olan veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanmış olan hastalarda; kardiyoji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.

(4) Girişimsel periferik veya serebral işlemler sonucu, intrakraniyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kaplı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) yerleştirilen hastalarda; kardiyoji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi **(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 24 md. Yürürlük: 15/10/2016)** , beyin cerrahi uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile stent takılan hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir.

#### 4.2.15.B - Silostazol;

(1) En az bir kalp damar cerrahi uzman hekiminin yer aldığı, kalp damar cerrahi uzman hekiminin bulunmadığı yerlerde ise kardiyoji uzmanı ile genel cerrahi uzman hekiminin birlikte yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu hekimlerce veya iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimlerince;

a) İleri evre periferik arter hastalığı olup (doppler veya anjiyografik olarak hastalığı tespit edilmiş ve klas 3 veya klas 4 semptomları olan) operasyon yapılamayan hastalarda;

b) Doppler veya anjiyografi ile periferik arter hastalığı tespit edilmiş olan ve eylemlen hastalıklar nedeniyle operasyonu yüksek riskli olan hastalarda;

reçete edilir.

#### 4.2.15.C - Ivabradin; (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen asemptomatik sol ventriküler disfonksiyonu (LVEF < %40) bulunan hastalar için en az bir kardiyoji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kardiyoji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.

(2) Kronik kalp yetmezliği tedavisinde ejeksiyon fraksiyonu %45'in altında olan hastalarda a) a) idaki durumlarda en az bir kardiyoji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kardiyoji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir;

a) Beta blokör tedavisi altında olup halen kalp hızı yüksek seyreden veya

b) Beta blokör kontrendikasyonu olan veya

c) Beta blokör tedavisine intoleransı olan.

(1) **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 25 md. Yürürlük: 15/10/2016)** Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya **(Değişik: RG- 30/08/2014-29104 / 15-b md. Yürürlük:06/09/2014)** verapamil diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen asemptomatik sol ventriküler disfonksiyonu (LVEF < %40) bulunan hastalar için kardiyoji uzmanlarınca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir. Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan hastalar için kardiyoji uzmanlarınca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.

(2) Kronik kalp yetmezliği tedavisinde ejeksiyon fraksiyonu %45'in altında olan hastalarda a) a) idaki durumlarda kardiyoji uzmanlarınca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir;

a) Beta blokör tedavisi altında olup halen kalp hızı yüksek seyreden veya

b) Beta blokör kontrendikasyonu olan veya

c) Beta blokör tedavisine intoleransı olan.

#### 4.2.15.Ç- Prasugrel; (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 13-c md. Yürürlük: 11/05/2013) (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-ç md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) Klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda; bu durumun belirtildiği, en az bir kardiyoji veya kardiyovasküler cerrahi uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(2) Stent trombozunun geli ti i tarihten itibaren en fazla 1 yıl süreyle kullanılır.

(4) (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 16-a md. Yürürlük: 13/08/2015) 75 ya ın altında 60 kg'ın üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup; hastaneye yatırılan ve acilen koroner anjiyografisi yapıp perkütan koroner giri im kararı alınan hastalardan;

a) Diyabetli ST yükselmesiz [NSTEMI] veya ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] olan hastalar ile

b) ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] olan di er hastalarda;

(1) 75 ya ın altında 60 kg'ın üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup;

a) Hastaneye yatırılan ve acilen koroner anjiyografisi yapıp perkütan koroner giri im kararı alınan (Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 26 md. Yürürlük: 15/10/2016) diyabetli ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda;

b) Hastaneye yatırılan ve perkütan koroner giri im kararı alınan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] hastalarında,

(2) Klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu geli en akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda;

(3) Bu durumların belirtildi i en az bir kardiyoloji veya kalp damar cerrahi uzman hekiminin yer aldı ı 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenebilir. Tedavi süresi 1 yıldır. lacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı ko ulların yeniden olu ması halinde mümkündür.

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-d md. Yürürlük: 07/08/2014)

(Ek:RG-09/09/2017-30175/21-a md.Yürürlük: 23/09/2017)

**4.2.15.D-Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban;**

~~(Değişik:RG-26/09/2013-28777/6-b md. Yürürlük: 04/10/2013) Dabigatran; (Ek: RG-04/05/2013-28637/ 13-c md. Yürürlük: 11/05/2013) (1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak hastal ı veya ciddi mitral kapak hastal ı olmad ı gösterilen veya protez kapak hastal ı olmayan); en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR de erinin 2-3 arasında tutulamad ı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran tedavisine geçilebilir.~~

~~(2) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde do rudan dabigatran tedavisine geçilebilir.~~

~~(3) Dabigatran; yukarıdaki durumlarda bu durumun belirtildi i tedavisine geçi in gerekçesinin belirtildi i ve en az bir kardiyoloji uzman hekiminin yer aldı ı, 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.~~

~~**Dabigatran ve rivaroksaban ;**~~

~~(1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvuleratriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak hastal ı veya ciddi mitral kapak hastal ı olmad ı gösterilen veya protez kapak hastal ı olmayan);~~

~~a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR de erinin 2-3 arasında tutulamad ı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran veya rivaroksaban tedavisine geçilebilir.~~

~~b) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde do rudan dabigatran veya rivaroksaban tedavisine geçilebilir.~~

~~(2) Dabigatran veya rivaroksaban; yukarıda tanımlanan durumların belirtildi i ve üç kardiyoloji uzman hekiminin yer aldı ı, 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak kardiyoloji ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.~~

~~(Ek:RG- 09/09/2017-30175/ 21-b md. Yürürlük: 23/09/2017)~~

~~**4.2.15.D-1- Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban;**~~

~~(1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvuleratriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak hastal ı veya ciddi mitral kapak hastal ı olmad ı gösterilen veya protez kapak hastal ı olmayan);~~

~~a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR de erinin 2-3 arasında tutulamad ı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban (Ek:RG-09/09/2017- 30175/21-c md.Yürürlük: 23/09/2017) veya edoksaban tedavisine geçilebilir.~~

~~b) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde do rudan dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban (Ek:RG-09/09/2017- 30175/21-c md.Yürürlük: 23/09/2017) veya edoksaban tedavisine geçilebilir.~~

~~(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 15-c md. Yürürlük: 06/09/2014)~~

~~(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildi i; üç kardiyoloji uzman hekiminin yer aldı ı veya en az birinin kardiyoloji uzman hekimi olması ko uluyla, kardiyoloji, iç hastalıkları, gö üs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerinden en az üçünün bulundu u 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.~~

~~(3) (Mülga: RG- 18/06/2016- 29746/ 15 md. Yürürlük: 25/06/2016) Apiksaban, bu madde kapsam ı ndaki endikasyonlarda ödenmez.~~

~~(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 24 md. Yürürlük: 12/09/2019)~~

~~(4) Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban etken maddeli ilaçların kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.~~

~~(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 16 md. Yürürlük: 25/06/2016)~~

~~(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 15-ç md. Yürürlük: 06/09/2014)~~

~~**4.2.15.D-2-Rivaroksaban;**~~



(1) Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde;

a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR de erinin 2-3 arasında tutulamadığı durumlarda varfarin kesilerek rivaroksaban tedavisine geçilebilir.

(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(3) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sa lık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.

#### **4.2.15.D-2 Rivaroksaban, Dabigatran;**

(1) Yeti kin hastalarda;

a) Rivaroksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde;

b) Dabigatran; Akut Derin Ven Trombozu (DVT) ve/veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisinde;

En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR de erinin 2-3 arasında tutulamadığı durumlarda varfarin kesilerek rivaroksaban veya dabigatran tedavisine geçilebilir.

(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(3) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sa lık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.

**4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 14-a md. Yürürlük:18/05/2018) ve Edoksaban;**

(1) Yeti kin hastalarda;

**(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 27 md. Yürürlük: 15/10/2016)**

a) Rivaroksaban ve apiksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde, Dabigatran; Akut Derin Ven Trombozu (DVT) ve/veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisinde kullanılır. Rivaroksaban, dabigatran (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 14-b md. Yürürlük:18/05/2018), edoksaban ve apiksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde kullanılır.

b) Yukarıdaki durumlarda; öncesinde en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR de erinin 2-3 arasında tutulmaması halinde varfarin kesilerek rivaroksaban veya dabigatran veya apiksaban (EK:RG-10/05/2018-30417/14-b md.Yürürlük:18/05/2018) veya edoksaban tedavisine geçilebilir.

(2) Tekrarlayan idiyomatik pulmoner embolisi olan veya homozigot trombofilisi olan veya daha önce venöz tromboemboli (VTE) geçiren aktif kanser hastaları veya immobil (raporda nedeni belirtilmek ko uluyla) hastalarda varfarin kullanımı ko ulu aranmaz.

(3) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden (Değişik:RG-10/05/2018-30417/14-c md. Yürürlük:18/05/2018) ~~en az~~; aynı uzmanlık dalından üçünün veya bu uzmanlık dallarından herhangi üçünün bulunduğu 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(4) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sa lık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.

**(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-e md. Yürürlük: 07/08/2014)**

#### **4.2.15.E-Tikagrelor;**

(1) Akut koroner sendromlu hastalardan ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü [NSTEMI] veya ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI]) olan ve acil servise müracaat etmiş hastalarda;

(2) Tikagrelor ba lanmadan önceki 72 saat içinde hastaneye yatırılmış olması ve acil tedavide fibrinolitik tedavi uygulanmamış olması,

(3) Hastanın varfarin tedavisi altında olmaması,

(4) A a rdaki durumlardan birinin mevcut olması;

a) EKG'de en az iki ardı k derivasyonda Imm ve üzeri persistan ST segment yükselme göstermesi ve troponin/CK-MB pozitif olması (STEMI) veya,

b) Persistan göğüs ağrısı bulunması ve EKG'de en az iki ardı k derivasyonda Imm den derin ST depresyonu veya R dalgasının dominant olduğu en az iki ardı k derivasyonda Imm den derin T negatifliği veya persistan olmayan ST segment yükselmesi göstermesi ve miyokard nekrozunu gösteren troponin/CK-MB pozitif olması (NSTEMI),

(5) Yukarıdaki maddelerde tanımlanan ko ulların tamamını gösteren hastalarda bu durumların belirtildiği kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden birinin bulunduğu 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak **(Değişik:**

**RG- 05/08/2015- 29436/ 16-b md. Yürürlük: 13/08/2015)** bu hekimlere kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçetelenir. Tedavi süresi 1 yıldır (13 kutu). İlacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden olması halinde mümkündür.

**4.2.15.F-Ranolazin;** Kronik stabil angina pectorisli hastaların semptomatik tedavisinde beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem tedavisine rağmen devam eden veya bu ilaçlara intoleransı ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda, kardiyoloji uzmanlarının düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.

#### **4.2.16—Doğuştan metabolik hastalıklar ile Çölyak Hastalığı**

(1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle EK 4/A Listesine ve Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan “Hastalıklı Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi” ne (EK 4/B) dahil edilmemiştir. Anne, doğuştan metabolik hastalıklı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalıklı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekim tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar için yukarıdaki hekimlere ek olarak çocuk alerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerince de rapor düzenlenerek tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

**(Değişik: RG- 21/04/2015- 29333/10 md. Yürürlük: 30/04/2015)**

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

a) 0-12 ay için 31 (otuzbir) TL,

b) 1-5 yaş için 60 (altmış) TL,

c) 5-15 yaş için 77,50 (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271 / 13 md. Yürürlük: 28/02/2015) (yetmi iki virgül elli) TL (yetmi yedi virgül elli) TL,

e) 15 yaş üstü için 80 (seksen) TL,

tutar ödenir:-

(3) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekim tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebiyle hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, ehiye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

a) 0-5 yaş için 52,50 (elliiki virgül elli) TL,

b) 5-15 yaş için 80 (seksen) TL,

e) 15 yaş üstü için 72,50 (yetmi iki virgül elli) TL,

tutar ödenir:-

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

a) 0-12 ay için 46,50 (kırkaltı virgül elli) TL,

b) 1-5 yaş için 90 (doksan) TL,

e) 5-15 yaş için 116,25 (yüzonaltı virgül yirmibeş) TL,

e) 15 yaş üstü için 120 (yüz yirmi) TL,

tutar ödenir:-

(3) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekim tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebiyle hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, ehiye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

a) 0-5 yaş için 78,75 (yetmi sekiz virgül yetmi beş) TL,

b) 5-15 yaş için 120 (yüzyirmi) TL,

e) 15 yaş üstü için 108,75 (yüzsekiz virgül yetmi beş) TL,

tutar ödenir:-

(4) Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; EK 4/B Listesinde belirtilmi olup bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) İkinci ve üçüncü fıkralarda belirtilen ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.

**(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 28 md. Yürürlük: 15/10/2016)**

#### **4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı**

(1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle EK-4/A Listesine ve Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan “Hastalıklı Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi” ne (EK-4/B) dahil edilmemiştir.

(2) Do u tan metabolik hastalı ı olanlarda, protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler), malabsorpsiyona neden olan bir hastalı ı olan hastalarda kullanılan özel mamalar:

a) (Değişik: RG-09/09/2017-30175/22md. Yürürlük:23/09/2017) ~~Çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadı ı hastanelerde çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak,~~ Çocuk metabolizma hastalıkları, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadı ı hastanelerde çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen (Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 21 md. Yürürlük: 08/01/2019) ± 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak,

b) Eri kin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da eri kin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadı ı hastanelerde iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen (Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 21 md. Yürürlük: 08/01/2019) ± 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler) yukarıda belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, ehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;

- a) 0-12 ay için 46,50 (kırkaltı virgül elli) TL,
- b) 1-5 ya için 90 (doksan) TL,
- c) 5-15 ya için 116,25 (yüzonaltı virgül yirmibe ) TL,
- ç) 15 ya üstü için 120 (yüz yirmi) TL, tutar ödenir.

(4) Kistik fibrozisli hastalarda kullanılan özel mamalar; gastroenteroloji veya gö üs hastalıkları uzman hekimleri tarafından bu uzman hekimlerin bulunmadı ı hastanelerde çocuk sa lı ı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(5) (Değişik: RG- 21/03/2018-30367/ 24-a md. Yürürlük: 01/04/2018) ~~ki ya ına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar; çocuk gastroenteroloji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadı ı hastanelerde çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.~~ ki ya ına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklere öncelikle ileri derecede hidrolize mamalar ba lanır. leri derecede hidrolize mamanın tolere edilemedi i durumlarda, anafilakside, enteropatide, eozinofilik özofajitte, besin protein ili kili enterokolit sendromunda veya çoklu besin alerjileri gibi a ır vakalarda aminoasit bazlı veya pirinç proteini bazlı mamalar kullanılır. Bu durumların belirtildi i; çocuk gastroenteroloji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadı ı hastanelerde çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

(6) Çölyak hastalı nda; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadı ı hastanelerde çocuk sa lı ı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince (Değişik:RG-21/03/2018-30367/24-b md. Yürürlük:01/04/2018) ± 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, ehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

- a) 0-5 ya için 78,75 (yetmi sekiz virgül yetmi be ) TL,
- b) 5-15 ya için 120 (yüzyirmi) TL,
- c) 15 ya üstü için 108,75 (yüzsekiz virgül yetmi be ) TL, tutar ödenir.

(7) Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; EK-4/B Listesinde belirtilmi olup bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(8) Üçüncü ve altıncı fıkralarda belirtilen ödemeye ili kin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.

#### 4.2.17 - Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve Paget Hastalığında ilaç kullanım ilkeleri

##### 4.2.17.A – Osteoporoz

(Değişik: RG- 21/04/2015- 29333/ 11 md. Yürürlük: 30/04/2015)

(1) Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve di er osteoporoz ilaçları (EK:RG- 25/07/2014- 29071 / 29 md. Yürürlük: 07/08/2014) (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat , denosumab ) a a ıda belirtilen ko ullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildi i sa lık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir. Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve di er osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), denosumab) a a ıda belirtilen ko ullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildi i sa lık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi (Değişik: RG-21/03/2018-30367/ 25-a md. Yürürlük: 01/04/2018) ± 2 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

(2) Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce son (Değişik: RG-21/03/2018-30367/25-b md. Yürürlük:01/04/2018) bir iki yıl içinde yapılan Kemik Mineral Yo nluk (KMY) ölçümüyle planlanır. Ölçüm yılda bir defadan daha sık yapılamaz. KMY ölçümünün tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada di er kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebra ya da ön koldan yapılabilir.

(3) 75 ya ve üzerindeki hastalar ile raporunda osteoporotik patolojik kalça kırığı belirtilen hastalarda KMY ölçümü artı aranmaz.

(4) Bu ilaçlar;

a) Patolojik kırığı olan hastalarda lomber bölgeden posteroanterior yapılan KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" de erlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda,

b) Patolojik kırığı olmayan 65 ya ve üzeri hastalarda, lomber bölgeden posteroanterior yapılan KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" de erlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olması durumunda,

c) Patolojik kırığı olmayan 65 ya altı hastalarda; lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" de erlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda,

ç) Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (crohn hastalığı veya ülseratif kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nervroza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, cushing sendromu ve primer hiperparatiroidizmde, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı olan, kanser tedavisi alan veya organ nakli uygulanmış hastalarda; sekonder gelişen osteoporozda KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" de erlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda, (primer hastalığını da belirtir sa lık raporu ile birlikte) reçetelenir.

d) Bifosfanatların, kalça kırığı veya bel kemiği zedelenmesine bağlı heterotopik ossifikasyon (HO) endikasyonu olan formları, bu endikasyonda prospektüsünde belirtilen dozlar ve sürelerde KMY ölçüm sonucunu kullanılmaması için kullanılabilir.

(5) Bifosfanat grubu ilaçlar; iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanları tarafından düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

~~(6) (Değişik: RG- 25/07/2014-29071 / 29 md. Yürürlük: 07/08/2014 ) Stronsiyum ranelat ve raloksifen; Stronsiyum ranelat, raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alamayan hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sa lık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. (Değişik:RG-21/04/2015-29333/11 md. Yürürlük: 30/04/2015) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alamayan hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sa lık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.~~

**(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 17 md. Yürürlük: 13/08/2015)**

**(6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab;**

a) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alamayan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 25 md. Yürürlük: 12/09/2019), endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sa lık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

b) Denosumab; Hormon ablasyonu uygulanmış olan nonmetastatik prostat kanserli veya meme kanseri nedeniyle adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi gören yüksek kırık riskine sahip hastalardaki osteoporoz tedavisinde; bu durumun belirtildiği, en az bir onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

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

(8) Kalsitonin, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde; a rırlı vertebral kırığı bulunmayan osteoporozlu ve bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alamayan hastalarda, bu durumun iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sa lık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu uzmanlarca reçete edilerek kullanılabilir.

(9) Aktif D vitaminleri (kalsitriol ve alfakalsidol) osteoporoz tedavisinde ödenmez. (EK-4/D Listesindeki düzenlemeler hariç)

#### **4.2.17.B - Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi)**

(1) Kalsitonin bu endikasyonda tanı konulduktan sonraki ilk altı ay süresince fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji veya romatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Bu sürenin üstündeki kullanımı ödenmez.

#### **4.2.17.C - Juvenil Osteoporoz**

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

#### **4.2.17.Ç - Paget Hastalığı**

(1) Endokrinoloji uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.

#### **4.2.17.D - Osteoporozda teriparatid kullanımı**

(1) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 14 md. Yürürlük: 11/05/2013) 65 ya üstü hastalardan; T skoru -4 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli endokrinoloji uzmanının bulunduğu sa lık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji uzmanının bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sa lık kurulu

raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sa lık kurulu raporuna dayanılarak di er uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir. 65 ya üstü hastalardan; T skoru -3,5 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırık oldu u röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildi i 6 ay süreli endokrinoloji (Ek: RG- 07/10/2016-29850/ 29 md. Yürürlük: 15/10/2016) ve/veya geriatri uzmanının bulundu u sa lık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildi inin kanıtlandı ı endokrinoloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 29 md. Yürürlük: 15/10/2016) ve/veya geriatri uzmanının bulundu u en fazla 12 ay süreli yeni bir sa lık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sa lık kurulu raporuna dayanılarak di er uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.

#### 4.2.18 - Orlistat kullanım ilkeleri

(1) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 16 md. Yürürlük: 06/09/2014) 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 edilebilir. 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. Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimini tarafından düzenlenen en fazla üç ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. 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.

(2) Daha önce dört ardı ık hafta boyunca yalnızca diyetle en az 2,5 kg'lık bir kilo kaybı ve obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) 40 kg/m<sup>2</sup> olmalıdır.

(3) Reçeteler birer aylık düzenlenecektir.

(4) 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 ilacın kullanımı hastanın hayatı boyunca 2 yılı geçmeyecektir.

#### 4.2.19 - Migrende ilaç kullanım ilkeleri

(1) Triptanlar, nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. 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.

(2) Topiramate tedavisine, 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 ba lanır.

(3) 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.

#### 4.2.20 - Palivizumab kullanım ilkeleri

(1) Palivizumab etken maddesini ta rıyan preparatın; çocuk kardiyoloji, neonatoloji (yenido an), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları, çocuk gö üs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimlerince a a ıda belirtilen ko ullarda kullanılabilir.

(2) Yüksek Respiratuar Sinsisyel Virüs (RSV) riski ta rıyan çocuk hastalarda RSV'ün neden oldu u ciddi alt solunum yolu hastalı ının önlenmesinde;

a) RSV sezonu ba langıcından önceki son 6 ay içinde kronik akci er hastalı ı (KAH) için medikal tedavi (ek oksijen, bronkodilatör, diüretik veya kortikosteroid) gereksinimi olan 2 ya ın altındaki çocuklarda,

b) (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 30 md. Yürürlük: 07/08/2014) 28 inci 29 uncu gebelik haftasında veya daha erken do mu olan, RSV sezonu ba langıcında 1 ya tan küçük olan KAH tanlı veya tanısız tüm bebeklerde,

c) RSV sezonu ba langıcında (Değişik: RG-25/07/2014- 29071/ 30 md. Yürürlük: 07/08/2014) 1 2 ya ından küçük; siyanotik do u tan kalp hastalı ı, konjestif kalp yetmezli i tedavisi gerektiren asiyanotik do u tan kalp hastalı ı olan bebekler, opere edildi i halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizli i tedavisi almaya devam eden bebekler, önemli pulmoner hipertansiyonlu bebekler (sistemik basıncın %50'sinden fazlası) ve hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomiyopati bebeklerde,

kullanılır.

(3) Palivizumab Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla bir hasta için en fazla 5 doz ve maksimum 2 ya a kadar uygulanmalıdır. (Ek: RG-10/05/2018-30417/ 15 md. Yürürlük: 18/05/2018) Palivizumab etkin maddeli ilaçlar aylık dozlar halinde reçete edilir.

#### 4.2.21 - Anagrelid kullanım ilkeleri

(1) 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 rıyan esansiyel trombositemi hastalıklarında, hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçete edilebilir.

#### 4.2.22 - Aktive protein C kullanım ilkeleri

(1) Yo un bakım üniterinde, 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 (24 µg/kg/saat IV x 96 saat) belirten onaylı epikriz raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 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.

**4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (Ek:RG-09/09/2017- 30175/23-a md. Yürürlük: 23/09/2017) (oral süspansiyon ve tablet formu), itraconazol (infüzyon ve solüsyon) (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 17-a md. Yürürlük: 25/06/2016) , mikafungin kullanım ilkeleri**

(1) (Mülga:RG-21/03/2018- 30367/ 26-a md. Yürürlük: 01/04/2018) Hastanın böbrek ve karaci er fonksiyonları normal ise ilk tercih klasik amfoterisin B veya flukonazoldür.

**(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 26-b md. Yürürlük: 01/04/2018)**

(2) Klasik amfoterisin B'ye alerjik reaksiyon gösterdiği için uzman hekim raporu ile belgelenmesi ya da hastanın karaci er veya böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk olduğu unun belgelenmesi halinde lipozomal veya lipid kompleks veya kolloidal dispersiyon amfoterisin B veya kaspofungin veya anidilofungin veya posakonazol veya vorikonazol veya itraconazol (infüzyon) **(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 17-b md. Yürürlük: 25/06/2016) veya mikafungin kullanılabilir.**

(2) Bu maddede belirtilen etken maddeli ilaçların sistemik mantar enfeksiyonları tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) Itraconazol solüsyon;

a) HIV pozitif veya ba rı rklı r bozulan hastalardaki flukonazole dirençli özofajiyal kandidozun tedavisinde kullanılır.  
b) Hematolojik malignitesi olan veya kemik ili i transplantasyonu yapılan ve nötropeni geli tirmesi beklenen (<500 hücre/ml) hastalardaki derin fungal (mantar) enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır.

c) Itraconazol'un oral formları (Solüsyon formları hariç), SUT eki "Sistemik Antimikrobik ve Di er ilaçların Reçetelene Kuralları Listesi" nin (EK-4/E) 10.5 maddesinde belirtildi i eilde reçetelenebilecektir.

(4) Posakonazol;

a) A a ıda tanımlanan hastalardaki invazif mantar enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır. **(Mülga: RG- 21/03/2018- 30367/ 26-c md. Yürürlük: 01/04/2018) (Yukarıda yer alan birinci ve ikinci fıkrâ hükümleri aranmaz.) (Ek: RG- 21/03/2018-30367/ 26-c md. Yürürlük:01/04/2018) Posakonazolün parenteral formları yalnızca oral formlarını kullanamayan hastalarda kullanılabilir.**

1) nvazif mantar enfeksiyonu geli me riski yüksek olan ve uzun süreli nötropeni olu abilece i dü ünülen akut miyeloid lösemi (AML) veya miyelodisplastik sendrom (MDS) nedeniyle remisyon-indüksiyon kemoterapisi alan hastalarda.

2) nvazif mantar enfeksiyonu geli me riski yüksek olan ve Graft versus host hastalı na yönelik olarak yüksek doz immünesupresif tedavi alan allojenik hematopoetik kök hücre transplantı (HSCT) alıcısı olan hastalarda.

b) Tedavi amaçlı olarak a a ıda tanımlanan durumlarda kullanılır.

1) mmun yetmezli i olan flukonazole dirençli orofarengeal kandidiyazis tedavisinde **(Ek:RG-09/09/2017- 30175/23- b md. Yürürlük: 23/09/2017) yalnızca oral süspansiyon formu kullanılır.**

2) Amfoterisin B, lipozomal amfoterisin B veya vorikonazol tedavilerine refrakter invazif aspergillozis tedavisinde.

3) Amfoterisin B ile tedaviye refrakter ya da amfoterisin B'yi tolere edemeyen fusariozis hastalı rı olan hastalarda.

4) Itraconazol ile tedaviye refrakter ya da itraconazol'u tolere edemeyen kromoblastomikoz ve micetoma hastalı rı olan hastalarda.

5) Amfoterisin B ya da itraconazol veya flukonazol ile tedaviye refrakter ya da bu tıbbi ürünleri tolere edemeyen koksidiomikoz hastalı rı olan hastalarda.

(5) Anidulofungin, nötropenik olmayan (Mutlak nötrofil sayısı > 500/mm3 olacak ve laboratuvar sonucu aranacaktır.) eri kin hastalarda, invazif kandidiyazis vakalarında reçetelendirilebilir.

**(6) (Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 17-c md. Yürürlük: 25/06/2016)**

**(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 17 md. Yürürlük: 06/09/2014) Lipozomal amfoterisin B, lipid kompleks veya kolloidal dispersiyon amfoterisin B'nin parenteral formları, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol veya itraconazol (infüzyon) yukarıdaki artları sa layan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. Bu ilaçların oral formları ise yine uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile ayakta tedavide kullanılabilir.** Lipozomal amfoterisin B, lipid kompleks veya kolloidal dispersiyon amfoterisin B'nin parenteral formları, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol veya itraconazol (infüzyon) yukarıdaki artları sa layan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. Bu ilaçların oral formları ise enfeksiyon hastalıkları uzmanınca düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçetelenmesi halinde ayakta tedavide de kullanılabilir.

**Mikafungin;**

—1) nvaziv kandidiyazis ve özofajiyal kandidiyazis endikasyonlarında birinci ve ikinci fıkrâ hükümlerine göre kullanılır.

—2) Allojenik hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) yapılan hastalarda aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisinde yukarıda yer alan birinci ve ikinci fıkrâ hükümleri aranmaz.

—3) 10 gün veya daha uzun süreyle nötropeni olması beklenen hastalarda Aspergilloz ve Candida enfeksiyonlarının profila ksisi endikasyonunda ödenmez.

**(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 26-ç md. Yürürlük: 01/04/2018)**

(6) Mikafungin;

1) nvaziv kandidiyazis ve özofajiyal kandidiyazis endikasyonlarında kullanılır.

2) Allojenik hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) yapılan hastalarda veya akut lenfositler lösemi (ALL) hastalarında nötropenik dönemde ve takip eden bir hafta içinde veya mukoziti olan otolog hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastalarda nötropenik dönemde aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır.

3) 10 gün veya daha uzun süreyle nötropeni olması beklenen di er hastalarda aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisi endikasyonunda ödenmez.

**(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 17-ç md. Yürürlük: 25/06/2016)**

(7) Lipozomal amfoterisin-B, lipid kompleks veya koloidal dispersiyon amfoterisin-B'nin parenteral formları, kaspofungin, anidilofungin, vorikanazol, mikafungin, posakonazol veya itrakonazol (infüzyon) yukarıdaki artları sa layan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. Bu ilaçların oral formları ise enfeksiyon hastalıkları uzmanınca düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçetelenmesi halinde ayakta tedavide de kullanılabilir.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 26-d md. Yürürlük: 01/04/2018)

(8) Vorikonazol 200 mg tablet; nötropeni olması beklenen hematopoietik kök hücre nakli alıcısı hastaların aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksi endikasyonunda da kullanılır.

#### 4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri

(1) Bu grup ilaçların ayakta tedavide kullanımı a a ıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

##### 4.2.24.A - Astım tedavisinde

(1) Formeterol, salmeterol (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 30 md. Yürürlük: 15/10/2016), vilanterol ve kombinasyonları; gö üs hastalıkları, gö üs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için di er hekimlerce de reçete edilebilir.

(2) 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 di er hekimlerce de reçete edilebilir.

(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 17 md. Yürürlük: 15/02/2018)

(3) Mepolizumab;

a) A a ıdaki kriterlerin tümünü kar ılayan "Hiper-eozinofilik (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 26-a md. Yürürlük: 12/09/2019) A ır Persistan Astım" tanı hastalarda;

(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 26-a md. Yürürlük: 12/09/2019)

~~1) 12 ya ve üzerinde;~~

1) Yeti kinlerde,

2) Kan eozinofil sayımının 300 hücre/µl olması (uzun süredir düzenli sistemik steroid kullanan hastalarda ise tedavi altında 150 hücre/µl olması),

3) En az 6 aydır düzenli sistemik steroid altında kontrollü veya kontrolsüz astımı olması ve/veya yüksek doz inhaler kortikosteroid (>800 mcg/gün budesonid veya e de eri) ve inhaler uzun etkili beta iki agonist kombinasyonu ile birlikte 3 üncü bir kontrol edici ilacı en az 1 (bir) yıldır kullanmakta olmasına ra men kontrolsüz astımı olması (en az 3 gün sistemik kortikosteroid kullanımını gerektiren yılda en az 2 ata ı olması).

b) Üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularında, en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 26-b md. Yürürlük: 12/09/2019) gö üs hastalıkları veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

c) İlk tedaviye yanıtın üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularında 16 ncı haftada de erlendirilmesi ve tedaviye devamın uygun görülmesi halinde bu durumun belirtildi i en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 26-b md. Yürürlük: 12/09/2019) gö üs hastalıkları veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 26-c md. Yürürlük: 12/09/2019)

(4) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve inhale kortikosteroidler (KS) gruplarında mono olarak yer alan ürünlerin tek ba ına veya birlikte reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(5) Aynı reçetede bulunan uzun etkili solunum yolu beta-agonistini (LABA) mono veya sabit doz kombinasyonu ekinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca kar ılanır.

(6) Aynı reçetede bulunan inhale kortikosteroidi (KS) mono veya sabit doz kombinasyonu ekinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca kar ılanır.

(7) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve inhale kortikosteroidlerin (KS) mono veya sabit doz kombinasyonu gruplarında yer alan ürünlerin di er ekillerde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(8) Kısa etkili solunum yolu beta-agonistini (SABA) veya kısa etkili solunum yolu beta-agonistini (SABA) ve obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan kısa etkili antikolinergik maddeyi (SAMA) kombine olarak içeren ürünler (SABA+SAMA) ile nebulizatörle uygulanan inhale kortikosteroidler (KS), 4.2.24.A numaralı maddesinde yer alan hükümlerden istisnadır.

##### 4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tedavisinde

(1) ~~(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 31 md. Yürürlük: 15/10/2016) (Ek: RG- 18/02/2015- 29271 / 14 md. Yürürlük: 28/02/2015) Formeterol, salmeterol, indakaterol (Ek:RG-18/01/2016-29597 / 10 md. Yürürlük:26/01/2015), glikopironyum ve tiotropium; gö üs hastalıkları, gö üs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak di er hekimlerce de reçete edilebilir. Formeterol, salmeterol, indakaterol, glikopironyum, tiotropium (Değişik:RG-09/09/2017-30175 /24md.Yürürlük:23/09/2017), vilanterol ve vilanterol+flutikazon, vilanterol+umekhidinyum, tiotropium+olodaterol kombinasyonları; gö üs hastalıkları, gö üs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak di er hekimlerce de reçete edilebilir.~~

(2) Formeterol ve salmeterolün inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları; iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları, gö üs hastalıkları ve gö üs cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak di er hekimlerce de reçete edilebilir.

**(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 27-a md. Yürürlük: 12/09/2019)**

(1) Formeterol, salmeterol ve bunların inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, indakaterol, glikopironyum, tiotropium, vilanterol+flutikazon, vilanterol+umeclidinyum, tiotropium+olodaterol, beklometazon+formoterol+glikopronyum veya flutikazon furoat+umeclidinyum+vilanterol etken maddeli ilaçlar; gö üs hastalıkları, gö üs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Beklometazon+formoterol+glikopronyum etken maddelerini sabit dozda içeren veya flutikazon furoat+umeclidinyum+vilanterol etken maddelerini sabit doz kombinasyonu ekinde içeren ürünlerin;

a) En az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid ( KS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ile tedavi edildi i halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-a ır kronik obstrüktif akci er hastalığı (KOA) olan eri kin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) Birbirleri ile veya uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA), obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergikler (LAMA) ve inhale kortikosteroidler ( KS) ile kombine olarak kullanılmaları halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

**(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 31 md. Yürürlük: 07/08/2014)**

(3) Roflumilast; uzun etkili bronkodilatör ve/veya inhale kortikosteroid tedavisine ra men en az 2 yıl boyunca her yıl için; yılda en az 3 ay öksürük, balgam ikayeti olan ve yılda en az iki atak geçiren a ır kronik obstrüktif akci er hastalarında;

a) Solunum fonksiyon testi (SFT) kriteri olarak, FEV1/FVC de eri %70'in altında olmak ko ulu ile FEV1 %50 olanlarda mevcut tedaviye ek olarak kullanılmaya ba lanır.

b) Gö üs hastalıkları uzmanınca düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak gö üs hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilir.

c) Sa lık raporunda hastanın kullandı ı uzun etkili bronkodilatör ve/veya inhale kortikosteroid tedavi eması ile di er durumlar belirtilir.

ç) Teofilinle kombine olarak kullanılamaz.

**(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 27-b md. Yürürlük: 12/09/2019)**

(4) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA), obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergikler (LAMA) ve inhale kortikosteroidler ( KS) gruplarında mono olarak yer alan ürünlerin tek ba ına veya birlikte reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. (LABA+LAMA+ KS) ekinde mono ürünlerle veya sabit doz kombinasyonlarla yapılacak üçlü kombinasyon tedavilerin; en az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid ( KS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ile tedavi edildi i halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-a ır kronik obstrüktif akci er hastalığı (KOA) olan eri kin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(5) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistini (LABA) ve inhale kortikosteroidi ( KS) kombine olarak içeren ürünlerin (LABA+ KS) tek ba ına veya obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergik maddeyi içeren ürünler (LAMA) ile birlikte reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(6) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistini (LABA) ve obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergik maddeyi (LAMA) kombine olarak içeren ürünlerin (LABA+LAMA) tek ba ına veya inhale kortikosteroid içeren ürünler ( KS) ile birlikte reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(7) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA), obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergikler (LAMA) ve inhale kortikosteroidlerin ( KS) mono veya sabit doz kombinasyonu gruplarında yer alan ürünlerin di er ekillerde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(8) Aynı reçetede bulunan uzun etkili solunum yolu beta-agonistini (LABA) mono veya sabit doz kombinasyonu ekinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca kar ılanır.

(9) Aynı reçetede bulunan obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergikleri (LAMA) mono veya sabit doz kombinasyonu ekinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca kar ılanır.

(10) Aynı reçetede bulunan inhale kortikosteroidi ( KS) mono veya sabit doz kombinasyonu ekinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca kar ılanır.

(11) Kısa etkili solunum yolu beta-agonistini (SABA) veya kısa etkili solunum yolu beta-agonistini (SABA) ve obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan kısa etkili antikolinergik maddeyi (SAMA) kombine olarak içeren ürünler (SABA+SAMA) ile nebulizatörle uygulanan inhale kortikosteroidler ( KS), 4.2.24.B numaralı maddesinde yer alan hükümlerden istisnadır.

**4.2.24.C - Alerjik rinit (mevsimsel, yıl boyu devam eden (pereniyal), birlikte seyreden astım dahil) tedavisinde;**

(1) Montelukast ve antihistaminik kombinasyonları; kulak burun bo az uzman hekimleri, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları, gö üs hastalıkları, alerji uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak di er hekimlerce de reçete edilebilir.

**(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 22 md. Yürürlük: 08/01/2019)**

(2) Azelastin hidroklorür ve flutikazon propiyonat kombine preparatları; 12 ya ve üzeri hastalarda orta ila iddetli mevsimsel ve pereniyal alerjik rinit semptomlarının giderilmesinde, intranazal antihistaminik veya glukokortikoid monoterapisinin yeterli olmadı ı durumlarda bu durumun belirtildi i alerji ve immünoloji, kulak burun bo az, iç hastalıkları, çocuk sa lı ı ve hastalıkları, gö üs hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

**4.2.24.Ç - Mevsimsel veya yıl boyu devam eden alerjik rinit tedavisinde**

(1) Nasal kortikosteroid preparatları; 2-5 ya grubu hastalarda (2 ve 5 ya grubu dahil), yalnızca çocuk sa lı ı ve hastalıkları, alerji, klinik immünoloji veya KBB hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.



#### 4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri

(1) Yeni nesil antiepileptikler (lamotrigin, topiramet, vigabatrin, levatirasetam, gabapentin) nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk sa ğ ı ve hastalıkları, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım dozu ve süresini belirten uzman hekim raporuna dayanılarak di ğ er hekimler tarafından da reçete edilebilir.

(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil) ve zonisamit, nöroloji uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerce düzenlenen (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 23 md. Yürürlük: 08/01/2019) 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Pregabalin (kombinasyonları dahil) yaygın anksiyete bozuklu ğ u endikasyonunda ödenmez.

(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 28-a md. Yürürlük: 12/09/2019)

(1) Yeni nesil antiepileptiklerin (lamotrigin, topiramet, vigabatrin, levatirasetam) nöroloji, beyin cerrahisi, çocuk sa ğ ı ve hastalıkları veya psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Zonisamit etken maddeli ilaçların nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının üçüncü basamak sa ğ ık kurumlarında düzenlenen en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sa ğ ık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının yaygın anksiyete bozuklu ğ u endikasyonunda bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 32 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(4) Lakozamid; 16 ya ğ ve üzerindeki parsiyel ba langıçlı epilepsi hastalarında ikincil jeneralize olan veya olmayan nöbetlerin tedavisinde, en az iki antiepileptik ilacın en az 6 ay süreyle tek ba ğ ına veya kombine kullanımından sonra tedaviye yanıt alınmayan hastalarda ek tedavi olarak, bu durumların belirtildi ğ i nöroloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 28-b md. Yürürlük: 12/09/2019)

(5) Gabapentin etken maddeli ilaçların üçüncü basamak sa ğ ık kurumlarında düzenlenen en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sa ğ ık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

#### 4.2.26 - (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 33 md. Yürürlük: 07/08/2014) Levosimendan kullanım ilkeleri

(1) nvaziv hemodinamik monitarizasyon yapılabildi ğ i yo ğ un bakım ünitelerinde yatan hastalar için veya akut kalp yetmezli ğ i, dekompanse kalp yetmezli ğ inin 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/reçeteye yazılabilir.

(1) Levosimendan; nvaziv hemodinamik monitarizasyon yapılabildi ğ i yo ğ un bakım ünitelerinde yatan hastalar için veya akut kalp yetmezli ğ i, dekompanse kalp yetmezli ğ inin akut dönemindeki yatan hastalar için;

(2) Milrinon; klasik bakım tedavisine yanıt vermeyen iddetli konjestif kalp yetmezli ğ inin kısa süreli tedavisinde ve kalp cerrahisi sonrası dü ğ ük çıkı (out put) durumlarını da içeren akut kalp yetmezli ğ i olan yatan hastalar için;

(3) Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon, iç hastalıkları (Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 18 md. Yürürlük: 13/08/2015),yo ğ un bakım ile acil uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve bu durumlarını belirtir uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/reçeteye yazılabilirler.

#### 4.2.27 - Faktör ve diğ er kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri

##### 4.2.27.A - Faktörler

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 19 md. Yürürlük: 13/08/2015)

(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa ğ ık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sa ğ ı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sa ğ ık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sa ğ ı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sa ğ ık Bakanlı ğ ı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır.

a) Faktör düzeyi % l'in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan profilaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerekti ğ i durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtilece ğ i 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

b) (Değişik:RG- 26/09/2013- 28777/7 md. Yürürlük: 04/10/2013) Profilaksiye istinaden faktör kullanan hastalarda ayrıca akut kanama ya anması ya da cerrahi giri ğ im gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için hematoloji uzman hekimi tarafından 3 gün süreli yeni bir uzman hekim raporu düzenlenir. Hemofili hastalarında; akut kanama ya anması ya da cerrahi giri ğ im gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için, bu durumun belirtilece ğ i 3 gün süreli yeni bir hematoloji uzman hekim raporu düzenlenir.

(2) Acil müdahalelerde, hastanın tam te ekküllü sa ğ ık kurumlarına ba vurmaı halinde hemofili takip karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut ancak ilaçta doz artırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun geli mesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi ko uluyla hastanın tedavisi sa lanacaktır. Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu u hastaneye sevk edilecektir.

(3) (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 34 md. Yürürlük: 07/08/2014) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini (glanzmann trombastenisi hariç), inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa ğ ık kurulu raporuna dayanılarak; klinik artlarda prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif orta iddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinami i bozan) iddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12

doza kadar uzman hekim tarafından reçete edilebilir. Reçete edilen ünitenin kaç dozluk oldu u hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve varsa inhibitör düzeyini (glanzmann trombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif orta iddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinami i bozan) iddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar uzman hekim tarafından kullanılır. Kullanılan ünitenin kaç dozluk oldu u hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

(4) (Değişik: RG-25/07/2014-29071 / 34 md. Yürürlük: 07/08/2014) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri; kazanılmış koagülasyon bozuklukları ve kazanılmış hemofili hastalarında; hafif orta iddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinami i bozan) iddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, klinik artlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (glanzmann trombastenisi ve inhibitör geli mi hastalar hariç) belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda reçete edilebilir. Reçete edilen ünitenin kaç dozluk oldu u hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri; kazanılmış koagülasyon bozuklukları ve kazanılmış hemofili hastalarında; hafif orta iddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinami i bozan) iddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (glanzmann trombastenisi ve inhibitör geli mi hastalarda bu düzey aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda kullanılır. Kullanılan ünitenin kaç dozluk oldu u hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir. (Değişik: RG-30/08/2014-29104 / 18 md. Yürürlük: 06/09/2014) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri; konjenital ve kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozuklu u olan hastalarda; hafif orta iddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinami i bozan) iddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (glanzmann trombastenisi ve inhibitör geli mi hastalarda bu düzey aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda kullanılır. Kullanılan ünitenin kaç dozluk oldu u hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

(5) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri acil durumlarda;

a) Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT de erleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek ko ulu ile uzman hekimlerce bir günlük dozda reçete edilebilir. dame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz emasına uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.

b) Kumarin türevlerinin uygulanması sırasında aktif kanaması olmayan aneak kanama riski yüksek olan hastalarda ise INR de erine bakılır. INR de eri 5 olan hastalarda hematoloji uzman hekimlerince, hematoloji uzman hekiminin bulunmadı ı illerde ise di er uzman hekimlerce en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir.

c) (EK: RG-30/08/2014-29104/ 18 md. Yürürlük: 06/09/2014) Kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizli i, karaci er yetmezli i gibi) olu an kanamalarda ilgili kanama yeri belirtilmek ko ulu ile tüm uzman hekimlerce bir günlük dozda verilebilir. dame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz emasına uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.

(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadı ı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sa lık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır.

a) Faktör düzeyi (Değişik: RG-07/10/2016-29850/ 32-a md. Yürürlük: 15/10/2016) %~~10~~ % 1 veya altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan profilaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerekti i durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtilece i 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

b) Hemofili hastalarında; akut kanama ya anması ya da cerrahi giri im gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için, bu durumun belirtilece i 3 gün süreli yeni bir hematoloji uzman hekim raporu düzenlenir.

(2) Acil müracaatlarda, hastanın tam te ekküllü sa lık kurumlarına ba vurması halinde hemofili takip karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut olmasına ra men ilaçta doz arttırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun geli mesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi ko uluyla hastanın tedavisi sa lanacaktır. Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulundu u hastaneye sevk edilecektir.

(3) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve varsa inhibitör düzeyini (glanzmann trombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta iddetteki kanamalarda (Değişik:RG-09/09/2017-30175/25-a md.Yürürlük:23/09/2017) 4 doza 3 doza (3 dahil) kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinami i bozan) iddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza (Ek:RG-09/09/2017-30175/25-a md.Yürürlük:23/09/2017) (12 dahil) kadar hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadı ı hastanelerde bu durumun belirtilmesi ko uluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Kullanılan ünitenin kaç dozluk oldu u hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

(4) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri;

a) Konjenital ve kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozuklu u olan hastalarda; hafif-orta iddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinami i bozan) iddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sa lık

kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi ko uluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından bir günlük dozda reçete edilir.Kullanılan ünitenin bir günlük doz oldu u hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

b)Acil müracaatlarda;

1-Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT de erleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek ko ulu ile uzman hekimlerce hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulundu u hastaneye sevk edilecektir.Kullanılan ünitenin bir günlük doz oldu u hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

2-Kazanılmı (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizli i, karaci er yetmezli i gibi) olu an kanamalarda ilgili kanama yeri belirtilmek ko ulu ile uzman hekimlerce hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulundu u hastaneye sevk edilecektir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz oldu u hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

(5)Aktifle mi protrombin kompleksi konsantresi (aPCC);

a) Hafif orta iddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinami i bozan) iddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumu ve hastanın tanısı ile faktör ve inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi ko uluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz oldu u hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

b) Profilaksi tedavisinde; Faktör VIII inhibitör titresi<5 BU (Bethesda Ünitesi) oluncaya kadar haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmemek kaydıyla hematoloji uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi ko uluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sa lı ı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Faktör inhibitör titresi 5 BU'nun altında ise profilaksi tedavisi sonlandırılır.(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 32-b md. Yürürlük: 15/10/2016) Dü ük titrelili yüksek yanıtı hastalarda, bu durumun belirtildi i yeni bir rapor düzenlenerek 5BU'nun altında da profilaksi tedavisine devam edilebilir. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerekti i durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtilece i 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

(Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 25-b md. Yürürlük: 23/09/2017)

(6) mmün tolerans tedavisi ( TT); sadece üçüncü basamak sa lık hizmeti sunucularında, üç hematoloji uzman hekiminin yer aldı ı 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak, sadece hematoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. TT tedavisi açısından maksimum tedavi süresi 1 yıldır. Tedavi süresinin tamamlanması sonrasında hastanın TT tedavisine vermi oldu u yanıtın belirtildi i sa lık kurulu raporu da düzenlenecektir. Hastanın takip ve tedavi edildi i sa lık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler istendi inde Kuruma ibraz edilmek üzere bu dosyada muhafaza edilecektir.

a) Tedaviye ba lama kriterleri; 11 (on bir) ya ndan gün almamı , faktör düzeyi %1 ve altında, inhibitör titresi de 10 BU (bethesda ünitesi) (10 de eri dahil) arasında olan HR titrajlı inhibitörlü hemofili-A tanılı hastalarda TT' ne ba lanabilir. TT için kötü yanıt kriterleri ta rıyan hastalarda (inhibitör tanısı üzerinden 5 yıl geçmi olması veya tepe inhibitör titresinin 200 BU/ml'nin üzerinde olması) TT tedavisi Kurumca kar ılanmaz (Bu kriterlerin raporda belirtilmesi gerekir.).

b) TT uygulama doz ve süresi;

1) mmün tolerans tedaviye haftada 3 kez 50 IU/kg dozunda en az 6 ay süreyle uygulanacak ekilde ba lanır. laçlar aylık dozlar halinde reçete edilir. Bu süre sonunda FVIII:C aktivitesi ve inhibitör titresine bakılır. %20 ve üzerinde inhibitör titresinde azalma olması halinde bu durumun raporda belirtilmesi ko uluyla 6 ay süreli yeni rapor düzenlenerek tedaviye devam edilebilecektir. FVIII:C aktivitesinin % 66 olarak saptanması durumunda TT tedavisi sonlandırılacak olup, bu hastalarda Tebli in 4.2.27 nci maddesi kapsamında tedaviye devam edilecektir.

2) TT tedavisi esnasında akut kanaması ve/veya cerrahi giri im gerekli olan hastalarda mevcut bypass edici ajanlar ile SUT hükümleri do rultusunda kanama tedavisi uygulanabilir ve aynı zamanda TT tedavisi de sürdürülür. Bu tedaviler di nde TT tedavisi görmekte olan hastalara bypass edici ajanlar kullanılmaz. Tedaviye 10 (on) günden fazla ara verildi i takdirde TT tedavisine devam edilmeyecek olup, bu hastalarda Tebli in 4.2.27 nci maddesi kapsamında tedaviye devam edilecektir. Söz konusu tedaviler için endikasyon uyumu aranacaktır.

#### 4.2.27.B - Anti Rh kullanım ilkeleri

(1) Do um sonu, dü ük veya küretaj sonrası ve antenatal kullanımda uzman hekimlerce reçete edilir.

(2) Dü ük doz anti Rh (600IU) preperatları; yalnızca dü ük, küretaj ve gebeli in 28 inci haftasında kullanılmak üzere uzman hekimlerce reçete edilir.

(3) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 19 md. Yürürlük: 06/09/2014) Idiopatik (immün) trombositopenide (ITP) (ITP/Primer mmün Trombositopeni); intravenöz formu Rh pozitif ve splenektomisiz hastalarda hematoloji uzman hekimince düzenlenen doz ve kullanım süresi belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilebilir.

#### 4.2.27.C - Antitrombin III kullanım ilkeleri

(1) İlacın günlük kullanım dozu ve süresini belirten hematoloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda reçete edilebilir.

(2) Yeniden kullanımı gerektiğinde bir önce verilen ilacın kullanıldığına yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ve bu raporda günlük kullanım dozu ve süresinin kayıtlı olması gereklidir.

#### 4.2.27.Ç - Human albumin kullanım ilkeleri

(1) Human albumin preparatları, yalnızca yatarak tedavi gören hastalara, albumin düzeyi 2.5g/dl ve altında ise uzman hekimlerce reçete edilebilir. Laboratuvar sonuçları ve kullanılan miktar epikrizde belirtilir.

(2) ~~(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 18 md. Yürürlük: 25/06/2016) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sa lık kurumunca temin edilememesi durumunda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albumin düzeyinin 2.5g/dl ve altında oldu unu gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda “Ezanemizde Yoktur, Yatan Hasta” ka esi basılıp ba hekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla kar ılanır ve ödenen tutar ilgili sa lık kurumunun alaca ından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sa lık kurumunca ihale yöntemi ile temin edilemedi inin ba hekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sa lık kurumuna iade edilir.~~ **(Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 29 md. Yürürlük: 12/09/2019) Ezanemizde Yoktur, Yatan/ Günüberlik Hasta** ibaresi ve ba hekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla kar ılanır ve ödenen tutar ilgili sa lık kurumunun alaca ından Tebli in 4.1.2 numaralı maddesi kapsamında mahsup edilir.

(3) Plazmaferezde veya karaci er nakli yapılmı hastalarda kan albumin düzeyi artı aranmaz.

#### **(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/25-c md.Yürürlük: 23/09/2017)**

#### 4.2.27.D -Eltrombopag kullanım ilkeleri

~~(1) (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 20 md. Yürürlük: 13/08/2015) Splenektomi kontrendikasyonu olan veya splenektomi sonrası nüks eden olgularda; kortikosteroid ve en az bir immunsupresif tedavi almı olup, yanıtız olan ve trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı hastalarda tedaviye ba lanır. Hematoloji uzman hekim tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit de erleri de belirtilir. Splenektomi kontrendikasyonu olan ve kortikosteroid ve en az bir immunsupresif tedavi almı olup, yanıtız olan veya splenektomi sonrası nüks eden olgularda; trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı hastalarda tedaviye ba lanır. Hematoloji uzman hekim tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit de erleri de belirtilir.~~

(2) Günlük tedavi dozu 50 mg'dır. 2 haftalık tedaviye ra men trombosit sayısının 50.000'in altında olması durumunda doz 75 mg'a çıkarılabilir. Trombosit sayısının 200.000'i a ması durumunda günlük tedavi dozu 25 mg'a dü ürlür. Her doz de i ikli inde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir.

(3) Trombosit sayısının 400.000'in üzerine çıkması veya günlük 75 mg'lık tedavi dozuna ra men 4 haftalık tedavi sonrası trombosit sayısının 30.000'in altında kalması durumunda tedavi sonlandırılır.

(4) Trombosit sayısı 400.000'i a tı için tedavisi kesilen vakalarda trombosit sayısı 150.000'in altına dü tü ünde 25 mg'lık günlük doz ile tedaviye yeniden ba lanır. Bu grup hastaların sa lık raporlarında ayrıca tedaviye ba langıç kriterleri ve ba langıç tarihi belirtilir.

(5) ~~(Mülga: RG- 18/02/2017- 29983/ 10 md. Yürürlük: 01/03/2017) Sa lık raporlarında hastanın TÜFAM'a kaydının yapıldı ının belirtilmesi gerekmektedir.~~

#### 4.2.27.D -Eltrombopag kullanım ilkeleri

##### 4.2.27.D.1- İmmün trombositopenik purpura endikasyonunda eltrombopag kullanım ilkeleri

(1) Di er tedavilere (kortikostreoid ve immünoglobulinler ve splenektomiye) dirençli ya da kortikostreoid ve immünoglobulinlere dirençli ve splenektominin kontrendike oldu u/yapılamadı ı ya da splenektomi sonrası nüks eden durumlarda, 1 ya ından itibaren trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı kronik immün trombositopenik purpura hastalarında tedaviye ba lanır.

(2) 1-5 ya arası pediyatrik popülasyonda ba langıç dozu günde bir kez 25 mg, 6-17 ya arası pediyatrik popülasyon ile eri kin popülasyonda ba langıç dozu günde bir kez alınan 50 mg'dır, 2 haftalık tedaviye ra men trombosit sayısının 50.000'in altında olması durumunda doz 75 mg'a çıkarılabilir. Trombosit sayısının 150.000'i a ması durumunda günlük tedavi dozu 25 mg basamaklarla azaltılmalıdır. Her doz de i ikli inde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir.

(3) Trombosit sayısının 250.000 üzerine çıkması veya günlük 75 mg'lık tedavi dozuna ra men 4 haftalık tedavi sonrası trombosit sayısının 30.000' in altında kalması durumunda tedavi sonlandırılır.

(4) Trombosit sayısı 250.000' i a tı için tedavisi kesilen vakalarda trombosit sayısı 100.000 ve altına dü tü ünde 25 mg'lık günlük doz ile tedaviye yeniden ba lanır.

(5) Bu durumların belirtildi i, hematoloji uzman hekim tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit de erleri ve ayrıca tedaviye ba langıç kriterleri ve ba langıç tarihi belirtilir.

##### 4.2.27.D.2- Kazanılmış ağır aplastik anemi endikasyonunda eltrombopag kullanım ilkeleri

(1) Önceki immün sistemi baskılayıcı tedaviye dirençli olan ve yo un ön tedavi görmü olup allojenik kök hücre transplantasyonu için uygun olmayan ve hayatı tehdit eden organ **(Ek:RG-10/05/2018-30417/16 md. Yürürlük:18/05/2018)** kanama riski veya kanaması olan, trombosit sayısı < 20.000 olan edinsel iddetli aplastik anemili (SAA) eri kin hastalarda tedaviye ba lanır.

(2) Tedaviye başlandıktan sonra etkin dozu almasına rağmen 12 hafta sonunda trombosit sayısı 20.000' in altında ise ilaç kesilir. Transfüzyon ihtiyacı olmayan ve trombosit sayısı 20.000' in üzerinde olan hastalarda ilaca devam edilebilir. Tedavi sırasında hasta trombosit transfüzyonuna başlıyorsa ve hematolojik yanıt kaybı olursa ilaç kesilir.

(3) Bu durumların belirtildiği üçüncü basamak hastanelerde hematoloji uzman hekiminin yer aldığı üç ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Her doz deyiminde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir. Her raporda hastanın transfüzyona başlıyıp başlamadığı ve hematolojik yanıt kaybı olup olmadığı belirtilir.

#### **4.2.28 - Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri**

**(Ek:RG-09/09/2017-30175/26md.Yürürlük:23/09/2017)**

**4.2.28.A- Statinler (antihipertansiflerle veya asetilsalisilikasitle kombinasyonları dahil) (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 17-a md. Yürürlük:18/05/2018) ve Kolestiramin**

**(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 24-a md. Yürürlük: 08/01/2019)**

##### **4.2.28.A-1- Yetişkinlerde;**

(1) Statinler **(Ek: RG-10/05/2018-30417/ 17-b md. Yürürlük:18/05/2018)** ve kolestiramin, daha önce kullanmayan hastalarda, uzman hekim raporuna dayanılarak kullanılmaya başlanır;

a) LDL düzeyinin 190 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda,

b) LDL düzeyinin 160 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; iki ek risk faktörü varsa,

c) LDL düzeyinin 130 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; üç ek risk faktörü varsa,

**(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 15-a md. Yürürlük: 11/05/2013)** LDL düzeyinin 100 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş Mİ, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda LDL düzeyinin 70 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş Mİ, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda.

(2) Birinci fıkranın b ve c bentleri için ek risk faktörleri aşağıda belirtilmiştir:

a) Hipertansiyon,

b) Ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü,

c) 65 yaş ve üstü hastalar.

(3) Tedaviye başlanmaya esas olan ilk uzman hekim raporunda, bu rapor öncesi son 6 ay içinde, birinci fıkranın a, b ve c bentleri için en az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğu gösteren tetkik sonuçları belirtilir. Rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirilmeye alınmaz. Raporun yenilenmesinde lipid düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu istenmez. **(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 33-a md. Yürürlük: 15/10/2016)** Tedaviye uzun süre ara veren (6 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır. Bu ilaçlar uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(4) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 15-a md. Yürürlük: 11/05/2013)** Statinlerin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir. Rosuvastatinin 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji **(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 33-b md. Yürürlük: 15/10/2016)**, geriatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir.

**(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 17-c md. Yürürlük:18/05/2018)**

(5) Kolestiramin; birinci, ikinci ve üçüncü fıkralarda yer alan kullanım koşulları esas alınmak üzere, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları, nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

**(Ek:RG- 28/12/2018- 30639 / 24-b md. Yürürlük: 08/01/2019)**

##### **4.2.28.A-2- Çocuklarda;**

(1) Statinler; aşağıdaki koşullardan en az birinin sağlanması durumunda çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk kardiyolojisi uzman hekimince düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) 10 yaşından küçük çocuklarda;

1) Kardiyovasküler hastalık veya kalp transplantasyonu geçirmiş olan veya homozigot ailevi hiperkolesterolemili ve LDL düzeyi 400 mg/dl ve üstünde olanlarda,

2) LDL düzeyi 190 mg/dl ve üstünde olan ve ek olarak birden fazla yakın aile bireyinde erken başlangıçlı kardiyovasküler hastalık bulunan veya en az bir risk faktörü bulunanlarda,

b) 10 yaş ve üzeri çocuklarda;

1) LDL düzeyinin 190 mg/dl'nin üstünde olduğu durumlarda,

2) LDL düzeyinin 160 mg/dl'nin üstünde olduğu ve ek olarak aile öyküsü veya iki ek risk faktörü bulunanlarda,

3) LDL düzeyinin 130 mg/dl'nin üstünde olduğu ve ek olarak klinik kardiyovasküler sistem hastalığı veya üç ek risk faktörü bulunanlarda.

(2) Ek risk faktörleri; hipertansiyon, VKI persentile  $\geq 95$ , HDL-C  $<40$  mg/dl, diyabet, kronik böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı, geçirilmiş böbrek nakli, Kawasaki hastalığı, kronik inflamatuvar hastalık, HIV enfeksiyonu veya nefrotik sendromdur.

(3) LDL düzeyinin, tedaviye başlanmadan önceki son 6 ay içinde, en az bir hafta ara ile yapılmış iki ölçümde de tedaviye başlama kriterlerini sağlıyor olması ve tetkik sonuçlarının uzman hekim raporunda belirtilmesi gerekmektedir. Devam eden raporlarda LDL düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu aranmaz. Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır.

**4.2.28.B - Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar (fenofibrat, gemfibrozil (Mülga:RG-10/05/2018-30417/ 18-a md. Yürürlük:18/05/2018) , kolestiramin)**

(1) Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar;  
a) Trigliserid düzeyinin 500 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda veya  
b) Trigliserid düzeyinin 200 mg/dL üstünde olan; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları, (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 15-b md. Yürürlük: 11/05/2013) nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. (Ek: RG-10/05/2018-30417/ 18-b md. Yürürlük:18/05/2018) Tedaviye 6 ay veya daha uzun süre ara veren hastalarda bu madde kapsamındaki ba langıç kriterleri yeniden aranır.

**4.2.28.C - Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dahil)**

(1) En az 6 ay boyunca statinlerle tedavi edilmiş olmasına rağmen LDL düzeyi 100 mg/dL'nin üzerinde kalan hastalarda bu durumun belgelenmesi ko uluyla ve kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Karaci er enzimlerinden en az birinin (AST/SGOT ya da ALT/SGPT) normal değer aralığının üst sınırının en az 3 kat üstüne çıkması ya da kreatin fosfokinaz düzeylerinin normal aralığının üst kısmının en az 2 kat üzerine çıkması durumlarında, bu nedenlerden dolayı statin kullanılmadığı belgelenmesi ko uluyla; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

**4.2.28.Ç - Niasin**

(1) Niasin;

a) En az 6 ay süreyle statin aldığı halde, LDL düzeyinin 100 mg/dL'nin üstünde olduğu; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda veya,

b) Trigliserid düzeyinin 500 mg/dL'nin (diabetes mellitus hastalığında 200 mg/dL) üstünde olduğu durumlarda tek başına veya fibrik asit türevi ile kombine olarak,

iç hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

**4.2.28.D - Raporun yenilenmesi**

(1) Raporlu hastalarda raporun yenilenmesi durumunda, yapılan tetkik sonucu dikkate alınmadan, daha önce alınan ilacın teminine esas olan bir önceki raporun düzenlenme tarihi veya tedaviye başlama tarihi ve başlama tarihlerinin raporunda belirtilmesi yeterlidir.

(2) Ancak yeni yapılan tetkikin sonucu başlama tarihlerine uygunsuzsa önceki rapora ait bilgilere gerek olmaksızın yeni rapor düzenlenir.

(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 16 md. Yürürlük: 29/06/2016)

**4.2.28.E- PCSK9 inhibitörleri (evolocumab)**

(1) Homozigot ailesel hiperkolesterolemi hastalarında en az 6 ay boyunca statin ve ezetimiblerle tedavi edilmiş olmasına rağmen LDL düzeyi 190 mg/dL'nin üzerinde kalan hastalarda bu durumun belgelenmesi ko uluyla ve kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

**4.2.29 - Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri**

(1) Bu grup ilaçların (Ek: RG-21/03/2018- 30367/ 27-a md. Yürürlük:01/04/2018) (a a rıda belirtilenler hariç) bütün formlarından; östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar (östradiol ya da konjüge östrojen ve progesteron kombinasyonları, yalnız östrojen içerenler ve tibolon içerenler) ile progesteronlar; endokrinoloji, 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 edilebilir.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 27-b md. Yürürlük: 01/04/2018)

(2) Tek başına dienogest etkin maddesi içeren ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelli Kurumca kar ılanır.

(3) Tek başına progesteron etkin maddesi içeren ve infertilite tedavisi endikasyonu olan topikal ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen prospektüs endikasyonlarıyla uyumlu uzman hekim raporuna istinaden diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelli Kurumca kar ılanır.

**4.2.30 (Değişik:RG-26/09/2013-28777/ 8-a md. Yürürlük:04/10/2013) Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan ve sildenafil kullanım ilkeleri Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, sildenafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri**

(1) (Değişik:RG-26/09/2013-28777/ 8-b md. Yürürlük:04/10/2013) Pulmoner hipertansiyonda hastaların;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması;

b) Vazoreaktivite testinin ba arısız (etkisiz) olması;

e) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması, gerekmektedir. Pulmoner hipertansiyonda hastaların;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması;

b) Vazoreaktivite testinin negatif olması;

e) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması, gerekmektedir.

(2) Üçüncü ay kontrolünde Pulmoner Arteriyel Basıncıta (PAB) azalma olmaması (PAB'ın de i memesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra ba langıç kriterleri ve PAB'da azalma olması artı aranmaz.

(3) Uygulanacak tedavi üçer aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar do rultusunda sa lık kurulu raporunda belgeleneciktir.

(4) İgili 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 edilir.

(5) 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 ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(Ek:RG-26/09/2013-28777/8-c md. Yürürlük:04/10/2013)

—(6) Bosentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz.

—(EK:RG-25/07/2014-29071 / 35 md. Yürürlük: 07/08/2014)

—(7) Sildenafil ve tadalafil kombine kullanılamaz.

(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 15 md. Yürürlük: 28/02/2015)

#### **4.2.30 Pulmoner hipertansiyon ile kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda ilaç kullanım ilkeleri**

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 34-a md. Yürürlük: 15/10/2016)

—4.2.30. A Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri

**4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 30-a md. Yürürlük: 12/09/2019) riociguat, seleksipag, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri**

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 21 md. Yürürlük: 13/08/2015)

—(1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların;

— a) Fonksiyonel kapasitelerinin NHYA sınıf II, III veya IV olması;

— b) Vazoreaktivite testinin negatif olması;

— e) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması, gerekmektedir.

(1) Pulmoner hipertansiyonda;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NHYA sınıf II, III veya IV olması ve vazoreaktivite testinin negatif olması durumunda hastalarda tedaviye ba lanır.

b) Bu hastaların üç aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması durumunda tedaviye devam edilir.

(2) Üçüncü ay kontrolünde Pulmoner Arteriyel Basıncıta (PAB) azalma olmaması (PAB'ın de i memesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra ba langıç kriterleri ve PAB'da azalma olması artı aranmaz.

(3) Uygulanacak tedavi üçer aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar do rultusunda sa lık kurulu raporunda belgeleneciktir.

(4) İgili 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 edilir.

(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 30-b md. Yürürlük: 12/09/2019)

—(5) 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 ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(5) Seleksipag yalnızca; endotelin reseptör antagonisti (ERA) ve/veya fosfodiesteraz Tip 5 (PDE-5) inhibitörü ile tedavinin yetersiz oldu u hastalarda kombinasyon tedavisi ekinde kullanılması halinde (iloprost trometamol (inhaler formu) ile birlikte kullanımı hariç olmak üzere) bedelleri Kurumca kar ılanır.

(6) Bosentan (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 34-b md. Yürürlük: 15/10/2016), masitentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz.

(7) Sildenafil (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 30-c md. Yürürlük: 12/09/2019), riociguat ve tadalafil kombine kullanılamaz.

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 30-ç md. Yürürlük: 12/09/2019)

(8) Ioprost trometamol (inhaler formu) ve seleksipag kombine kullanılamaz.

**4.2.30. B- Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda (KTEPH, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Grup 4) riosiguat kullanım ilkeleri**

(1) Riosiguat; yalnızca inoperabl veya cerrahi tedavi sonrasında dirençli/nükseden KTEPH'li eri kin hastalardan;

a) Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi, pulmoner anjiyografi, çok kesitli spiral BT anjiyografi veya manyetik rezonans anjiyografi yöntemlerinden en az ikisi ile tromboemboli tanısı konulmu ve

b) Sa kalp kateterizasyonu ile ortalama PAB de eri 25 mmHg ve üzerinde olan ve

c) En az 3 aylık antikoagulan tedavisi sonrasında ortalama PAB de erinde bir dü ü olmayanlarda kullanılır.

(2) Üçüncü basamak sa lık tesislerinde bu durumların belirtildi i ve en az birinin gö üs cerrahisi veya kalp damar cerrahisi uzman hekimi olması ko uluyla, kardiyoloji, gö üs hastalıkları, gö üs cerrahisi veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulundu u üç ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilir.

(3) Her üç aylık tedavi sonunda egzersiz kapasitesinde (6 dakika yürüme testi) düzelme olması (Ek: RG-18/06/2016- 29746/ 19 md. Yürürlük: 25/06/2016) /stabil kalması veya DSÖ fonksiyonel sınıfında iyile me olması (Ek: RG-18/06/2016- 29746/ 19 md. Yürürlük: 25/06/2016) /stabil kalması halinde tedaviye devam edilir. Bu durumların belirtilece i devam raporlarında ayrıca ba langıç kriterleri aranmaz.

#### 4.2.31 - Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde ribavirin kullanım ilkeleri

(1) Kırım Kongo kanamalı ate inde ribavirin, enfeksiyon hastalıkları, çocuk sa lı ı hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimince veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak di er hekimlerce de reçete edilebilir.

#### 4.2.32 - Kontrast maddeler

(1) Ayakta yapılan intravenöz piyelografi (I.V.P) ve histerosalpingografi (HSG) tetkiklerinde kullanılacak non-iyonik radyo-opak maddelerden 50 ml.'lik bir kutu kullanılması halinde yalnızca tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekim tarafından reçete düzenlenir ve reçeteye radyo-opak madde ve yapılacak tetkikin ne oldu u açıkça yazılır. 50 ml.'yi a an dozda non-iyonik radyo-opak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılma gerekçesinin reçeteye yazılması gerekir. Söz konusu maddelerin, resmi sa lık kurumlarınca temin edilerek fatura edilmesi halinde reçete aranmaz.

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

(3) Gadoksetat; sadece karaci er ve safra yolları manyetik rezonans kolonjiografi (kontrastlı) incelemelerinde kullanılır.

(4) (Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 36 md. Yürürlük: 07/08/2014) (~~Değişik:RG-04/05/2013-28637/- 16 md. Yürürlük: 11/05/2013~~) Gadobutrol; sadece karaci er ve böbrek manyetik rezonans incelemelerinde kullanılır.

-Gadobutrol;

a) Tüm vücut MR anjiyografi görüntülemesinde,

b) 65 ya ve üzeri tüm hastalarda tüm prospektüs endikasyonlarında,

e) Böbrek yetmezli i olan hastalarda tüm prospektüs endikasyonlarında,

ç) Di er hastalarda ise yalnızca karaci er ve böbrek manyetik rezonans görüntülemesinde, kullanılır.

(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 35 md. Yürürlük: 15/10/2016)

(5) yodize ya asitleri etil esterleri; tanısal radyolojide yalnızca lenfografide, giri imsel radyolojide ise yalnızca eri kinlerde orta evredeki hepatoselüler karsinomun Trans Arteriyel Kemo Embolizasyonu (TAKE) sırasında vektörizasyon ve cerrahi yapı tırcılar ile birlikte vasküler embolizasyonu endikasyonlarında yalnızca radyoloji uzman hekimlerince reçetelenir.

#### 4.2.33- (~~Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 17 md. Yürürlük: 11/05/2013~~) Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri

##### 4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az üç göz sa lı ı ve hastalıkları uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlı ı raporda belirtilerek, göz sa lı ı ve hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır.

(2) Ranibizumab; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlı ına ait bilgiler 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla ba lanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinli i ve optik koherens tomografileri (OKT) de erlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(3) Bu grup ilaçlar ardı ık ya da kombine olarak kullanılmayacaktır.

(4) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

##### 4.2.33.B- Retina ven dalı tıkanıklığı (RVDT) ve santral retinal ven tıkanıklığında (SRVT) ilaç kullanım ilkeleri

(1) Deksametazon intravitreal implant; her bir uygulama için; makula ödemi olan hastanın anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim ve optik koherens tomografi (OKT) varlı ı sa lık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye ba lanır. Görme keskinli i 0,5 ve altı ve/veya OKT'de CRT 250 mikron ve üzerinde ise tekrar tedavi verilebilir. Bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(2) Her bir göz için yılda maksimum 2 uygulama yapılır.

(3) Üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az üç göz sa lı ı ve hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sa lık kurulu raporuna dayanılarak göz sa lı ı ve hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir.

##### 4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri

(~~Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 20 a md. Yürürlük: 25/06/2016~~)

##### 4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik maküler ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

(1) (EK: RG- 18/02/2015- 29271 / 16 a md. Yürürlük: 28/02/2015) Pegaptanib sodyum, ranibizumab, aflibersept ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlı ı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır.

##### 4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab, aflibersept ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üniversite veya e- itim ve ara tırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA



(kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve/veya OKT varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarına reçetelenerek uygulanır.

(Değişiklik: RG-09/09/2017-30175/27-a md. Yürürlük: 08/05/2017)

(2) (Değişiklik: RG-05/08/2015-29436/22 md. Yürürlük: 13/08/2015) (Ek: RG-18/02/2015-29271/16-a md. Yürürlük: 28/02/2015) Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla uygulanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir. (Değişiklik: RG-18/06/2016-29746/20-b md. Yürürlük: 25/06/2016) Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla uygulanır. **Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve/veya OKT varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla uygulanır.** Bu süre sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye ilaç de ği mi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılacak de erlendirme sonucuna göre, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, de ği mi inin gerekçesinin belirtildi ği sa lık kurulu raporu ile mümkündür.

(2) Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve/veya OKT varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek 4 (dört) ila 6 (altı) hafta arayla 3 kez yükleme dozuyla uygulanır. Yükleme dozları arasındaki sürenin hastaya başlı sebeplerle 6 (altı) haftanın üzerine çıkması söz konusu oldu ğu takdirde bu durumun belirtildi ği sa lık kurulu raporuna istinaden 4-6 hafta ara ile yükleme dozunun yeniden tekrarlanması gerekmektedir. Yükleme dozunun tamamlanması sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir. Devam tedavisi, ilacın Sa lık Bakanlığı na ruhsatlı endikasyonu/kullanım eklinde yer alan esaslar do ğ rultusunda sürdürülecektir. Tedaviye alınan olumlu cevaba göre Sa lık Bakanlığı na ruhsatlı endikasyonu/kullanım eklinde yer alan esaslar do ğ rultusunda tedaviye ara verilmesi durumunda yeniden tedavi, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş sa lık kurulu raporuna istinaden ara vermeden önce kullanılan ilaç ile mümkündür. Bu durumda yeniden yükleme dozu artırılamayacaktır. Tedavide ilaç de ği mi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra devam edecek tedaviler esnasında yapılacak de erlendirme sonucuna göre, hekim tarafından uygun görülen durumda başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, de ği mi inin gerekçesinin belirtildi ği sa lık kurulu raporu ile mümkün bulunmaktadır. İlaç de ği mi yapıldı ğında yeniden yükleme dozu yapılması artırılamayacaktır. Yükleme dozu tamamlanmaksızın ilaç de ği mi hasta bazında Sa lık Bakanlığı na endikasyon do ğ ru ilaç kullanımı onayına istinaden mümkündür.

(3) (Değişiklik: RG-05/08/2015-29436/22 md. Yürürlük: 13/08/2015) Bu grup ilaçlar ardı ık ya da kombine olarak kullanılamayacaktır. Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır. (Ek: RG-09/09/2017-30175/27-b md. Yürürlük: 08/05/2017) Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmez.

(4) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

(Değişiklik: RG-18/02/2015-29271/16-b md. Yürürlük: 28/02/2015)

#### 4.2.33.B – Retina ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri

##### 4.2.33.B – Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri

(1) Dekametazon intravitreal implant; her bir uygulama için; makula ödemi olan hastanın anamnezi, FFA (Ek: RG-18/02/2017-29983/11-a md. Yürürlük: 01/03/2017) (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve optik koherens tomografi (OKT) varlığı sa lık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanır. Görme keskinliği 0,5 ve altı ve/veya OKT’de CRT 250 mikron ve üzerinde ise tekrar tedavi verilebilir. Bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(2) (Ek: RG-18/02/2015-29271/16-b md. Yürürlük: 28/02/2015) Ranibizumab ve aflibersept ~~deksametazon intravitreal implant kullanımı uygun olmayan veya yanıt alınamayan hastalarda kullanılabilir.~~ (Ek: RG-18/02/2015-29271/16-b md. Yürürlük: 28/02/2015) Ranibizumab ve aflibersept; intravitreal implant kullanılmama gerekçesi ile birlikte hasta anamnezi, FFA (Ek: RG-18/02/2017-29983/11-a md. Yürürlük: 01/03/2017) (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek (Değişiklik: RG-09/09/2017-30175/28-a md. Yürürlük: 08/05/2017) birer ay 4 (dört) ila 6 (altı) hafta arayla 3 kez yükleme dozuyla uygulanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(3) (Ek: RG-18/02/2015-29271/16-b md. Yürürlük: 28/02/2015) Dekametazon intravitreal implant; her bir göz için yılda maksimum 2, ranibizumab ve aflibersept; her bir göz için ömür boyu maksimum 7 kutu ilaç bedeli ödenir.

(4) (Değişiklik: RG-18/06/2016-29746/20-c md. Yürürlük: 25/06/2016) Üçüncü basamak sa lık kurumlarında Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sa lık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarına reçetelenir.

(Ek: RG-09/09/2017-30175/28-b md. Yürürlük: 08/05/2017)

(5) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmez.

(6) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

(Ek: RG-25/07/2014-29071/37 md. Yürürlük: 07/08/2014)

~~4.2.33.C— Patolojik miyopiye (PM) bağı koroidal neovaskularizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri~~

~~(1) Ranibizumab (Ek: RG-18/02/2017-29983/ 11-b md. Yürürlük: 01/03/2017) ve aflibersept etken maddesini içeren ilaçlar; (Değişik: RG-18/06/2016-29746/ 20-ç md. Yürürlük: 25/06/2016) üçüncü basamak sa lık kurumlarında Üniversite veya e itim ve ara tırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı bir ay süreli sa lık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA (Ek:RG-09/09/2017-30175/ 29-a md. Yürürlük: 08/05/2017) (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarına reçetelenir.~~

~~—(2) Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği, optik koherens tomografileri (OKT) ve FFA (Ek:RG-09/09/2017-30175/ 29-a md. Yürürlük:08/05/2017) (kontrendikasyonu yoksa) ile de erlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ile tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.~~

~~—(3) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir. (Ek:RG-09/09/2017-30175/ 29-b md. Yürürlük: 08/05/2017)~~

~~—(4) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak de erlendirilmez.~~

~~—(Ek: RG-18/06/2016-29746/ 20-d md. Yürürlük: 25/06/2016)~~

~~4.2.33.D— Diyabetik maküler ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri~~

~~—(1) Ranibizumab, aflibersept ve deksametazon intravitreal implant etken maddelerini içeren ilaçlar; üniversite hastaneleri ile e itim ve ara tırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sa lık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve/veya OKT varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarına reçetelenerek uygulanır.~~

~~—(Değişik:RG-09/09/2017-30175/ 30-a md. Yürürlük: 08/05/2017)~~

~~—(2) Ranibizumab tedavisine, 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla, aflibersept tedavisine 5 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 5 kez yükleme dozuyla ba lanır. Dekametazon intravitreal implant için yükleme dozu uygulaması bulunmamaktadır.~~

~~—(3) Tedavinin devamında göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) de erlendirilir. Ba langıç ve devam bulguları ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.~~

~~(4) Ranibizumab ve aflibersept arasında ilaç de i imi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye ba lanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılacak de erlendirme sonucuna göre, ba langıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmi , de i imin gerekçesinin belirtildi i sa lık kurulu raporu ile mümkündür.~~

~~(2) Ranibizumab tedavisine, 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek 4 (dört) ila 6 (altı) hafta arayla 3 kez yükleme dozuyla, aflibersept tedavisine 5 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek 4 (dört) ila 6 (altı) hafta arayla en az 3 en fazla 5 doza kadar yükleme dozuyla ba lanır. Dekametazon intravitreal implant için yükleme dozu uygulaması bulunmamaktadır. Yükleme dozları arasındaki sürenin hastaya ba lı sebeplerle 6 (altı) haftanın üzerine çıkması söz konusu oldu u takdirde bu durumun belirtildi i sa lık kurulu raporuna istinaden 4-6 hafta ara ile yükleme dozunun yeniden tekrarlanması gerekmektedir.~~

~~—(3) Yükleme dozunun tamamlanması sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) de erlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir. Devam tedavisi, ilacın Sa lık Bakanlığı ince ruhsatlı endikasyonu/kullanım ekinde yer alan esaslar do rultusunda sürdürülecektir. Tedaviye alınan olumlu cevaba göre Sa lık Bakanlığı ince ruhsatlı endikasyonu/kullanım ekinde yer alan esaslar do rultusunda tedaviye ara verilmesi durumunda yeniden tedavi, ba langıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmi sa lık kurulu raporuna istinaden ara vermeden önce kullanılan ilaç ile mümkündür. Bu durumda yeniden yükleme dozu artı aranmayacaktır.~~

~~—(4) Ranibizumab ve aflibersept arasında ilaç de i imi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye ba lanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra devam edecek tedaviler esnasında yapılacak de erlendirme sonucuna göre, hekim tarafından uygun görülen durumda ba langıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmi , de i imin gerekçesinin belirtildi i sa lık kurulu raporu ile mümkün bulunmaktadır. laç de i imi yapıldı nda yeniden yükleme dozu yapılması artı aranmayacaktır. Yükleme dozu tamamlanmaksızın ilaç de i imi hasta bazında Sa lık Bakanlığı r endikasyon dı r ilaç kullanımı onayına istinaden mümkündür.~~

~~—(5) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır. (Ek:RG-09/09/2017-30175/ 30-b md.Yürürlük: 08/05/2017) Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak de erlendirilmez. Dekametazon intravitreal implant, ranibizumab ve aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile aynı gün içerisinde olmamak kaydıyla uygulanabilecektir. (Aynı gözde diyabetik maküler ödemde 7 implanttan fazla tekrar edilmesi gereken durumlar için hasta bazında Sa lık Bakanlığı r endikasyon dı r ilaç kullanımı onayı aranır.)~~

~~—(6) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.~~

~~—(Ek: RG-07/10/2016-29850/ 36 md. Yürürlük: 15/10/2016)~~

~~4.2.33.E— Göz Hastalıkları tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar~~

~~(1) Siklosporin içeren immünsupresif göz damlaları, üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen bir yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.~~

~~(2) Kuru göz sendromunda kullanılan suni gözya ları, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek 6 (altı) ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.~~

~~(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 25 md. Yürürlük: 28/01/2019)~~

#### ~~4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri~~

~~(1) Bevacizumab, ranibizumab, aflibersept, deksametazon intravitreal implant ve verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçların; üçüncü basamak sa lık kurumlarında 3 göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden göz hastalıkları uzman hekimlerince uygulanması ve a a ıda yer alan kurallar çerçevesinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Bu etkin maddeleri içeren ilaçların kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak de erlendirilmez.~~

~~(2) Raporlarda; hasta anamnezi, görme keskinli i, lezyona ait renkli resim, Fundus Fluorescein Anjiyografi (FFA) (kontrendikasyonu yoksa) ve Optik Koherens Tomografi (OKT) bulguları ile tedaviye yanıtı ili kin kriter esasları yer alacaktır.~~

~~(3) Tedavinin etkinli ine (tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap) yönelik de erlendirme kriterleri a a ıdaki gibidir:~~

~~a) Ba langıç tedavisine göre görme keskinli inde artı olmaması veya görme keskinli inin azalması veya~~

~~b) Bir sıra (5 harf) kayıp olması veya~~

~~c) OKT’de merkezi fovea kalınlı ının 250 mikron ve üzerinde olması.~~

~~(4) İlk defa tedavi alacak hastalarda ameliyathane ko ullarında steril artlarda hazırlanacak bevacizumab etkin maddeli ilaç ile günübirlik tedavi kapsamında tedaviye ba lanacaktır.~~

~~(5) ntravitreal bevacizumab enjeksiyonu yükleme dozu; en az 3 ay süreyle 4-6 haftada bir, her uygulamada 1,25 mg/0,1 ml’dir. Ardı ık olarak yapılan 3 uygulama sonrasında tedavinin etkinli i de erlendirilecek ve ba langıç de erlerine göre etkinlik düzeyi sa lık raporunda belirtilecektir. ntravitreal bevacizumab enjeksiyonu devam dozları ve pozolojisi uygulamayı yapan hekim tarafından belirlenerek düzenlenecek sa lık kurulu raporunda belirtilecektir. Tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda tedaviler; gerekmesi halinde deksametazon intravitreal implant, ranibizumab, aflibersept veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlarla ayakta tedavi kapsamında sürdürülecektir.~~

~~(6) Hâlihazırda ranibizumab veya aflibersept etkin maddelerini içeren ilaçlar ile tedavileri devam etmekte olan hastalarda ilaç de i imi gerekmesi halinde en az 3 ay süreyle bevacizumab etkin maddeli ilaç uygulaması ile tedaviye devam edilecektir.~~

~~(7) Yükleme dozu aranan durumlarda yükleme dozu tamamlanmaksızın di er etkin maddeli ilacın kullanımı halinde bu ilaç bedelleri Kurumca kar ılanmaz.~~

~~(8) Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarda 3 ay süreyle 4-6 haftada bir yükleme dozu ile tedaviye ba lanır. Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)’de aflibersept etkin maddeli ilaç ile yükleme dozu 5 ay süreyle de uygulanabilecektir. Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarla tedaviye Sa lık Bakanlı ınca ruhsatlı endikasyonunda belirtilen sürelerden daha uzun süreyle ara verilmesi durumunda Sa lık Bakanlı ı endikasyon dı ı ilaç kullanımı onayı alınması ve onay tarih ve sayısının sa lık kurulu raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.~~

~~(9) Ranibizumab ve aflibersept etkin maddeli ilaçlar arasında ilaç de i imi gereken hallerde tedaviye en az 3 ay süreyle 4-6 haftada bir bevacizumab etkin maddeli ilaç ile devam edilecek olup bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda di er etkin maddeli ilaç ile tedaviye yükleme dozu yapılmaksızın devam edilebilecektir.~~

~~(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 31 md. Yürürlük: 12/09/2019)~~

#### ~~4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri~~

~~(1) Anti-VEGF ilaçlar (bevacizumab/ranibizumab/aflibersept), deksametazon intravitreal implant veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlar üçüncü basamak sa lık kurumlarında uygulanması ve reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.~~

~~a) Ba langıç tedavilerinde; yükleme dozları açısından bevacizumab etkin maddeli ilaç için göz hastalıkları uzman hekimi tarafından 1 ay süreli tek hekim raporu ile günübirlik tedavi kapsamında di er etkin maddeli ilaçlar içinse 3 göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden göz hastalıkları uzman hekimlerince uygulanması ve a a ıda yer alan kurallar çerçevesinde reçete edilmesi ve ayakta tedaviler kapsamında ilaçların aylık olarak temini halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.~~

~~b) dame tedavilerde; deksametazon intravitreal implant ve verteporfin etkin maddeli ilaçlar hariç olmak üzere yükleme dozu sonrası (3 doz olarak uygulanarak tamamlanacak) bevacizumab etkin maddeli ilaç için göz hastalıkları uzman hekimi tarafından 1 ay süreli tek hekim raporu ile günübirlik tedavi kapsamında, di er etkin maddeli ilaçlar içinse 3 göz hastalıkları uzman hekimi tarafından 1 ay süreli sa lık kurulu raporu düzenlenecek ve bir önceki muayene bulguları esas alınmak kaydıyla Tebli de belirtilen dayana ı kriterlere de yer verilerek tedaviye yanıtına ili kin de erlendirme her raporda belirtilecek ekilde ayakta tedaviler kapsamında ve ilaçların aylık olarak temini halinde Kurumca kar ılanır.~~

~~c) İlk defa tedaviye ba lanan hastalar ile ilaç de i imi gereken idame tedavilerinde kullanılacak etkin maddeler açısından yükleme dozlarının tamamlanması esastır. Düzenlenecek elektronik reçete veya tek hekim raporu/sa lık kurulu raporunda yükleme dozu yapılacak ilacın kaçınıcı doz oldu u belirtilecektir.~~

~~ç) Bu etkin maddeleri içeren ilaçların aynı anda gözde kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak de erlendirilmez.~~

~~(2) Raporlarda; hasta anamnezi, görme keskinli i, lezyona ait renkli resim, Fundus Fluorescein Anjiyografi (FFA) (kontrendikasyonu yoksa) ve Optik Koherens Tomografi (OKT) bulguları ile tedaviye yanıtı ili kin kriter esasları yer alacaktır.~~

~~(3) Tedavinin etkinli ine (tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap) yönelik de erlendirme kriterleri a a ıdaki gibidir:~~

~~a) Ba langıç tedavisine göre görme keskinli inde artı olmaması veya görme keskinli inin azalması veya~~

~~b) Bir sıra (5 harf) kayıp olması veya~~

~~c) OKT’ de merkezi fovea kalınlı ının 250 mikron ve üzerinde olması.~~

(4) Tedavinin etkinli ine yönelik de erlendirme kriterlerinin tamamı; yükleme dozu uygulamalarında ilk muayene de erlendirme kriterleriyle, idame tedavilerde bir önceki muayenede tespit edilen de erlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir.

(5) Tedavinin ba ladı ı veya idame tedaviye geçildi i tarihte yürürlükte bulunan Tebli de belirtilmi OKT bulgularına göre tedavi görmekte olan hastaların hâlihazırdaki OKT' de merkezi fovea kalınlı mın 250 mikron ve üzerinde olması durumunda tedaviyi yürüten hekim tarafından "hastanın tedaviye yanıt verdi inin" raporda belirtilmesi kaydıyla mevcut anti-VEGF ilaç ile tedaviye devam edilmesi mümkündür.

(6) ntravitreal bevacizumab günübirlik tedavi kapsamında uygulanacak olup, yükleme dozu; 4-6 hafta arayla ardı ık 3 doz olarak 1,25 mg/0,05 ml'dir. Ayrıca tedaviyi düzenleyen hekim tarafından farklı dozlarda (2,5 mg/0,1 ml veya 1,25 mg/0,1 ml) kullanımı da mümkündür. ntravitreal bevacizumab idame tedavilerinde doz ve pozoloji uygulamayı yapan hekim tarafından belirlenerek düzenlenecek sa lık raporunda belirtilecektir. Tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda tedaviler; gerekmesi halinde deksametazon intravitreal implant, ranibizumab, aflibersept veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlarla ayakta tedaviler kapsamında sürdürülebilir.

(7) Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar arasında ilaç de i imi gereken hallerde tedaviye bevacizumab etkin maddeli ilaç ile yükleme dozu tamamlanmak suretiyle devam edilecektir. Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda di er etkin maddeli ilaç ile tedaviye yükleme dozu yapılarak devam edilebilir.

(8) Yükleme dozu aranan durumlarda yükleme dozu tamamlanmaksızın di er etkin maddeli ilacın kullanımı halinde bu ilaç bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(9) Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarda yükleme dozu; 4-6 hafta arayla ardı ık 3 doz uygulamadır. Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'de aflibersept etkin maddeli ilaç ile yükleme 5 doz olarak da uygulanabilir. Anti-VEGF ajanlar ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra idame tedaviler hekim tarafından belirlenecek aralıklarda sa lanacak, tekrar ilaç gereksinimi durumunda son kullanılan etkin maddeli ilaç ile tedaviye devam edilebilir.

(10) Dekametazon intravitreal implant etkin maddeli ilacın, anti-VEGF ilaçlar ile aynı göze aynı günde uygulanmaması kaydıyla yılda en fazla 4 defa kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Aynı göze ardı ık uygulanacak deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç için iki uygulama arasındaki süre en az 3 ay olmalıdır. ki doz arasındaki süre tedaviyi yürüten hekim tarafından belirlenir. Dekametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç ile tedaviye yanıt alınan durumlarda anti-VEGF ilaçlar kullanılırken veya kullanılmaksızın tedaviye devam edilmesi mümkündür.

(11) Retinal ven tıkanıklı ı ve diyabetik maküler ödem tanılı glokomun e lik etti i hastalarda bevacizumab ile yükleme dozu sonrası yetersiz cevap alınması durumunda, bu durumun sa lık raporunda belirtilmesi kaydı ile deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılmaksızın ranibizumab veya aflibersept ile tedaviye devam edilebilir.

(12) Anti-VEGF ilaçlarla yükleme dozu sonrası, anti-VEGF ilaçların idame tedavisi sırasında ve anti-VEGF ilaç kullanımının kontrendike oldu u durumlarının herhangi birinde deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilacın kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Retinal ven tıkanıklı ı ve diyabetik maküla ödemi tanılarında önceden deksametazon implant ile tedavi edilmi , cevap alınmı ve ilaç kullanımına ara verilmi hastalarda, hastalı ın yeniden aktivasyonu ile tekrar ilaç gereksinimi durumunda son ilaç kullanım tarihine bakılmaksızın aynı etkin maddeli ilaç ile tedaviye devam edilir.

(13) Anti-VEGF ilaçların kullanımının kontrendike oldu u durumlar; son 3 ay içinde geçirilmi miyokard enfarktüsü veya serebro vasküler olay ve benzeri vasküler patolojilerdir. Kontrendikasyon olu turan gerekçe hekim tarafından sa lık kurulu raporunda mutlaka belirtilir.

#### **4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye ba lanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike oldu u durumlarda (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 32 md. Yürürlük: 12/09/2019) hekim tarafından gerekli görüldü ü takdirde 3 ay süre ile verteporfin etkin maddeli ilaç ve bu sürenin sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sa lanması gerekmektedir.

#### **4.2.33.B- Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye ba lanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike oldu u durumlarda 1 defaya mahsus olmak üzere deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılması ve sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; 1 yıl içinde (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 33 md. Yürürlük: 12/09/2019) 2 4 dozu geçmemek artıyla deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç uygulanarak tedaviye devam edilecektir. Dekametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 33 md. Yürürlük: 12/09/2019) veya glokomun e lik etti i hastalarda ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldü ü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sa lanması gerekmektedir.

#### **4.2.33.C- Patolojik Miyopiye (PM) bağı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye ba lanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike oldu u durumlarda (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 34 md. Yürürlük: 12/09/2019) hekim tarafından gerekli görüldü ü takdirde 3 ay süre ile verteporfin etkin maddeli ilaç ve bu sürenin sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sa lanması gerekmektedir.

#### **4.2.33.Ç- Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 1 defaya mahsus olmak üzere deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılması ve sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karılır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; deksametazon, ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde başlanması gerekmektedir.

#### **4.2.33.D- Göz hastalıkları tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar**

(1) Siklosporin içeren immünsupresif göz damlaları, üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(2) Kuru göz sendromunda kullanılan suni gözyaşları, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek 6 (altı) ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

**(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 21-a md. Yürürlük: 01/04/2017)**

**(Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 17-a md. Yürürlük: 29/11/2016)**

**(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 23 md. Yürürlük: 13/08/2015)**

**(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 17 md. Yürürlük: 28/02/2015)**

#### **4.2.34- Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon ve copolymer-1 kullanım ilkeleri**

#### **4.2.34- Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat ve fingolimod kullanım ilkeleri**

**4.2.34- Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid ve fingolimod kullanım ilkeleri**  
**4.2.34- Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod (Ek:RG-10/05/2018-30417/19-a md.Yürürlük:18/05/2018), fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab ve natalizumab kullanım ilkeleri**

(1) Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-1 ilaç bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için; disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olguların remitting-relapsing türü olması artlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.

**(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 21-b md. Yürürlük: 01/04/2017)**

(1) Beta interferon (Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 23 md. Yürürlük: 13/08/2015), teriflunomid ve glatiramer asetat (copolymer-1); disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olguların remitting-relapsing türü olması artlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi koşuluyla nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(1) Beta interferon, teriflunomid, dimetil fumarat ve glatiramer asetat (copolymer-1); disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olguların remitting-relapsing türü olması artlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi koşuluyla nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(2) Fingolimod; yalnızca çok aktif durumlarda RR tipindeki erkin MS hastalarından, en az bir yıl süre ile bir beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır.

a) Yanıt vermeyen hastalar; bir yıllık tedavi ile ataklarında de i iklik olmayan, ataklarında artı gözlenen, daha ciddi atakları olan veya önceki tedaviler ile son yıl içinde en az bir atak geçirmiş ve kraniyal MR'ında bir veya birden fazla kontrast tutan lezyon veya birbirini takip eden MR'larda T2 lezyonlarının arttığı durumlardaki hastalardır.

b) EDSS skoru her düzenlenen raporda belirtilir ve 6 ve üzeri olan hastalarda tedavi sonlandırılır.

c) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği nöroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

~~(3)-(Mülga: RG- 21/04/2015- 29333/ 12 md. Yürürlük: 30/04/2015) "Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi" nde (EK 4/C) yer alan ve multipl skleroz hastalığında kullanılan ilaçlar, yalnızca çok aktif durumlarda RR tipindeki erkin MS hastalarından, yukarıdaki koşullara göre fingolimod tedavisi almış ve EDSS skoru 6 ve üzeri olması nedeniyle fingolimod tedavisi sonlandırılmış hastalarda kullanılır.~~

**(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 17-b md. Yürürlük: 29/11/2016)**

(3) Natalizumab; yalnızca yüksek derecede aktif relapsing remitting multipl skleroz hastalarından, en az bir yıl süre ile bir beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır.

a) Yanıt vermeyen hastalar; en az bir yıllık tedavi süresince ataklarında de i iklik olmayan veya yılda en az bir atak geçirmiş olan veya ataklarında artı gözlenen ve hastaların beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'sinde en az 1 adet Gadolinium-artırıcı lezyon veya en az 9 adet T2-hiperintens lezyonu bulunması durumundaki hastalardır.

**(Mülga: RG- 04/09/2019- 30878/ 35 md. Yürürlük: 12/09/2019)**

b) Natalizumab tedavisine başlamak için PML (Progresif multifokal lökoensefalopati) riskini belirleyen Anti-JCV Antikor Testi sonucunun negatif olduğu raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu test tedavi boyunca yılda iki kez yapılır ve her raporda test sonucu belirtilir. Test sonucunun pozitif olması halinde tedavi sonlandırılır.

c) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği ve nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

**(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 21 md. Yürürlük: 25/06/2016)**

**(4) Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez.**

**(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 21-b md. Yürürlük: 01/04/2017)**

(4) Alemtuzumab, yukarıdaki fıkralarda yer alan ilaçlara ili kin hükümler do rultusunda tedaviye yanıt vermeyen veya sonlandırma kriterleri olu mu yüksek derecede aktif relapsing remitting multipl skleroz hastalarında üçüncü basamak tedavi olarak üçüncü basamak sa lık kurumlarında bu durumların belirtildi i ve nöroloji uzman hekiminin yer aldı 1 6 aylık sa lık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

**(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 21-c md. Yürürlük: 01/04/2017)**

(5) Fampiridin; disabilite skoru (E.D.S.S.) 4 ve üzeri olan ve 25 adım yürüme testine göre ilacı kullanması hekim tarafından gerekli görülen relapsing remitting multipl skleroz hastalarında tedaviye ba lanır, EDSS skoru 7 üzeri olan hastalarda tedavi sonlandırılır. Üçüncü basamak sa lık kurumlarında bu durumların belirtildi i nöroloji uzman hekiminin yer aldı 1 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

**(Değişik: RG- 10/05/2018-30417/ 19-b md. Yürürlük:18/05/2018)**

**(6) Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez.**

(6) Okrelizumab;

a) EDSS skoru 7 ve altında olan Primer Progresif Multiple Skleroz (PPMS) hastalarında kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) EDSS skoru 7 ve altında olan ve ataklarla seyreden Remitting Multiple Skleroz (RMS) ve/veya Sekonder Progresif Multiple Skleroz (SPMS) hastalarında; en az bir yıl süre ile beta interferon veya teriflunomid veya dimetil fumarat veya glatiramer asetat tedavisine yanıtız oldu unun gösterilmi olması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

c) Bu durumların belirtildi i, nöroloji uzman hekiminin yer aldı 1 üçüncü basamak sa lık kurumlarında düzenlenecek bir yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

**(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 19-c md. Yürürlük:18/05/2018)**

**(7) Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez.**

**4.2.35 (Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 9 md. Yürürlük: 04/10/2013) (Değişik:RG-04/05/2013-28637/ 18-a md. Yürürlük: 11/05/2013) Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, **(Ek: RG-04/05/2013-28637/ 18-b md. Yürürlük: 11/05/2013)** ortopedi veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil); üçüncü basamak sa lık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji, **(Ek: RG-04/05/2013-28637/ 18-c md. Yürürlük: 11/05/2013)** ortopedi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

(3) Duloksetin; diyabetik periferel nöropatik a rı tedavisinde; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sa lık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) Alfa lipoik asit (kombinasyonları dahil); **(Ek: RG-04/05/2013-28637/ 18-ç md. Yürürlük: 11/05/2013)** diyabetik nöropatik a rı ve periferel diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(5) **(Ek: RG-04/05/2013-28637/ 18-d md. Yürürlük: 11/05/2013)** Duloksetin; fibromiyalji ve kronik kas iskelet a rısı tedavisinde romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

**4.2.35 -Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri**

**4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi **(Ek: RG-07/10/2016-29850/ 37 md. Yürürlük: 15/10/2016)**, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil); üçüncü basamak sa lık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi **(Ek: RG-07/10/2016-29850/ 37 md. Yürürlük: 15/10/2016)**, geriatri **(Ek: RG-25/07/2014-29071/ 38 md. Yürürlük: 07/08/2014)** ve beyin cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenledi i **(Ek:RG-28/12/2018-30639/ 26 md. Yürürlük: 08/01/2019)** 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

**(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 36-a md. Yürürlük: 12/09/2019)**

(1) Gabapentin etken maddeli ilaçların, üçüncü basamak sa lık kurumlarında düzenlenen nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, algoloji, deri ve zührevi hastalıkları, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldı 1 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının, üçüncü basamak sa lık kurumlarında düzenlenen romatoloji, algoloji, deri ve zührevi hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve

rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya beyin cerrahisi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 3 aylık süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Duloksetin; diyabetik periferik nöropatik ağrı tedavisinde; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) Alfa lipoik asit (kombinasyonları dahil);

a) Diyabetik nöropatik ağrı ve periferik diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

b) Nöropatik ağrı; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 36-b md. Yürürlük: 12/09/2019)

(5) Kapsaisin etken maddesini mono olarak krem formunda içeren ürünlerin yalnızca açık deri lezyonlarının iyileşmesinden sonra herpes zoster enfeksiyonlarına eşlik veya takip eden nevraljinin (postherpetik nevralji) veya ağrı diyabetik periferik polinöropatinin semptomatik tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

#### **4.2.35.B-Fibromiyalji ilaç kullanım ilkeleri (Değişik: RG- 24/12/2013- 28861/ 2 md. Yürürlük: 02/01/2014)**

(1) Prospektüsünde fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından reçete edilebilir.

#### **4.2.35.B-Kronik kas iskelet ağrısı ve fibromiyalji ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Prospektüsünde kronik kas iskelet ağrısı ve/veya fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilebilir.

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 37 md. Yürürlük: 12/09/2019)

(2) Pregabalın etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon veya algoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı en fazla 3 aylık süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

#### **4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Apomorfın, kabergolin, entakapon ve kombinasyonları, rasajilin, pergolid mezilat, pramipexol hidroklorür, bormaprin hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-a md. Yürürlük: 15/10/2016) veya geriatri uzmanı tarafından veya bu uzman (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-a md. Yürürlük: 15/10/2016) hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(2) Tolkapon; entakaponun etkisiz kaldığı veya direnç geliştirdiği vakalarda; üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, bu durumun belirtildiği nöroloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-b md. Yürürlük: 15/10/2016) veya geriatri uzman hekim tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla 1 aylık ilaç miktarında reçete edilir.

(3) Amantadin sülfat; parkinson hastasının tedavisi ile ilaçlara bağılı olumsuz ekstrapiramidal reaksiyonların tedavisinde (tremor, rijidite, hipo veya akinezi), nöroloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-a md. Yürürlük: 15/10/2016) veya geriatri uzmanı tarafından veya bu uzman (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-a md. Yürürlük: 15/10/2016) hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

#### **4.2.37 - Akromegalide ilaç kullanım ilkeleri**

##### **4.2.37.A - Pegvisomant**

(1) Cerrahi ve/veya radyasyon terapisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon terapisine uygun olmayan aktif akromegalisi olan ve en az 12 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 araştırma ile üniversite hastanelerinde içinde en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzmanının yer aldığı 3 aylık süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(2) 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 aylık iki rapor daha düzenlenebilecek ve bu şekilde başlangıç tedavi süresi toplam 6 ayı a mayacaktır.

(3) Düzenlenen raporlarda; ya da uygun IGF-1 referans aralığı ve hastanın sonuç değerleri, varsa bir önceki raporun tarihi ve sayısı ile kaçınca rapor olduğu belirtilecektir.

(4) Tedavi sırasında yine IGF-1 kontrolü yapılarak ya da uygun IGF-1 referans aralığı ve hastanın sonuç değerinin belirtildiği en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Tedavi sırasında IGF-1 ölçümlerine göre doz azaltılması gerektiğinde yeni bir rapor düzenlenmesine gerek bulunmamaktadır. Tedavi için düzenlenen raporda; başlangıç tedavisi için düzenlenen raporların tarih ve sayısı da belirtilecektir.

(5) Reçeteler, endokrinoloji ve metabolizma uzmanları tarafından düzenlenecektir. Tedavi sırasında en fazla iki aylık dozda reçetelenecek ve reçetelere IGF-1 ölçümleri yazılacaktır.

#### 4.2.37.B - Oktreotid ve lanreotid

(1) Akromegali tedavisinde endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 1 saatlik kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma veya beyin ve sinir cerrahisi uzman hekimlerince reçete edilir.

#### 4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

**(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 10 md. Yürürlük: 04/10/2013)**

(1) Metformin, sulfonilüreler, metformin+sulfonilüre kombinasyonları, akarboz ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Metformin, sulfonilüreler, metformin+sulfonilüre kombinasyonları, alfa glukozidaz inhibitörleri ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Repaglinid (Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 13 md. Yürürlük: 30/04/2015) (kombinasyonları dahil), nateglinid ve diğer oral antidiyabetiklerin kombine preparatları; endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kardiyoloji ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

**(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/31-a md.Yürürlük: 23/09/2017)**

(3) Analog insülinler, pioglitazon, pioglitazonun oral kombinasyonları veya pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. (Ek: RG- 18/02/2017- 29983/ 12 md. Yürürlük: 01/03/2017) 300 IU/ml insülin glarjin içeren ilaçlar; günlük insülin ihtiyacı yüksek olan (100 IU/gün) veya uzun etkili insülin kullandığı halde gece hipoglisemi riski yüksek olan veya brittle tip 1 diyabeti olan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı 1 saatlik kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(3) Analog insülinler, pioglitazon, pioglitazonun oral kombinasyonları veya pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

a) 300 IU/ml insülin glarjin içeren ilaçlar; günlük insülin ihtiyacı yüksek olan (100 IU/gün) veya uzun etkili insülin kullandığı halde gece hipoglisemi riski yüksek olan veya brittle tip 1 diyabeti olan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı 1 saatlik kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

b) insülin degludek+insülin aspart kombinasyonu; analog karışım veya uzun etkili insülinlerden birini kullanımı olmasına rağmen kan şekeri labil seyreden ve/veya sık hipoglisemik olay geçiren ve/veya hipoglisemi riski yüksek ya da regülasyon sağlanamayan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı 1 saatlik kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 22 md. Yürürlük: 25/06/2016)**

(4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin) ve DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sulfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamayan hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde ise iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

**(4) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 39 md. Yürürlük: 15/10/2016) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları ve sodyum glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri; metformin ve/veya sulfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamayan hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptinin 2,5 mg'lık formları yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında ve günlük en fazla 2,5 mg dozunda kullanılabilir. DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin) (Ek:RG- 09/09/2017- 30175/31-b md.Yürürlük:23/09/2017), alogliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları ve sodyum glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri; metformin ve/veya sulfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamayan hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptini tek başına içeren 2,5 mg'lık formları yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında ve günlük en fazla 2,5 mg dozunda kullanılabilir.**

**(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 28-a md. Yürürlük: 01/04/2018)**

(4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin, alogliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sulfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamayan hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptini tek başına içeren 2,5 mg'lık formları günlük en fazla 2,5 mg. dozunda, alogliptini tek başına içeren 12,5 mg.'lık formları günlük en fazla 12,5 mg. dozunda yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında kullanılabilir.

(5) Eksenatid; metformin ve/veya sulfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamayan ve vücut kitle indeksi tedavi başlangıcında  $35 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olan ve tedavi öncesi anamnezde akut pankreatit geçirilme öyküsü bulunmayan tip 2 diyabet hastalarında kullanılabilir. Bu kriterlere uyan hastalara başlangıç dozu rapor artı aranamaksızın (2x5mg) (1 kutu) olarak endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Başlama kriterleri ilk reçetede belirtilecektir. Tedaviye devam edilecekse; devam kararı, başlama kriterleri ve metformin ve/veya sulfonilüreler için hastaya verilen maksimum dozlar, 6 ay süreli endokrinoloji uzman hekim raporunda belirtilir. Tedaviye devam edilecekse bundan sonraki raporlar 1 yıl süreli düzenlenebilir. Söz konusu raporlara dayanılarak **(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104 / 20 md. Yürürlük: 06/09/2014)** yalnızca endokrinoloji uzmanları ile endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. insülinlerle birlikte kesinlikle kullanılmaz. Tedavi esnasında akut pankreatit geçirilmesi durumunda ilaç kesilir ve tekrar kullanılmaz.



**(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 22 md. Yürürlük: 25/06/2016)**

(5) Eksenatid; vücut kitle indeksi tedavi ba langıcında 35 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olan ve tedavi öncesi anamnezde akut pankreatit geçirilme öyküsü bulunmayan tip 2 diyabet hastalarında;

a) Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sa lanamamı hastalarda kombinasyon ekinde,

b) Metformin ve/veya pioglitazon ile kombine ya da tek ba ına bazal insülin ile yeterli glisemik kontrol sa lanamamı hastalarda bazal insüline ek olarak kullanılabilir.

c) Bu fıkradaki kriterlere uyan hastalara ba langıç dozu rapor artı aranmaksızın (2x5mcg) (1 kutu) olarak endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Ba lama kriterleri ilk reçetede belirtilecektir. Tedaviye devam edilecekse; devam kararı, ba lama kriterleri ve metformin ve/veya sülfonilüreler ve/veya pioglitazon ve/veya bazal insülin için hastaya verilen maksimum dozlar, 6 ay süreli endokrinoloji uzman hekim raporunda belirtilir. Tedaviye devam edilecekse bundan sonraki raporlar 1 yıl süreli düzenlenir. Söz konusu raporlara dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Tedavi esnasında akut pankreatit geçirilmesi durumunda ilaç kesilir ve tekrar kullanılmaz.

**(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 28-b md. Yürürlük: 01/04/2018)**

(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin, empagliflozin) **(Ek:RG-10/05/2018-30417/ 20 md. Yürürlük:18/05/2018)** ve SGLT2 inhibitörlerinin di er oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; **metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sa lanamamı hastalarda, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.**

#### **4.2.39 - Kseroderma Pigmentosum tedavisinde güneşten koruyucu kremlerin kullanım ilkeleri**

(1) Kseroderma pigmentosum tedavisinde kullanılan güne ten koruyucu kremlerin bedelleri aylık 162 (yüzaltmış iki) TL'yi geçmemek kaydıyla sa lık kurulu raporu, reçete ve faturaya dayanılarak sa lık sosyal güvenlik merkezleri tarafından ahıs bazında ödenir.

(2) Bu kremler, üçüncü basamak sa lık kurumlarında düzenlenen en az bir cilt hastalıkları uzman hekiminin bulundu u sa lık kurulu raporuna dayanılarak, tüm sa lık kurum/kurulu larında cilt hastalıkları uzman hekimlerince en fazla üç aylık dozda reçete edilebilir.

(3) Bu kremler, UVA ve UVB ı nlarının her ikisini de etkin ekinde bloke eden, SPF en az 30 olan, fiziksel (çinko oksit veya titanyum dioksit içeren) ve/veya kombine filtre içeren özelliklerde olmalıdır.

#### **4.2.40 - Huzursuz bacak sendromunda ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Pramipeksol hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji **(Ek: RG- 07/10/2016-29850/ 40 md. Yürürlük: 15/10/2016)** , geriatri veya psikiyatri uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

#### **4.2.41 - Parenteral demir preparatları kullanım ilkeleri:**

(1) Parenteral demir preparatları a a ıda yer alan durumlarda bu durumların belirtildi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

a) ntestinal malabsorbsiyon sendromları

b) Kronik inflamatuvar ba ırsak hastalıkları

c) Aktif GIS kanaması olan hastalar

ç) Hemodiyaliz hastaları

d) Total ve subtotal gastrektomili hastalar

e) Atrofik gastritli hastalar

f) Oral demir alımını tolere edemeyen hamileler

g) Demir eksikli i anemisi bulunan (saturasyon <%20 ve/veya ferritin <100 mcg/l) evre III, IV, V kronik böbrek hastaları

) Periton diyaliz hastalarının anemisi

h) Postpartum dönemde gözlenen anemi,

ı) Cerrahi öncesi ve sonrası gözlenen anemi,

i) Kansere ba lı anemi,

j) KKY hastalarının anemisi,

k) Prediyaliz [hemodiyaliz ve periton diyaliz öncesi son dönem (evre V) KBY hastaları] hastalarının anemisi.

#### **4.2.42 - İnvitro fertilizasyon (IVF), ovulasyon indüksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IUI) işlemlerinde ilaç kullanım ilkeleri:**

##### **4.2.42.A - OI ve/veya IUI İşlemi**

(1) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 39 md. Yürürlük: 25/07/2014)** Evli olmakla birlikte e lerden herhangi birinin evlat edinilmi çocukları hariç soyba ı kurulmu sa çocu unun olmaması ko uluyla; **Evli olmakla birlikte evlat edinilmi çocukları hariç çocuk sahibi olmayan** genel sa lık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü oldu u karısına uygulanan "OI ve/veya IUI" tedavilerine ili kin giderlerin Kurumca ödenebilmesi için;

a) Kadın hastalıkları ve do um uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu düzenlenmi olması,

b) Uygulamanın yapıldı ı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması,

artlarının birlikte sa lanmı olması gerekmektedir.

(2) Sa lık kurulu raporlarında, hasta ya ı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kaçınıcı deneme oldu u, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

(3) Sa lık kurulu raporunun düzenlendi i tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye ba lanmaması halinde yeniden sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(4) Birinci uygulamadan sonraki “OI ve/veya IUI” tedavisi için de yeniden sa lık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(5) laçlar, düzenlenen rapora istinaden tedavinin yapıldı ı sa lık hizmeti sunucusu kadın hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilecektir.

(6) laçların kullanım dozları a a ıda belirtilmi tir.

a) Standart hasta grubunda (açıklanamayan infertilite veya erkek infertilitesi veya endometriyozis olgularında) uygulama (siklus) ba ına toplam 1000 IU, toplam 3 siklus (3000 IU) gonadotropin ödenir.

b) Kadın infertilitesinde anovulasyonla birlikte seyreden a a ıdaki durumlar, OI ve/veya IUI i leminde istisnai haller olarak kabul edilir:

1) Polikistik Over Sendromu (PCOS); en az 3, en fazla 6 siklus klomifen sitrat tedavisine yanıt alınamayan (ovulasyon sa lanamayan veya gebelik elde edilemeyen) hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.

2) Hipogonadotropik hipogonadizm; hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.

#### 4.2.42.B - IVF İşlemi

(1) IVF i leminde; SUT’un 2.4.4. .1 maddesine uygun olan hastalarda ilaç kullanım esasları a a ıda belirtilmi tir.

a) SUT’un 2.4.4. .1.2 maddesinde belirtilen IVF tedavisi kurallarına göre düzenlenmi raporlarda ayrıca hastanın kullanaca ı ilaç ile ilgili a a ıda belirtilen durumlar hakkındaki bilgiler de yer alacaktır:

1) Normal ovaryan yanıtılı hasta grubunda (**Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 11 md. Yürürlük: 01/10/2014**) ~~en fazla 2 uygulama, toplam 6000 IU~~ **en fazla 3 uygulama (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 23 md. Yürürlük: 25/06/2016) siklus ba ı 3000 IU ye kadar**, toplam 9000 IU gonadotropin ödenir. Bu grup hastalarda IVF tedavisi öncesi IUI i lemi yapılmı olması artı aranır. (**Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 40 md. Yürürlük: 07/08/2014**) SUT’un “2.4.4. -1-2-IVF sa lık kurulu raporu” maddesinde IUI i lemi aranmayacak hastalar belirtilmi tir.

2) Kötü ovaryan yanıtılı veya dü ük ovaryan rezervli hasta grubunda; (**Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 11 md. Yürürlük: 01/10/2014**) ~~en fazla 2 uygulama, siklus ba ı 4500 IU ye kadar toplam 9000 IU~~ **en fazla 3 uygulama, siklus ba ı 4500 IU ye kadar toplam 13500 IU** gonadotropin ödenir. Ayrıca bu grup hastalarda IVF tedavisi öncesi (**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 23 md. Yürürlük: 25/06/2016**) ~~IUI~~ **OI+IUI** i lemi yapılmı olması artı aranmaz.

b) IVF tedavisi için düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilen ilaçlar, tedavinin yapıldı ı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları ve do um uzman hekimlerince reçete edilecektir.

#### 4.2.42.C - Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar

(1) Kök hücre vericisi karde do masına yönelik IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar; SUT’un 2.4.4. .2 maddesi ko ullarına uyan ve söz konusu maddede belirtilen sa lık kurulu raporuna istinaden IVF tedavisinin yapıldı ı üremeye yardımcı tedavi merkezinde kadın hastalıkları ve do um uzman hekimlerince reçeteye yazılabilecektir. Her bir IVF denemesine ili kin olarak kullanılacak gonadotropin dozu en fazla 3000 IU olacak ve raporda belirtilecektir.

#### 4.2.42.Ç - IVF, OI ve IUI İşlemleri

(1) IVF, OI ve IUI i lemlerinde; ovülasyon tetiklemesi için kullanılan hCG (human korionik gonadotropin) maksimum dozun dı nda olup 10000 üniteyi geçemez. IVF, OI ve IUI i lemlerinde kullanılan ilaçlar katılım payından muaf de ildir.

#### 4.2.43 - Dijital ülseri olan sistemik skleroz hastalarında ilaç kullanım ilkeleri

(1) Iloprost (intravenöz formları), sistemik skleroz (dijital ülser dahil) endikasyonunda, romatoloji veya klinik immünoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu uzman hekimlerce reçetelenir.

(2) Bosentan, sistemik skleroza ba lı dijital ülserli hastalarda;

a) Kalsiyum kanal blokerleri ve intravenöz iloprost ile en az 3 ay süreyle tedavi görmü ve yanıt alınmamı ve en az biri 2 mm’den fazla çapı ve görünebilir derinli i olan a rılı kardinal ülser olmak üzere multiple ( 4 adet) dijital ülseri olan hastalarda tedaviye ba lanır.

b) Bu hususların belirtildi i, üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az bir romatoloji uzman hekiminin bulundu u 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak yine bu sa lık kurumlarında romatoloji uzman hekimlerince reçetelenir.

c) Bosentan kullanılacak hastalarda, her reçete ile birlikte reçeteyi düzenleyecek hekim tarafından Kurum resmi internet sitesinde yayınlanan “Hasta Kayıt Formu-1” doldurularak Kuruma gönderilmesi gerekmektedir. Düzenlenen reçetelerde hasta kayıt formunun tarihinin belirtilmesi gerekmektedir.

(**Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 18 md. Yürürlük: 28/02/2015**)

#### 4.2.44- Kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar (CAPS) hastalığında kanakinumab kullanım ilkeleri;

(1) Kanakinumab; (**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 24 md. Yürürlük: 25/06/2016**) ~~yalnızca 15~~ 7,5 kg vücut a ırlı mın üzerinde olan (**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 24 md. Yürürlük: 25/06/2016**) ~~4~~ 2 ya ve üstü çocuklar ile yeti kinlerde kriyopirin ili kili periyodik sendromlardan (CAPS); ailevi so uk otoinflamatuvar sendrom (FCAS)/ailevi so uk ürtiker (FCU), Muckle-Wells sendromu (MWS), neonatal ba langıçlı multisistem inflamatuvar hastalık (NOMID)/kronik infantil nörolojik, kütanöz, artiküler sendrom (CINCA) tedavisinde kullanılır.

(2) Tedaviye anakinra ile ba lanır. Anakinra tedavisine yanıt alınamaması veya anakinra tedavisi altındayken anakinra kullanılmasını engelleyecek ciddi klinik yan etki olu ması halinde kanakinumab tedavisine geçilir.

(3) Kanakinumab tedavisinde 6 ay sonunda yapılacak yanıt de erlendirmesine göre yanıt alınamayan hastalarda tedavi kesilir.

(4) Kanakinumab; üçüncü basamak sa lık kurumlarında bu durumların belirtildi i romatoloji uzman hekiminin yer aldı ı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

(**Ek: RG- 14/07/2016- 29770/ 11 md. Yürürlük: 14/07/2016**)

#### 4.2.45 – Duchenne Müsküler Distrofi (DMD) hastalığında Ataluren kullanım ilkeleri

(1) Distrofin geninde nonsense (anlamsız) mutasyonlar oldu unun genetik test (DNA analizi) ile ortaya konulması ve altı dakika yürüme testi sonuçlarına göre üç yüz metre ve üzeri yürüyebilen (**Değişik:RG-10/05/2018-30417/ 21 md.**

**Yürürlük:10/05/2018)** yedi be ya ve üzeri hastalarda, üçüncü basamak resmi sa lık kurulu larında en az bir pediatrik/eri kin nöroloji uzmanının yer aldığı en fazla altı ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak pediatrik/eri kin nörologlar tarafından reçetelenir.

(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 18 md. Yürürlük: 29/11/2016)

**4.2.46 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;**

(1) Pirfenidon (Ek:RG-09/09/2017- 30175/32 md.Yürürlük: 23/09/2017) ve Nintedanib etken maddesini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az üç gö üs hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu (Değişik:RG-10/05/2018-30417/ 22-a md. Yürürlük:18/05/2018) 6 ay 1 yıl süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm gö üs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

(Değişik: RG- 10/05/2018-30417/ 22-b md. Yürürlük:18/05/2018)

(Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 32 md.Yürürlük: 23/09/2017)

(2) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddesini içeren ilaçlar;

a) Ba dokusu belirteçleri açısından romatoloji konsültasyonu alınmış, IPF tanısı biyopsi ile ve/veya a rıda belirtilen uluslararası kriterlere göre konmuş olan hastalarda tedaviye başlanır.

1) Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) raporu, (raporun tarih ve sayısının sa lık kurulu raporunda belirtilmiş olması)

2) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesini (DLCO) de içeren ayrıntılı solunum fonksiyon testleri (DLCO-DLCO/VA-DLCO/VA/ADJ de erlerinin raporda belirtilmesi ve DLCO/VA/ADJ de erinin %30-90 arası olması.

b) Tedavinin devamı için hasta 6 ayda bir de erlendirilir. DLCO/VA/ADJ de erinde atak dönemi dı ndaki ölçümde ba langıca göre %15 dü me (progresyon) olması halinde tedavi kesilir. Tedavinin devamı için ba langıca göre %15 dü me olmadı ı her raporda belirtilmelidir.

Bu durumların belirtildi i üçüncü basamak sa lık kurumlarında üç gö üs hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak tüm gö üs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

(3) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddeleri arasında tedavi geçi lerinde; tedaviye yanıtızsızlık (progresyon) kriteri veya intolerans artı (ilaça ba lı yan etki) aranır. Bu durum sa lık kurulu raporlarında belirtilmelidir.

(2) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) %30, Forced Vital Kapasitesi (FVC) %50 olan ve/veya akci er biyopsisi ve/veya toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile IPF tanısı konmuş ve bununla birlikte ba dokusu belirteçleri açısından de erlendirilmiş hastalarda antifibrotik tedavi başlanır. Sa lık kurulu raporunda;

a) HRCT ile tanı konuldu ise görüntüleme raporunun tarih ve sayısı veya

b) Akci er biyopsisi ile tanı konuldu ise patoloji raporunun tarih ve sayısı veya

c) DLCO %30, FVC %50 olması hali,

ile birlikte ba dokusu belirteçleri negatif olan hastalarda bu durumun belirtilmesi, ba dokusu belirteçleri pozitif olan hastalarda romatolojik açıdan de erlendirilerek ba dokusu hastalı ı-akci er tutulumunun olmadığı belirtilmesi gerekmektedir.

(3) Hastalar her 12 ayda bir yeniden de erlendirilmelidir. Bu de erlendirmelerde;

a) FVC de erinde bir önceki sa lık kurulu raporu de erine göre (ataklar dı nda) %10 dü me olması ilaca yanıtızsızlık olarak kabul edilir ve tedavi sonlandırılır.

b) Tedavinin devamı için düzenlenen raporlarda ikinci fıkrada belirtilen ilaç ba lama kriterleri aranmaz. Tedavinin devamı için FVC de erinde bir önceki sa lık kurulu raporu de erine göre (ataklar dı nda) %10 dü me olmadı ı her raporda belirtilmelidir.

(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 22-c md. Yürürlük:18/05/2018)

(4) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddeleri arasında tedavi geçi leri;

a) Tedaviye yanıtızsızlık veya intolerans geli mi se bu durum sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir.

b) İlaç de i imi yapılması gereken hallerde, bu durumun ve üçüncü fıkrada belirtilen devam kriterlerinin yer aldığı yeni sa lık kurulu raporu düzenlenir.

(Ek: RG- 24/12/2016- 29928/ 1 md. Yürürlük: 24/12/2016)

**4.2.47 Konjenital jeneralize lipodistrofi tanısında metreleptin kullanım ilkeleri;**

(Değişik: RG- 08/06/2017- 30090/ 13-a md. Yürürlük: 16/06/2017)

**4.2.47 Konjenital jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tanılarında metreleptin kullanım ilkeleri;**

(Değişik:RG-08/06/2017-30090/13-b md. Yürürlük:16/06/2017)

(1) Leptin dü üklü ü (erkeklerde < 8 ng/ml; kadınlarda < 12 ng/ml) bulunan ve metabolik bozuklukların düzeltilmesine yönelik tedavilerin ( metformin, glitazon, insülin, hipolipidemik tedavi ve diyet) en az 6 ay kullanılmasına rağmen yanıt alınamamış hastalarda, 6 ay süreli çocuk endokrinoloji ve/veya eri kin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarından oluşan sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçetelenerek tedaviye başlanır. Metabolik bozuklukların düzeltilmesine yönelik tedavilerden yanıt alınamama kriterleri;

a) HbA1c > %8 veya

b) Trigliserid > 300 mg / dl veya

c) ALT ve AST düzeyleri üst sınırnın 2 katından fazla veya

**e) Günlük insülin dozu 1,5 ünite / kg üzerinde olması**

(1) Leptin dü üklü ü (erkeklerde < 8 ng/ml; kadınlarda < 12 ng/ml) bulunan ve metabolik bozuklukların düzeltilmesine yönelik tedavilerin ( metformin, glitazon, insülin, hipolipidemik tedavi ve diyet) en az 6 ay kullanılmasına rağmen yanıt alınmamış hastalarda, 6 ay süreli **(Ek:RG-09/09/2017-30175/ 33md.Yürürlük:23/09/2017)** **çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları ve/veya** çocuk endokrinoloji ve/veya eri kin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarından olu an sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçetelenerek tedaviye ba lanır. Bu raporda Konjenital Leptin Eksikliği i tanıı için ayrıca erken ba langıçlı morbid obezitenin ( vücut kitle indeksi standart deviasyon skoru >3SDS ) oldu u ve leptin eksikliği ine ili kin tetkik sonuçları raporda belirtilir. Metabolik bozuklukların düzeltilmesine yönelik tedavilerden yanıt alınmama kriterleri;

- a) HbA1c %8 veya
- b) Trigliserid > 300 mg / dl veya
- c) ALT ve AST düzeyleri üst sınırın 2 katından fazla veya

**e) Günlük insülin dozu 1,5 ünite / kg üzerinde olması**

**(2) 6 aylık metreleptin tedavisi sonrasında yukarıdaki kriterlerden en az ikisinde düzelme sa lanmaması durumunda tedavi kesilir. dame tedavisine geçilen hastalarda 6 ay süreli çocuk endokrinoloji ve/veya eri kin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarından olu an sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçetelenerek tedavi sürdürülür.**

**(Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 2 md. Yürürlük: 11/10/2017)**

**4.2.47 – Jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tanılarında metreleptin kullanım ilkeleri;**

(1) Jeneralize lipodistrofi tanısında;

Leptin dü üklü ü (erkeklerde <8 ng/ml; kadınlarda <12 ng/ml) bulunan ve jeneralize lipodistrofi kesin tanısının Manyetik Rezonans Görüntüleme yöntemi veya DEXA ile tespit edilmesi veya homozigot mutasyonun moleküler genetik tetkik ile tespit edilmesi halinde ve;

a) En az 6 ay düzenli diyet e li inde metformin veya glitazon içeren tedavi ile kombine günlük en az 1,5 ünite/kg insülin kullanımına rağmen HbA1c %8 olması,

b) En az 6 ay düzenli fibrat grubu ilaçlar ile trigliserid dü ürtücü tedaviye rağmen Trigliserid > 300 mg/dl olması, kriterlerinden en az birinin sa landı ı vakalarda; üçüncü basamak resmi sa lık hizmeti sunucularında, çocuk endokrinoloji ve/veya çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma ve/veya eri kin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarınca düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporu ile yine üçüncü basamak resmi sa lık hizmeti sunucularında bu uzmanlık dallarınca reçetelenerek tedaviye ba lanır.

(2) Konjenital leptin eksikliği i tanısında;

Erken ba langıçlı (1 ya tan önce) morbid obezitesi olan (2 ya ın altında boya göre vücut a ırlı > %140, 2 ya ve üzerinde Vücut Kitle ndeksi Standart Deviasyon Skoru > 3SDS olan) Leptin düzeyinin biyokimyasal olarak <2 ng/ml oldu u veya moleküler genetik tetkik ile Leptin geninde homozigot mutasyonun gösterildi i vakalarda; üçüncü basamak resmi sa lık hizmeti sunucularında çocuk endokrinoloji ve/veya çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma ve/veya eri kin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarınca düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporu ile yine üçüncü basamak resmi sa lık hizmeti sunucularında bu uzmanlık dallarınca reçetelenerek tedaviye ba lanır.

(3) Jeneralize lipodistrofi tanısında tedavinin devam kriterleri;

Tedavinin ba lamasının ardından 6 ay süreyle ilaç kullanımı sonrasında;

a) Ba langıç HbA1c düzeyinde en az 1,5 (%) dü ü olması ve bu düzeyin 6 aydan sonra da korunmaya devam edilmesi,

b) Ba langıç trigliserid düzeyinde en az %30 oranında dü ü olması ve bu düzeyin 6 aydan sonra da korunmaya devam edilmesi,

kriterlerinden en az birinin sa landı ı vakalarda üçüncü basamak resmi sa lık hizmeti sunucularında, çocuk endokrinoloji ve/veya çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma ve/veya eri kin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarınca düzenlenecek 6 ay süreli sa lık kurulu raporu ile yine üçüncü basamak resmi sa lık hizmeti sunucularında bu uzmanlık dallarınca reçetelenerek tedaviye devam edilir.

**(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 22 md. Yürürlük: 01/04/2017)**

**4.2.48 – 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği tanısında kolik asit kullanım ilkeleri;**

(1) Yalnızca 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği i tanısında; üçüncü basamak sa lık kurumlarında çocuk endokrinoloji, çocuk metabolizma hastalıkları, eri kin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldı ı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir.

**(Değişik: RG-08/06/2017-30090/ 14 md. Yürürlük:16/06/2017)**

**4.2.48 – Kolik asit kullanım ilkeleri;**

(1) 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği i tanıı ve Zellweger spektrum bozuklu u tanıı hastalarda; üçüncü basamak sa lık kurumlarında çocuk endokrinoloji, **(Ek:RG-09/09/2017-30175/ 34md. Yürürlük:23/09/2017)** çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, eri kin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldı ı 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir.

(Değişik: RG- 01/02/2019- 30673/ 8-a md. Yürürlük: 09/02/2019)

(Ek: ~~RG- 05/07/2017- 30115/ 1 md. Yürürlük: 13/07/2017~~)

~~4.2.49 – Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında nusinersen sodium kullanım ilkeleri;~~

~~4.2.49 – Spinal Musküler Atrofi hastalığında nusinersen sodium kullanım ilkeleri;~~

(Ek: RG- 01/02/2019- 30673/ 8-b md. Yürürlük: 09/02/2019)

~~4.2.49.A – Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında;~~

(1) SMA Tip-1 tedavisinde kullanılan ilaçlar çocuk nörolojisi uzman hekiminin yer aldığı ilk 4 uygulama için 3 ay süreli sonraki uygulamalar için (Değişik: RG-09/09/2017-30175/ 35-a md. Yürürlük:09/09/2017) 6 4 ay süreli (Ek: RG-04/09/2019- 30878/ 38 md. Yürürlük: 12/09/2019) Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında düzenlenen sa lık kurulu raporuna istinaden “Sa lık Bakanlığı 1-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Ki sel Tedavide Kullanılmalarını De erlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “ İlaç Kullanım Onayı” ile (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 38 md. Yürürlük: 12/09/2019) Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında çocuk nörolojisi uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilir. “ İlaç Kullanım Onayı”nın; ilk 4 uygulama için tek seferde ve sonraki her bir uygulama için ise ayrı ayrı verilmesi halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

(2) Nusinersen Sodium etken maddesini içeren ilacın; tescilli yapılmı yenido an ve çocuk yo un bakım servisi bulunan, bünyesinde çocuk nörolojisi uzmanının da yer aldığı, beslenme ve diyetetik ile fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin multidisipliner bir yaklaşımla sunulabilece i Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sa lık hizmeti sunucularında kullanılması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

(3) Hastalarda a a ıda yer alan kriterlerin tamamının sa lanması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bile ik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 2 oldu unun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-1 tanısı konmu ve birisi çocuk nörolojisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden olu an konsey kararına istinaden yurt dı ı ilaç kullanım ba vurusu yapılarak “Sa lık Bakanlığı 1-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Ki sel Tedavide Kullanılmalarını De erlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “ İlaç Kullanım Onayı” bulunmalıdır.

b) Klinik belirti ve bulgular, SMA Tip-1 ile uyumlu olarak 6 ay (180 gün) iken ba lamı olmalıdır.

(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 35-b md. Yürürlük: 09/09/2017)

~~e) Tedavi sırasında (ilk 4 doz kullanımı sırası hariç) SMA’ dan kaynaklı solunum deste ine ihtiyaç geli en çocuklarda tedaviye son verilmelidir. Enfeksiyon vb. durumlardan dolayı solunum deste i alan ve sebep ortadan kalktıktan sonra solunum deste i ihtiyacı kalkan çocuklarda tedavi kesilmez.~~

~~e) İlk 4 doz ilaç uygulaması sonrasında, “Sa lık Bakanlığı 1-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Ki sel Tedavide Kullanılmalarını De erlendirme Komisyonu” tarafından Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE) ve/veya Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSSE) adı verilen nörolojik ve motor skala vb. objektif de erlendirme sonuçlarına göre her bir hasta için yapılacak de erlendirmeleri müteakip yine aynı komisyon tarafından her bir uygulama için ise ayrı ayrı onay verilmesi halinde tedavinin devamı sa lanacaktır.~~

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 27-a md. Yürürlük: 09/09/2017)

~~e) Bu maddenin 3’üncü fıkrasının (a) ve (b) bendinde belirtilen kriterlere uyan hastalara (invaziv/non invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı olup olmadığına bakılmaksızın) tedavi ba lanır. Tedavi sürecinde SMA’ dan kaynaklı invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı geli ti i saptanan veya invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı devam eden hastalarda tedaviye son verilir. Enfeksiyon vb. durumlardan dolayı invaziv mekanik solunum deste i alan ve sebep ortadan kalktıktan sonra solunum deste i ihtiyacı kalkan hastalarda tedavi kesilmez.~~

c) Bu maddenin 3 üncü fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde belirtilen kriterlere uyan hastalarda invaziv/non invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı olup olmadığına bakılmaksızın tedaviye ba lanır. İlk 4 doz ilaç kullanımı ba langıç tedavisi olarak kabul edilir ve ilk 4 doz ilaç kullanımı sürecinde SMA’ dan kaynaklı invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı ve süreleri de erlendirmelerde dikkate alınmaz. 5 inci ve takip eden dozlar idame tedavilerdir.

ç) Sa lık Bakanlığı nca hastaların klinik de erlendirmelerini yapmak üzere de erlendirme ekipleri olu turulur, de erlendirme kriterleri ve hasta takiplerinin yapılacağı merkezler belirlenir. Hastaların klinik de erlendirmeleri belirlenen kriterler çerçevesinde ve periyotta bu merkezlerdeki sorumlu hekimler ve de erlendirme ekiplerince yapılır. Hastaların klinik de erlendirmelerinde Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE) veya Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSSE) veya The Children’s Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders (CHOP INTEND) adı verilen nörolojik ve motor skalalar kullanılır. De erlendirme sonrası raporlar, “Sa lık Bakanlığı 1-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Ki sel Tedavide Kullanılmalarını De erlendirme Komisyonu” na sunulur. Tedaviyi sonlandırma veya tedaviye devam etmeye dair nihai karar bu komisyon tarafından verilir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 27-b md. Yürürlük: 18/09/2018)

Komisyon tarafından verilecek onaylarda; CHOP INTEND puanlaması ile gö üs hastalıkları veya çocuk yo un bakım uzman hekimi tarafından 24 saat süreli izlemde raporlanmı günlük invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı süresi ana kriterlerdir. Non invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı de erlendirmelerde dikkate alınmaz. 5 inci doz için verilecek “ İlaç Kullanım Onayı” nda, ba langıç puanına göre CHOP INTEND puanında en az 4 puan artı ve invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacında kesintisiz en az 4 saat/gün azalma olması gerekmekte olup bu durum sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir. 6, 7, 8 ve 9 uncu dozlar için verilecek “ İlaç Kullanım Onayı” nda, CHOP INTEND puanında bir önceki doza göre artı ve invaziv

mekanik solunum deste i ihtiyacında azalma olması gerekmekte olup bu durum sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir. 10 uncu doz için verilecek “ İlaç Kullanım Onayı” nda, ba langıç puanına göre CHOP INTEND puanında en az 16 puan artı ve invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacının kalıcı olarak ortadan kalkmı olması veya CHOP INTEND puanının en az 40 puan ve 15 gün boyunca invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacının en fazla 8 saat/gün olması gerekmekte olup bu durum sa lık kurulu raporunda belirtilmelidir. CHOP INTEND puanlaması ve günlük invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı süresi tanımlanan kriterlere uygun olmayan hastalarda tedaviye son verilir.

Tedavi sürecinde, SMA'dan kaynaklı olmayan, enfeksiyon vb. durumlardan dolayı invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı geli en ve/veya invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı süresi artan ancak sebep ortadan kalktıktan sonra invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı ortadan kalkan ve/veya invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı süresi azalarak bir önceki de erlere dönen hastalarda tedavi kesilmez.

d) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenilirlik de erlendirmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalı ı veya öyküsü olmamalıdır.

e) BOS drenajı için implant edilmi bir ant veya implante edilmi bir BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

f) Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalı ı veya öyküsü olmamalıdır.

g) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamı olmalı ve hipoksik do uma ba lı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

(Ek: RG- 01/02/2019- 30673/ 8-c md. Yürürlük: 09/02/2019)

**4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;**

(1) Hastalarda a a lı da yer alan kriterlerin tamamının sa lanması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bile ik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 2 oldu unun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 tanısı konmu ve (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 39-a md. Yürürlük: 12/09/2019) Kurumca belirlenen üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az birisi çocuk nörolojisi/nöroloji uzmanı ve ortopedi ve travmatoloji veya beyin ve sinir cerrahisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden olu an sa lık kurulu raporuna istinaden yurt dı ı ilaç kullanım ba vurusu yapılarak “Sa lık Bakanlı ı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Ki sel Tedavide Kullanılmalarını De erlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “ İlaç Kullanım Onayı” bulunmalıdır.

b) Klinik belirti ve bulgular, SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 ile uyumlu olarak 6 ay (180 gün) iken ba lamı olmalıdır.

c) nvaziv/non invaziv mekanik solunum deste i ihtiyacı olmayan ve normal yutma refleksine sahip ve oral beslenebilen hastalarda tedaviye ba lanır.

ç) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenilirlik de erlendirmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalı ı veya öyküsü olmamalıdır.

d) BOS drenajı için implante edilmi bir ant veya implante edilmi bir BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

e) Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalı ı veya öyküsü olmamalıdır.

f) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamı olmalı ve hipoksik do uma ba lı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

g) Lomber ponksiyon uygulanmasına engel bir durum olmadı mın “ İlaç Kullanım Onayı”nda belirtilmi olması gerekmektedir.

) Hastaların klinik de erlendirmelerinde Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSE) veya La Measure de Fonction Motrice (MFM) adı verilen nörolojik ve motor skalalar kullanılır. Tedaviye ba lamadan önce HFMSE veya MFM skoru tespit edilmi ve raporda belirtilmi olmalıdır.

(2) “Nusinersen Sodium” pozolojisi SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 hastalarında 1, 29, 85 ve 274 üncü günler olmak üzere 4 doz yüklem do zu eklindedir. İlk 4 doz için tek sa lık kurulu raporuna istinaden “Sa lık Bakanlı ı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Ki sel Tedavide Kullanılmalarını De erlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “ İlaç Kullanım Onayı” ile (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 39-b md. Yürürlük: 12/09/2019) Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında çocuk nörolojisi/nöroloji uzman hekim tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) Yüklem do zu sonrası 15 inci ayda yapılacak de erlendirmelerde; tedaviler sırasında ilaç ba lama kriterlerine uymayan klinik bulguları geli en veya HFMSE/MFM skorunda ba langıç de erine göre en az 3 (üç) puan artı olmayan hastalarda tedaviye son verilir.

(4) De erlendirme sonucunda idame tedavilere uygun oldu u tespit edilen hastalarda sonraki uygulamalar her 4 ayda 1 uygulama eklindedir. İdame tedavilerin, her bir uygulama için ayrı ayrı “ İlaç Kullanım Onayı” ve (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 39-c md. Yürürlük: 12/09/2019) Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sa lık kurumlarında çocuk nörolojisi/nöroloji uzman hekim tarafından düzenlenmi reçete bulunması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 18 md. Yürürlük: 15/02/2018)

**4.2.50. Chenodeoxycholic Acid kullanım ilkeleri;**

(1) Xanthomatosis Cerebrotendinous hastalı mın tedavisinde “CYP27A1 genindeki mutasyonun belgelendirilmesi ve en az bir çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma, çocuk endokrinoloji ve metabolizma veya çocuk/eri kin nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 28 md. Yürürlük: 08/01/2019)

**4.2.51- Droksidopa kullanım ilkeleri;**

(1) Enzim düzeyi ölçülmek suretiyle ve/veya moleküler tetkik ile dopamin beta hidroksilaz eksikli inin tespit edildi i ve di er tedavi seçeneklerine yanıt alınamayan semptomatik nörojenik ortostatik hipotansiyon hastalı mın tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Üçüncü basamak sa lık kurumlarında düzenlenen metabolizma hastalıkları, endokrinoloji ve kardiyoloji uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporuna dayanılarak, metabolizma hastalıkları, endokrinoloji ve kardiyoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

**4.2.52- Febuksostat kullanım ilkeleri;**

(1) Ürat depozisyonunun gerçekleşti mi oldu u eri kin hastalarda;

a) Serum ürik asit düzeylerinin; gut artriti ata 1 bulunması durumunda 6 mg/dl'nin üzerinde, gut artriti ata 1 bulunmaması durumunda ise 8 mg/dl'nin üzerinde oldu u kronik hiperürisemi hastalarında, allopurinol ile 3 ay süreli tedaviye ra men serum ürik asit düzeyi 6 mg/dl'nin altına dü meyen veya allopurinol intoleransı olan ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) ç hastalıkları, nefroloji, romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, laboratuvar sonuçlarının da yer aldı 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan eri kin hastalarda;

a) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan ve tümör lizis sendromu açısından orta veya yüksek dereceye kadar riski olan allopurinol intoleransı ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda hiperüriseminin önlenmesi ve tedavisi için kullanılması halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) En az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldı 1 en fazla 3 ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(Ek: RG- 01/02/2019- 30673/ 9 md. Yürürlük: 09/02/2019)

#### 4.2.53- Medium-chain triglyceride yağı kullanım ilkeleri

(1) Multiple açıl CoA dehidrogenaz eksikli i hariç olmak üzere ya asidi oksidasyonu bozuklukları, kolestatik karaci er hastalıkları veya lipoprotein metabolizması bozukluklarında diyetle ek beslenme ürünü olarak çocuk metabolizma hastalıkları veya (Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 40 md. Yürürlük: 12/09/2019) ~~çocuk endokrinolojisi~~ endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldı 1 sa lık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya çocuk sa lı 1 ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

#### 4.2.54- Miltefosine kullanım ilkeleri

(1) 12 ya ve 30 kg a ırlı nda olan adolesanlarda ve yeti kinlerde;

a) "Leishmania donovani"nin neden oldu u visseral leishmaniasis tanısı almı hastaların tedavisinde; amphoteresin B tedavisine yanıtızsızlık ya da ciddi yan etki nedeniyle amphoteresin B tedavisinin kontrendike oldu u durumlarda veya HIV pozitif hastalarda amphoteresin B ile kombine olarak üçüncü basamak sa lık kurumlarında, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimince düzenlenen sa lık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekim tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) "Leishmania braziliensis", "leishmania guyanensis" veya "leishmania panamensis" in neden oldu u kutanöz leishmaniasis tanısı almı hastaların tedavisinde; antimon bile iklere veya amphoteresin B tedavisine yanıtızsızlık ya da ciddi yan etki nedeniyle bu ilaçların kontrendike oldu u durumlarda veya ba 1 ıklık sistemi baskılanmı hastalarda nüks geli mesi durumunda üçüncü basamak sa lık kurumlarında, en az bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekim ile en az bir deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldı 1 üç ay süreli sa lık kurulu raporuna istinaden, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları veya deri ve zührevi hastalıkları uzman hekim tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

#### 4.2.55- Natriumflouride kullanım ilkeleri

(1) Koklear otoskleroz veya erken tanı almı ve cerrahi tedavi için uygun olmayan di er otoskleroz hastalarında üçüncü basamak sa lık kurumlarında kulak burun bo az uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak kulak burun bo az uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

#### 4.2.56- Large Neutral Amino Acids (LNNA) etken maddesini içeren beslenme ürünlerinin kullanım ilkeleri

(1) 8 ya ve üzerinde, diyetle uyum gösteremeyen ve tıbbi mama kullanamayan klasik fenilketonüri hastalı nda, çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya çocuk sa lı 1 ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

#### 4.2.57- Dupilumab kullanım ilkeleri

(1) Dupilumab yalnızca; sistemik siklosporin ve kortikosteroidlere dirençli ya da ciddi yan etki nedeniyle bu ilaçların kontrendike oldu u orta ve iddetli atopik dermatitli yeti kin hastalarda üçüncü basamak sa lık kurumlarında, en az üç deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldı 1 4 (dört) ay süreli sa lık kurulu raporuna dayanılarak üçüncü basamak sa lık kurumlarında deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Tedaviye 600 mg yükleme dozu ile ba lanır ve yükleme dozunu takip eden ikinci haftadan itibaren iki haftada bir 300 mg olarak devam edilir. 16 haftalık tedavi sonunda herhangi bir iyile me görülmez ise tedaviye son verilir.

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 41 md. Yürürlük: 12/09/2019)

#### 4.2.58- Pimekrolimus ve takrolimus (topikal formları) kullanım ilkeleri

(1) Ayakta tedavilerde aynı reçetede 2 kutuya kadar tüm hekimlerce, 2 kutu üzeri kullanım gereken hallerde dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır. Dermatoloji uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli rapora istinaden aynı reçetede 10 kutuya kadar tüm hekimlerce, 10 kutu üzeri kullanım gereken hallerde dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

#### 4.3 - Yurt dışından ilaç getirilmesi

(1) (Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 10 md. Yürürlük: 01/08/2013) Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ki iler için gerekli görülen ve yurt içinden sa lanması mümkün olmayan ilaçların, yurt içinde bulunmadı 1 ve kullanılmasının zorunlu oldu u Sa lık Bakanlı 1 tarafından onaylanarak ilaç teminine izin verildi i takdirde yurt dı ndan temini mümkündür. Bu amaçla, Sa lık Bakanlı ınca yetkilendirilmi taraflar ile Kurum arasında protokol yapılabilir. Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ki iler için gerekli görülen ve yurt içinden sa lanması mümkün olmayan ilaçların, yurt içinde bulunmadı 1 ve kullanılmasının zorunlu oldu u Sa lık Bakanlı 1 tarafından onaylanarak ilaç teminine izin verildi i takdirde yurt dı ndan temini mümkündür. Bu amaçla, Türk Eczacıları Birli i (TEB) ile Kurum arasında protokol yürürlüktedir. Mevzuat de i ikli i yapılarak Sa lık Bakanlı ınca yetkilendirilmi di er taraflarla da protokol yapılabilir.

(2) Sağlık Bakanlığıınca, yurtdışından getirilebilecek ilaç listesi yayımlanması halinde listede yer alacak ilaçlar için ayrıca onay aranmayacaktır.

(3) Yurtdışından temini halinde bedeli ödenecek olan ilaçlar "Yurtdışı İlaç Fiyat Listesi"nde (EK-4/C) belirtilmiştir. Bu listede yer almayan ilaçların bedelleri Kurumca ödenmez. Bu liste Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır. **(Ek: RG-04/09/2019- 30878/ 42 md. Yürürlük: 12/09/2019)** EK-4/C Listesinde yer almayan ilaçların EK-4/C Listesine alınmaması yönelik başvuruların (e devre ilaç uygulaması kapsamında yapılan e devre ilaç kaydı başvuruları hariç olmak üzere) Kurumca değerlendirilmeye alınabilmesi için; üçüncü basamak resmi sağlık kurumunda düzenlenmiş sağlık kurulu raporu ile üçüncü basamak resmi sağlık kurumunda düzenlenmiş reçetenin Kuruma ibraz edilmesi gerekmektedir.

(4) **(Değişik: RG- 18/01/2016- 29597/ 11 md. Yürürlük: 18/01/2016)** EK-4/C Listesinde yer alan ilaçların, kimilerinin kendi imkânları ile (yurtdışından veya yurt içinden) temini halinde bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilacın bedeli, aynı ilacın Kuruma malolu bedelinden fazla olamaz. EK-4/C Listesinde yer alan ilaçların kimilerinin kendi imkânları ile (yurtdışından veya yurt içinden) temini halinde, ilaç bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında hak sahibi adına banka aracılığıyla ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilacın bedeli, farklı finansal modeller kapsamında değerlendirilen ilaçlar dahil olmak üzere, aynı ilacın Kuruma malolu bedelinden fazla olamaz. Farklı finansal modeller kapsamında değerlendirilen ve Kurumun internet sayfasında kamu baz fiyatları (ilacın 11/12/2015 tarihli ve 29559 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde yer alan güncel referans ülkelerdeki veya bu referans ülkelerde ruhsatlı olmaması halinde ruhsatlı olduğu Avrupa ülkelerindeki en düşük depocuya satış fiyatından yüksek olmamak koşulu ile farklı finansal model sözleşmeleri kapsamında belirlenen fiyat) yayımlanan yurtdışı ilaçları hak sahiplerinin kendi imkanlarıyla temin etmeleri halinde ilaç bedelleri; ilacın Kurumla protokolü bulunan tedarikçiden protokollerde belirlenen süre dahilinde temin edilemediğinin belgelenmesi kaydıyla Kuruma malolu bedeli üzerinden ödenir.

(5) Bu ilaçlardan EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

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

(7) Onkoloji ilaçları en fazla 90 gündeki kür sayısı kadar dozda ve SUT'un 4.2.14 maddesi doğrultusunda reçetelenir.

(8) Sağlık Bakanlığının izni ile yurtdışından temin edilerek tedavide kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması durumunda; EK-4/A Listesine giriş talebinden itibaren, **(Değişik:RG-30/04/2016-29699/10 md. Yürürlük: 30/04/2016)** "Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" "Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği" gereğince talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi ve bu reçetelerin Sağlık Bakanlığınca onaylanması koşuluyla, Sağlık Bakanlığınca ilaca verilen perakende satış fiyatı üzerinden standart kamu kurum iskontosu olarak oranı SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskonto uygulandıktan sonra kademeli eczane iskontosu uygulanarak sözleşmeli eczanelerden ahıslara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. **(Ek:RG-30/04/2016-29699/10 md. Yürürlük: 30/04/2016)** Ödemelerde, faturada yer alan her bir kutu ilaç için ödenecek tutar her hâlikârda Yurtdışı İlaç Fiyat Listesi'nde (EK-4/C) kayıtlı fiyatın standart kamu kurum iskontosu olarak oranı SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskonto uygulandıktan sonra bulunacak tutarından daha fazla olamaz. Bu ilaçların temin edilmesinde SUT'un 4.5.2(1) fıkrasında belirtilen 4 günlük süre aranmaz. Bu ilaçlardan EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

**(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 17 md. Yürürlük: 25/08/2016)**

(8) Sağlık Bakanlığının izni ile yurtdışından temin edilerek tedavide kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması durumunda; EK-4/A Listesine giriş talebinden itibaren, talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna ve Sağlık Bakanlığınca verilecek kullanım onayına dayanılarak söz konusu kullanım onayında belirtilmiş süre boyunca uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi koşuluyla, Sağlık Bakanlığınca ilaca verilen perakende satış fiyatı üzerinden SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı indirim oranları (firmalar tarafından verilen özel iskontolar dahil) uygulandıktan sonra kademeli eczane iskontosu uygulanarak sözleşmeli eczanelerden ahıslara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. Ödemelerde, faturada yer alan her bir kutu ilaç için ödenecek tutar her hâlikârda Yurtdışı İlaç Fiyat Listesi'nde (EK-4/C) kayıtlı fiyatın standart kamu kurum iskontosu olarak oranı SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskonto uygulandıktan sonra bulunacak tutarından daha fazla olamaz. **(Ek:RG-09/09/2017-30175/36md. Yürürlük:09/09/2017)** Ancak, Sağlık Bakanlığınca ilaca verilen perakende satış fiyatı nedeniyle, bu fıkra kapsamında yapılan hesaplama sonucu bulunacak tutarın fazla olması halinde, bu durumdaki ilacın ilik MEDULA sistemi kayıtları, EK-4/C'de kayıtlı fiyatının EK-4/A Listesine giriş talep tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif döviz satış kuru üzerinden TL karşılığına çevrilerek SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskontonun uygulanmasını müteakip bulunacak tutar üzerinden yapılır. Bu ilaçların temin edilmesinde SUT'un 4.5.2 maddesinin birinci fıkrasında belirtilen 4 günlük süre aranmaz. Bu ilaçlardan EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

(9) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca fiyatları güncellenenler ile listeye ilave edilerek ödenmesine karar verilen ilaçların onaylanan fiyatları EK-4/C Listesinde yayımlanır.

#### 4.4 - İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması

##### 4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları

(1) **(Değişik:RG-05/08/2015-29436/24 md. Yürürlük:13/08/2015)** Depocuya satış fiyatı 3,55 (üç virgül ellibe) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz. (Özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla) Depocuya satış fiyatı 3,62 (üç virgül altmış iki) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz. (Özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla)



(2) (~~Değişik:RG-05/08/2015-29436/24 md. Yürürlük:13/08/2015~~) Depocuya satı fiyatı 3,56 (üç virgöl elli altı) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %7 veya %11 baz iskonto uygulanır. Depocuya satı fiyatı 3,63 (üç virgöl altmış üç) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %7 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) A a ındaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskentoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) (~~Değişik:RG-05/08/2015-29436/24 md. Yürürlük:13/08/2015~~) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,56 (üç virgöl elli altı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgöl yetmi sekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %7 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 6,79 (altı virgöl yetmi dokuz) TL (dahil) ile 10,21 (on virgöl yirmibir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satı fiyatı 10,22 (on virgöl yirmiiki) TL ve üzerinde, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

e) Depocuya satı fiyatı 10,22 (on virgöl yirmiiki) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara referans fiyatına kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,63 (üç virgöl altmış üç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgöl doksani) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %7 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 6,93 (altı virgöl doksani) TL (dahil) ile 10,42 (on virgöl kırkiki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satı fiyatı 10,43 (on virgöl kırküç) TL ve üzerinde, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

e) Depocuya satı fiyatı 10,43 (on virgöl kırküç) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara referans fiyatına kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) (~~Değişik:RG-05/08/2015-29436/24 md. Yürürlük:13/08/2015~~) Jenerik olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,56 (üç virgöl elli altı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgöl yetmi sekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 6,79 (altı virgöl yetmi dokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

Jenerik olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,63 (üç virgöl altmış üç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgöl doksani) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 6,93 (altı virgöl doksani) TL ve üzerinde olan ilaçlara %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) (~~Değişik:RG-05/08/2015-29436/24md. Yürürlük:13/08/2015~~) Jenerik olmayan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,56 (üç virgöl elli altı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgöl yetmi sekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 6,79 (altı virgöl yetmi dokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara %28 (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

Jenerik olmayan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,63 (üç virgöl altmış üç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgöl doksani) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 6,93 (altı virgöl doksani) TL ve üzerinde olan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(7) Referansın altında fiyat almış jenerik olmayan orijinal ilaçlar ile orijinal olmayan jenerik ilaçlar için yapılacak mahsupla maaş leminde yukarıdaki fıkralarda tanımlanan ilave iskentolar da dikkate alınacaktır.

(8) (~~Değişik:RG-05/08/2015-29436/24md. Yürürlük:13/08/2015~~) Depocuya satı fiyatı 3,56 (üç virgöl elli altı) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ile enteral beslenme ürünlerine %11 baz iskonto uygulanır. Depocuya satı fiyatı 3,63 (üç virgöl altmış üç) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ile enteral beslenme ürünlerine %11 baz iskonto uygulanır.

(9) (~~Mülga:RG-25/07/2014-29071 / 41-a md. Yürürlük:01/10/2014~~) Mevcut iskontosu yukarıdaki fıkralarda tanımlı baz iskonto/baz iskonto ilave iskontonun üzerinde olan ilaçların özel iskentoları saklı tutulur. 17.11.2011 tarihi öncesi mevcut iskontosu baz iskonto ilave iskontonun üzerinde olan ilaçlara ek olarak uygulanan %7,5-%8,5 ilave iskonto oranında mahsupla ma talebi Kurum tarafından değerlendirilir.

(10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve EK 4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(11) Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskentolardan muaf tutulur. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(12) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” ekinde tanımlanan ürünlere, depocu satı fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen kamu kurum iskontosu uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(13) Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

(14) (Mülga: RG- 25/07/2014-29071/41 b md. Yürürlük: 07/08/2014) Kamu kurum iskontolarında yapılan ilave iskonto uygulamaları nedeniyle eczane stoklarında meydana gelebilecek stok zararları firmalar tarafından ecza depolarına, depolar tarafından da eczanelere ödenir. Bu kapsamda yapılacak işlemlerde, eczacılar tarafından ilaç Takip Sistemine yapılan bildirimler esas alınır.

**(Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 11 md. Yürürlük: 23/02/2016)**

#### **4.4.1 Uygulanacak indirim oranları**

(1) Depocuya satı fiyatı 3,83 (üç virgül seksenüç) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satı fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) A a idaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmı olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum de i ikliklerine ili kin iskonto uygulamaları Kurum tarafından de erlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL (dahil) ile 7,32 (yedi virgül otuziki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 7,33 (yedi virgül otuzüç) TL (dahil) ile 11,02 (onbir virgül sıfır iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

c) Depocuya satı fiyatı 11,03 (onbir virgül sıfır üç) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

ç) Depocuya satı fiyatı 11,03 (onbir virgül sıfır üç) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jenerik i olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL (dahil) ile 7,32 (yedi virgül otuziki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 7,33 (yedi virgül otuzüç) TL (dahil) ile 11,02 (onbir virgül sıfır iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

e) Depocuya satı fiyatı 11,03 (onbir virgül sıfır üç) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jenerik i olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL (dahil) ile 7,32 (yedi virgül otuziki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satı fiyatı 7,33 (yedi virgül otuzüç) TL (dahil) ile 11,02 (onbir virgül sıfır iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11 + % 7 ilave iskonto) uygulanır.

e) Depocuya satı fiyatı 11,03 (onbir virgül sıfır üç) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(7) Depocuya satı fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ile enteral beslenme ürünlerine; %11 baz iskonto uygulanır.

(8) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirledi i ve EK 4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(9) (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 18md. Yürürlük: 25/08/2016) Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdi i tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer. Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdi i tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT'un “4.3 Yurt dışından ilaç getirilmesi” ba lıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kuruma ödemesi yapılan ilaçlar için EK 4/A Listesine gir talebi tarihinden itibaren ba lar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) Referansın altında fiyat almı jenerik i olmayan orijinal ilaçlar ile orijinali olmayan jenerik ilaçların kamu kurum iskontoları üzerinden yapılacak mahsupla ma i leminde yukarıdaki fıkralarda tanımlanan ilave iskontolar da dikkate alınacaktır.

(11) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satı

olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” ekinde tanımlanan ürünlere, depocu satı fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

~~(Değişik: RG-18/02/2017-29983/13 md. Yürürlük: 20/02/2017)~~

#### ~~4.4.1—Uygulanacak indirim oranları~~

~~(1) Depocuya satı fiyatı 4,23 (dört virgül yirmiiç) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla):~~

~~———— (2) Depocuya satı fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.~~

~~———— (3) A a ındaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskentoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmı olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda olu abilecek durum de i ikliklerine ili kin iskonto uygulamaları Kurum tarafından de erlendirilir.~~

~~———— (4) 20 yıllık ilaçlardan;~~

~~———— a) Depocuya satı fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL (dahil) ile 8,09 (sekiz virgül sıfırdokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır.~~

~~———— b) Depocuya satı fiyatı 8,10 (sekiz virgül on) TL (dahil) ile 12,19 (oniki virgül ondokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.~~

~~———— c) Depocuya satı fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~———— ç) Depocuya satı fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~———— (5) Jeneri i olmayan orijinal ilaçlardan;~~

~~———— a) Depocuya satı fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL (dahil) ile 8,09 (sekiz virgül sıfırdokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.~~

~~———— b) Depocuya satı fiyatı 8,10 (sekiz virgül on) TL (dahil) ile 12,19 (oniki virgül ondokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.~~

~~———— c) Depocuya satı fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~———— (6) Jeneri i olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan; —————~~

~~———— a) Depocuya satı fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL (dahil) ile 8,09 (sekiz virgül sıfırdokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.~~

~~———— b) Depocuya satı fiyatı 8,10 (sekiz virgül on) TL (dahil) ile 12,19 (oniki virgül ondokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11 + % 7 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~———— c) Depocuya satı fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~———— (7) Depocuya satı fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır.~~

~~———— (8) Enteral beslenme ürünlerinden;~~

~~———— a) Depocuya satı fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL (dahil) ile 8,09 (sekiz virgül sıfırdokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır.~~

~~———— b) Depocuya satı fiyatı 8,10 (sekiz virgül on) TL (dahil) ile 12,19 (oniki virgül ondokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11 + %10 ilave iskonto) iskonto uygulanır.~~

~~———— c) Depocuya satı fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~———— (9) Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdi i tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskentolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT'un “4.3—Yurt dı mdan ilaç getirilmesi” ba lıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK 4/A Listesine giri talebi tarihinden itibaren ba lar. Molekülün ilave iskentodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.~~

~~———— (10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirledi i ve EK 4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.~~

~~(Mülga: RG-08/06/2017-30090/15 md. yürürlük:16/06/2017)~~

~~———— (11) Referansın altında fiyat almı jeneri i olmayan orijinal ilaçlar ile orijinali olmayan jenerik ilaçların kamu kurum iskentoları üzerinden yapılacak mahsupla ma i leminde yukarıdaki fıkralarda tanımlanan ilave iskentolar da dikkate alınacaktır.~~

~~———— (12) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satı i olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” ekinde tanımlanan ürünlere, depocu satı fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.~~

~~—(13) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen ürünlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden cezaî indirim yapılmıştır.~~

~~(Değişiklik: RG-21/03/2018-30367/29 md. Yürürlük: 19/02/2018)~~

#### ~~4.4.1—Uygulanacak indirim oranları~~

~~(1) Depocuya satış fiyatı 4,86 (dört virgül seksen altı) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~(2) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.~~

~~(3) A a idaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda olabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.~~

~~(4) 20 yıllık ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır.~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.~~

~~c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~e) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyatına kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~(5) Jenerik olmayan orijinal ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.~~

~~c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~(6) Jenerik olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11 + %7 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~(7) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır.~~

~~(8) Enteral beslenme ürünlerinden;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır.~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11 + %10 ilave iskonto) iskonto uygulanır.~~

~~c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~(Değişiklik: RG-10/05/2018-30417/23 md. Yürürlük: 19/02/2018)~~

#### ~~4.4.1—Uygulanacak indirim oranları~~

~~(1) Depocuya satış fiyatı 4,86 (dört virgül seksen altı) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~(2) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~(3) A a idaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda olabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.~~

~~(4) 20 yıllık ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~e) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyatına kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

- ~~— (5) Jeneri i olmayan orijinal ilaçlardan;~~
- ~~— a) Depocuya satı fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— b) Depocuya satı fiyatı 9,31 (dokuz virgöl otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgöl sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— c) Depocuya satı fiyatı 14,02 (on dört virgöl sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— (6) Jeneri i olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;~~
- ~~— a) Depocuya satı fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— b) Depocuya satı fiyatı 9,31 (dokuz virgöl otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgöl sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— c) Depocuya satı fiyatı 14,02 (on dört virgöl sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— (7) Depocuya satı fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— (8) Enteral beslenme ürünlerinden;~~
- ~~— a) Depocuya satı fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— b) Depocuya satı fiyatı 9,31 (dokuz virgöl otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgöl sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— c) Depocuya satı fiyatı 14,02 (on dört virgöl sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~
- ~~— (9) Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdi i tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT'un "4.3 Yurt dışından ilaç getirilmesi" başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK 4/A Listesine giri talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.~~
- ~~— (10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirledi i ve EK 4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.~~

~~(Değişik: RG-05/07/2018-30469/6 md. Yürürlük: 05/07/2018)~~

~~— (11) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında cezaı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satı i olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" ekinde tanımlanan ürünlere, depocu satı fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca cezaı indirimi uygulanmaz.~~

~~— (11) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucuları, ayakta veya yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da Kurumca de er ilaç uygulaması ile belirlenen azami birim bedel esas alınmak suretiyle yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında cezaı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli/protokollü sağlık hizmetleri sunucularının ilaç satın alma bedeli ile de er ilaçların Kurumca ödenen azami fiyatları arasında fark oluşması halinde fark ücreti ki ilerden talep edilemez. Serbest eczane satı i olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" ekinde tanımlanan ürünlere, depocu satı fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca cezaı indirimi uygulanmaz.~~

~~— (12) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satı fiyatı verilen ürünlere, perakende satı fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden cezaı indirimi yapılır.~~

~~(Değişik: RG- 04/09/2019- 30878/ 43 md. Yürürlük: 19/02/2019)~~

#### ~~4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları~~

~~(1) Depocuya satı fiyatı 6,14 (altı virgöl on dört) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~(2) Depocuya satı fiyatı 6,15 (altı virgöl on be ) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~(3) A a idaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmı olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum de i kliklerine ili kin iskonto uygulamaları Kurum tarafından de erlendirilir.~~

~~(4) 20 yıllık ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satı fiyatı 6,15 (altı virgöl on be ) TL (dahil) ile 11,75 (on bir virgöl yetmi be ) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

~~b) Depocuya satı fiyatı 11,76 (on bir virgöl yetmi altı) TL (dahil) ile 17,70 (on yedi virgöl yetmi ) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).~~

c) Depocuya satı fiyatı 17,71 (on yedi virgöl yetmi bir) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satı fiyatı 17,71 (on yedi virgöl yetmi bir) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(5) Jeneri i olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 6,15 (altı virgöl on be ) TL (dahil) ile 11,75 (on bir virgöl yetmi be ) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satı fiyatı 11,76 (on bir virgöl yetmi altı) TL (dahil) ile 17,70 (on yedi virgöl yetmi ) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satı fiyatı 17,71 (on yedi virgöl yetmi bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Jeneri i olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satı fiyatı 6,15 (altı virgöl on be ) TL (dahil) ile 11,75 (on bir virgöl yetmi be ) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satı fiyatı 11,76 (on bir virgöl yetmi altı) TL (dahil) ile 17,70 (on yedi virgöl yetmi ) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satı fiyatı 17,71 (on yedi virgöl yetmi bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satı fiyatı 6,15 (altı virgöl on be ) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satı fiyatı 6,15 (altı virgöl on be ) TL (dahil) ile 11,75 (on bir virgöl yetmi be ) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satı fiyatı 11,76 (on bir virgöl yetmi altı) TL (dahil) ile 17,70 (on yedi virgöl yetmi ) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satı fiyatı 17,71 (on yedi virgöl yetmi bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(9) Piyasaya verilecek, mevcut EK-4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK-4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdi i tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT' un "4.3 - Yurt dı ndan ilaç getirilmesi" ba lıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK-4/A Listesine giri talebi tarihinden itibaren ba lar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirledi i ve EK-4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(11) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli/protokollü sa lık hizmeti sunucuları, ayakta veya yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da Kurum e de er ilaç uygulaması ile belirlenen azami birim bedel esas alınmak suretiyle yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli/protokollü sa lık hizmeti sunucularının ilaç satın alma bedeli ile e de er ilaçların Kurumca ödenen azami fiyatları arasında fark oluşması halinde fark ücreti ki ilerden talep edilemez. Serbest eczane satı ı olmayan ve Sa lık Bakanlığı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" ekinde tanımlanan ürünlere, depocu satı fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(12) Sa lık Bakanlığı tarafından perakende satı fiyatı verilen ürünlere, perakende satı fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

#### 4.4.2 - Eşdeğer ilaç uygulaması

**(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 42 md. Yürürlük: 07/08/2014)**

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

(2) E de er ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilir olan aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin %10 fazlasına kadar dikkate alınacaktır. 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 bulunması 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 belirlenmesinde ve bunlara ili kin tereddütlerin giderilmesinde "Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" yetkilidir.

(3) Bu esaslara göre belirlenen e de er ilaç gruplarının her birinde;

a) SUT'un 4.4.1 maddesinde belirtildi i ekinde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.

b) ndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dâhil ilaçların ortak en küçük birimi ba ma 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.

e) Bulunan en ucuz fiyata %10 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.

d) Bu ekinde 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.

e) ndirimli kutu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatının a an kısmı ödenmez.

~~(4) (Değişik:RG-26/09/2013-28777/ 11 md. Yürürlük:04/10/2013) Faktörler, plazma kaynaklı ve rekombinant kaynaklı ürünler olarak aynı fiyat kar ıla tırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı e de er gruplarda de erlendirilir. Faktörler, plazma kaynaklı ve rekombinant kaynaklı ürünler olarak solunum sistemi ilaçları ise cihaz farklılıklarına göre aynı fiyat kar ıla tırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı e de er gruplarda de erlendirilir.~~

(1) E de er ilaç uygulaması; sınırlandırılmı bir terapötik e de erlik olarak, aynı endikasyon için kullanılabilen aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat kar ıla tırması temelinde; aynı e de er gruplarda ya da aynı fiyat kar ıla tırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı e de er gruplarda yer alması esasına dayanır.”

(2) Bu esaslara göre belirlenen e de er ilaç gruplarının her birinde;

a) SUT ’un 4.4.1 maddesinde belirtildi i e kilde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.

b) ndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dâhil ilaçların “indirimli birim bedeli” 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. Bu bedel taban birim fiyat, bu bedelli ilaç, taban ilaç olarak ifade edilir. Taban ilacın en az %1 pazar payına sahip olması gerekir. Pazar payının her bir e de er ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesinde ve bunlara ili kin tereddütlerin giderilmesinde “Sa lık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” yetkilidir.

(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 19 md. Yürürlük: 10/05/2016)

~~ç) E de er ilaçlara ödenecek bedellerin belirlenmesinde; Kurumca belirlenen gruplara göre;~~

~~1 “Taban birim fiyat uygulaması” olan gruplarda; o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim fiyat, taban birim fiyattır.~~

~~2 “Bant aralı ı uygulaması” olan gruplarda; taban birim fiyata %10 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim fiyat bulunur.~~

ç) E de er ilaçlara ödenecek bedellerin belirlenmesinde; taban birim fiyata %10 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim fiyat bulunur.

d) Azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını a an kısmı ödenmez.

#### 4.5 - Eczanelerden ilaç temini

##### 4.5.1 - Kişilerin acil durumlarda sözleşmesiz eczanelerden temin ettikleri ilaç bedelinin ödenmesi

(1) Reçete edilen ilaçların, Kurumla sözleşme yapan eczanelerden temin edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) Acil haller dı nda Kurum ile sözleşmesi olmayan eczanelerden temin edilen ilaçların bedelleri Kurumca kar ılanmaz. Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz eczanelerden acil haller nedeniyle temin ettikleri ilaç bedelleri acil halin Kurumca kabul edilmesi artıyla kar ılanır. Bu e kilde temin edilen ilacın/ilaçların, SUT’un 4.4 maddesinde belirtildi i e kilde kamu iskontosu ile en yüksek eczacı iskontosu ve hasta katılım payı dü üldükten sonra, kalan kısım Kurum tarafından ilgiliye ödenecektir. Bu ödemenin yapılabilmesi için, reçeteye ilaçların fiyat kupürlerinin tamamı ilacın ismi de yer alacak e kilde yapı tırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın da ilaç fiyat kupürleri yapı tırılmı olan reçete ile birlikte ibrazı zorunludur. (Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 18 md. Yürürlük: 18/04/2014) Ayrıca Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde; eczaneler ile sözleşme yapılıncaya kadar bu ülkedeki Kurumla sözleşmeli sa lık hizmeti sunucularınca düzenlenen reçete bedelleri, SUT’un 4.4 maddesinde belirtildi i e kilde kamu iskontosu ile en yüksek eczacı iskontosu ve ilaç katılım payı dü üldükten sonra, kalan kısım Kurum tarafından ilgiliye ödenecektir. Ödeme için, eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın ilaç fiyat kupürleri/karekodları ile birlikte ibraz edilmesi gerekir.

(3) Kurum ilaç ödemesinde, ilacın verili tarihindeki perakende satı fiyatları esas alınır.

##### 4.5.2 - Reçetelerin geçerli olduğu süre

(1) İlaçlar reçetenin tanzim tarihinden itibaren 4 i günü içinde sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir. Bu sürenin dı ndaki müracaatlarda reçete muhteviyatı ilaçlar eczanece verilmeyecektir.

(2) Sa lık raporuna dayanılarak yazılan reçetelerde, EK-4/D Listesinde bulunan veya bulunmayan (kür ve tedavi planı olan ilaçlar hariç) ilaçlar, ilaç bitim tarihinden 15 gün öncesinde verilebilir.

##### 4.5.3 - İlaç bedellerinin ödenmesi

(1) Sa lık kurum ve kurulu larında yatarak sa lanan tedaviler sonucu do an ilaç bedelleri SUT hükümlerine uyulmak kaydıyla Kurum tarafından kar ılanır.

(2) Ayakta yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, ilaç kurum indirimi, eczane tarafından yapılan indirim ile birlikte hasta katılım payı dü üldükten sonra kalan tutarlar Kurum tarafından ödenecektir.

##### 4.5.4 - İlaç takip sistemi

(1) Sa lık Bakanlı ı “ İlaç Takip Sistemi”ne kayıt edilmi karekodlu ilaçların Kuruma fatura edilmesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre i lem yapılacaktır.

#### 4.6 - Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi

(1) Kan ihtiyacının kar ılanmasında güvenli kan temini esas olup, hasta yakınlarının kan verecek kişileri bulmasının sebep oldu u sa lık ve sosyal sorunları önlemek için, Kızılay kan birimlerinde kan ve kan bileşenlerinin bulunduğu durumlarda, replasman kan alınma yöntemi tercih edilmeyecektir.

(2) İkinci ve üçüncü basamak sa lık kurum ve kurulu larınca, hastalar için hekimler tarafından gerekli görülen kan ve kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.), Sa lık Bakanlı ınca ruhsatlandırılmı kan hizmet birimleri ile Kızılay’a ait kan birimi bulunan yerlerde, bu birimlerden temin edilir. Sa lık kurum ve kurulu larınca, hastalara kan temin ettirilmeyecektir. Sa lık kurum ve kurulu larınca temin edilmesi zorunlu oldu u halde temin edilmeyerek hastaya aldırılan kan ve kan bileşenlerine ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sa lık kurum ve kurulu larından mahsup edilir.

(3) SUT eki EK-2/B Listesi üzerinden faturalandırılan tedaviler için kullanılması gerekli görülen ve sa lık kurumlarınca temin edilen kan ve kan bileşenlerinin bedelleri, epikrizde kan bileşeninin adı, sayısı, (Değişik: RG-08/06/2017-30090/ 16-a md. Yürürlük: 19/06/2017) —ünite ISBT (International Society of Blood Transfusion) 128 kan barkod numaralarının belirtilmesi kaydıyla, SUT eki EK-2/B Listesi puanları esas alınarak Kurumca sa lık kurum ve kurulu una ödenir.

(4) SUT eki EK-2/C Listesi kapsamında yer alan i lemler için sa lık kurum ve kurulu larında kullanılan kan ve kan bile enleri, tanyaya dayalı i lem puanlarına dâhil oldu undan Kuruma fatura edilemez. **(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 20 md. Yürürlük: 24/07/2016)** (Ancak 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bile enlerinin tanyaya dayalı i lemler kapsamında kullanılması halinde bu kan bile enlerinin puanının **(Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2017) %30'u** %36'sı **(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 23 md. Yürürlük: 05/04/2017)**, 705372 ve 705373 kodlu kan bile enlerinin kullanılması halinde **(Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2017) %18'i %24'ü**, 705441 kodlu kan bile enin kullanılması halinde **(Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2017) %13'ü %20'si**, 705442 ve 705443 kodlu kan bile enlerinin kullanılması halinde ise **(Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2017) %22'si %28'i sa lık hizmeti sunucusuna ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bile enlerinin (Ek: RG- 08/06/2017- 30090/ 16-b md. Yürürlük: 19/06/2017) ISBT (International Society of Blood Transfusion) 128 kan barkod numaraları ile birlikte MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.)**

#### **4.7 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu**

(1) Hemofili te hissi konulan hastalar, te hissi koyan hastane tarafından "Hemofili Bildirim Formu" düzenlenerek, Sa lık Bakanlığı na bildirilecektir.

(2) Hemofili hastaları bildirim formu eksiksiz olarak doldurulacaktır.

(3) 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 kurul raporu üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sa lı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir.

**(Değişik:RG-10/05/2018-30417/ 24 md. Yürürlük:18/05/2018)**

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

(4) Hemofili reçetelerinin; hematoloji, iç hastalıkları veya çocuk sa lı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından ilgili mevzuata uygun olarak düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(5) Faktör dı ndaki di er kan ürünleri de özel renkte (mor) "Kan Ürünleri Reçetesi"ne yazılacaktır. Hastanede yatan hastalar için de aynı reçete kullanılacaktır.

(6) 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 tetanos ve anti D immünglobulinleri ile larenks ödemi ile ba vuran herediter anjiyoödem tanılı hastaların acil (akut) tedavisinde C1 esteraz inhibitörleri için sa lık kurulu raporu ve mor reçete artı aranmayacaktır. Hastanelerde yatan hastalarda, faktör dı ndaki kan ürünleri için sa lık **(Mülga:RG- 04/09/2019- 30878/ 44 md. Yürürlük: 12/09/2019)** kurulu raporu gerekli de ildir. Yeterli uzman hekimi olmayan yerlerde, çıkan vakalara vaktinde müdahale edilebilmesi için yalnız kuduz ve tetanos immünglobulinleri pratisyen hekim tarafından da kan ürünleri reçetesine yazılabilir.

**(Mülga:RG- 10/05/2018-30417/ 24 md. Yürürlük:18/05/2018)**

(7) Hemofili hastalarının faktör reçeteleri ve di er kan ürünü reçeteleri dört nüshalı olacak, reçetelerin birinci nüshası eczaneler tarafından 1 Sa lık Müdürlü üne, ikinci nüshası Kuruma gönderilecek, üçüncü nüsha eczanede, dördüncü nüsha ise karnede kalacaktır.

(8) Hemofili takip karnesini alamadan herhangi bir nedenle hastalanmış olanların ilaçları, ilgili uzman hekimler tarafından, bir kereye mahsus olmak üzere sa lık kurulu raporuna istinaden "Kan Ürünleri Reçetesi"ne yazılabilir. Karnesiz ikinci defa tedavi görme imkânı olmadığı ndan, tedaviden sonra hastaların, sa lık kurulu raporu ile birlikte vakit geçirmeden hemofili takip karnesi alabilmek için 1 Sa lık Müdürlüklerine müracaat etmeleri gerekmektedir.

(9) Kan ürünü veren eczaneler, reçetelerin ilk nüshası ile birlikte reçete bilgilerini de içeren "Hemofili Reçete Formunu" ve "Kan Ürünleri Reçete Formunu" doldurarak her ay 1 Sa lık Müdürlüklerine gönderecektir.

(10) 1 Sa lık Müdürlükleri, eczanelerin gönderdiği i form ve beraberindeki reçeteleri kontrol ettikten sonra, tüm formları birle tirerek tek bir form halinde Sa lık Bakanlığı na gönderecektir.

(11) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

**(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 19 md. Yürürlük: 01/01/2018)**

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

### **Faturalandırma ve Ödeme**

#### **5.1- MEDULA sistemi**

(1) Kurumla sözleşmeli/protokollü sa lık hizmeti sunucularına, sundukları sa lık hizmetlerine ili kin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gere i istenilen bilgilerin Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur. Kurumca "MEDULA Web Servisleri Kullanım Kılavuzu" ayrıca yayımlanmakta olup sa lık hizmeti sunucularının MEDULA entegrasyonu için yapacakları yazılımlar Kılavuzdaki açıklamalara göre gerçekleştirilecektir. **(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 25 md. Yürürlük: 05/08/2015)** Ayrıca Kurumla sözleşmeli/protokollü sa lık hizmeti sunucularının, sundukları sa lık hizmetlerine ili kin bedellerin ödenebilmesi için, Kurumca belirlenecek sa lık hizmetlerine ait olu turulan Ulusal Kayıt Formlarını ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödeme esas te kil edecek di er bilgi/belgelerini MEDULA sistemine girmesi zorunludur. Sa lık hizmeti Ulusal Kayıt Formları ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas te kil edecek di er bilgi/belgeler ile ilgili uyulması gereken kurallar Kurumca ayrıca duyurulacaktır.



(2) Sunulan hizmete ili kin MEDULA sisteminden alınan provizyonlar ön izin niteli inde olup mevzuat ile açıkça belirtilmedi i sürece hiçbir zaman tek ba ma yeterli sayılmayacak. bunlarla ilgili sisteme eklenememi di er kuralların varlı ı halinde gerekli kontroller sa lık hizmeti sunucularınca yapılmaya devam edilecektir.

## 5.2-Fatura düzenlenmesi

### 5.2.1-Sağlık kurum ve kuruluşları faturalarının düzenlenmesi

(1) MEDULA sistemini kullanan sa lık kurum ve kuruluşları, Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan tüm ki iler için, her ayın ba ı ile sonu arasında verdikleri sa lık hizmetlerine ili kin hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak hem de MEDULA sisteminden elektronik olarak; tek bir fatura düzenleyeceklerdir. ~~(Ek: RG-21/04/2015-29333/14-a md. Yürürlük: 01/05/2015) Kurumun "e fatura alıcısı" uygulamasına ba laması halinde faturalar elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılarak Kurum bilgi i lem sistemine intikal ettirilir. Ancak herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılmayan bir sa lık hizmeti olması halinde bu sa lık hizmeti i leminin bitti i tarih itibariyle faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dâhil edilecektir. Ancak bu Tebli in yürürlü e girdi i tarihten itibaren 6 ay süresince, herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılmayan bir sa lık hizmeti olması halinde bu sa lık hizmeti, i leminin bitti i tarih itibariyle faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 3 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dâhil edilebilecektir. Bu maddenin ikinci fıkrasının a bendinde sayılan trafik kazası nedeniyle verilen sa lık hizmetlerine ili kin faturalar için dönem sonlandırma süresi dikkate alınmaz. Ayrıca Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda Kuruma fatura edilemeyen sa lık hizmeti bedelleri ile provizyon alma süresi içerisinde vefat eden hastaların tedavi bedelleri manuel olarak fatura edilebilecektir.~~

(2) ~~(Değişik: RG-01/08/2013-28725/11 md. Yürürlük: 01/08/2013) Ancak, Kurumca örneklmeye dâhil edilmeksizin tamamı incelenece inden; Ancak, Kurumca örneklmeye dâhil edilmeksizin (Mülga: RG-10/04/2014-28968/7 md. Yürürlük: 10/04/2014) (Trafik kazası hariç) tamamı incelenece inden;~~

a) Trafik kazası, i kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarında her hasta için ayrı ayrı,

b) a bendinde sayılan haller hariç olmak üzere SUT'un 1.7(2)b bendinde sayılan hallerdeki i lemler, kemik ili i, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, ~~(Ek: RG-18/03/2014-28945/20 md. Yürürlük: 01/04/2014), allogreftlerin kullanıldı ı tedaviler, a ız ve di tedavileri ile ilgili olarak damak yarı ı protezi, yeni do anda preoperatif aparey, velum uzantılı konu ma apareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplike çene defektlerinin protetik tedavileri, (Değişik: RG-24/12/2014-29215/15 md. Yürürlük: 01/01/2015) yüz protezlerine ait i lemlerin yüz protezleri, palyatif bakım tedavisine ait i lemlerin (Ek: RG-18/01/2016-29597/12 md. Yürürlük: 01/01/2016), genel sa lık sigortası veya genel sa lık sigortasının bakmakla yükümlü oldu u ki isi sayılan yabancı ülke vatanda larına ait i lemlerin faturaları ayrı ve tek bir grup halinde,~~

c) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik 1 Müdürlüklerince düzenlenmi ve onaylanmı Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sa lık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden ki ilere ait faturalar ~~(Mülga: RG-21/04/2015-29333/14-b md. Yürürlük: 01/05/2015) (MEDULA sisteminden provizyon alınabilen ki iler de dahil) ülke ve ba lı olunan sosyal güvenlik il müdürlü ü bazında ayrı ayrı,~~

ç) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlü ü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınamadı ı süre zarfında Kurum sa lık yardımlarından yararlanma hakkının oldu unu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden ki ilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadı ı tespit edilenlere ait faturaların ayrı tek grup halinde manuel,

d) ~~(Değişik: RG-30/08/2014-29104/22 md. Yürürlük: 30/08/2014) Mücavir alan Yerle im yeri di ı i ambulans ücretleri her hasta için ayrı ayrı (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmıcaya kadar manuel);~~

e) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinin üçüncü fıkrası hükümleri gere i tedavi yardımından yararlananlara ait i lemlerin faturaları her hasta için ayrı ayrı, düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sa lık Bakanlı ı ile yapılan protokol hükümlerinde faturalama ile ilgili hükümler saklıdır.

~~(Mülga: RG-01/08/2013-28725/11 md. Yürürlük: 01/08/2013)~~

(4) kinei fıkranın a bendinde sayılan durumlar nedeniyle verilen tedavi faturalarının ayrı ayrı olarak gönderilmedi inin tespiti halinde fatura bedelleri ilgili sa lık kurumuna ödenmez.

### 5.2.2-Eczane faturalarının düzenlenmesi

(1) Eczaneler tarafından, her ayın ilk ve son gününü kapsayan döneme ait reçeteler, o ayın son günü tarihini ta riyacak şekilde MEDULA eczane provizyon sistemi üzerinden sonlandırılır ve faturalandırılır.

(2) Fatura sınıflandırılması;

a) Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

b) Yatan hasta reçeteleri, gününbirlik tedavi reçeteleri ve sa lık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar;

c) kazası, meslek hastalı ı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait her hasta için ayrı ayrı olmak üzere düzenlenen faturalar;

e) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalarak yaralanan ve bu duruma ili kin ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belge ile müracaat eden ki ilere ait faturalar;

d) Eczanelerden ilaç teminine ili kin mevzuatta ayrı faturalandırılmasına dair düzenleme yapılmı reçetelere ait faturalar;

e) ~~(Değişik: RG-10/04/2014-28968/8 md. Yürürlük: 01/04/2014) Yukarıdaki grupların dı nda kalan reçetelere ait faturalar, YUPASS numarası ile provizyon alan ki ilere ait reçeteler için ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere düzenlenen faturalar (kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içerenler ayrı olmak üzere), (Ek: RG-10/04/2014-28968/8 md. Yürürlük: 01/04/2014)~~

f) Yukarıdaki grupların dı nda kalan reçetelere ait faturalar;

ayrı ayrı üçer nüshalı (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

(3) Manuel düzenlenecek faturalar;

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sa lık Yardım Belgesi (aşlı veya fotokopisi) ile müracaat eden ki ilerin reçetelerine ait faturalar ülke bazında olmak üzere;

b) Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/provizyon alınmamasına rağmen sa lık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca kar ılanacak olan;

1) Kazasına u rayan ki ilere ait faturalar her hasta için ayrı (sadece i kazası nedeniyle sunulan sa lık hizmeti bedelleri kar ılanır) olmak üzere manuel;

2) ~~(Değişik: RG-25/08/2016-29812/21 md. Yürürlük: 05/09/2016)~~ "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sa lık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü engelli sa lık kurulu raporu vermeye yetkili sa lık kurulu larınca, ayrı özürlü engelli oldu u özürlü engelli sa lık kurulu raporu ile belgelendirilen tibben bakımının bakımına muhtaç ki ilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel;

3) Bildirimi zorunlu bula ıcı hastalık tespit edilen ki ilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel;

4) Acil haller nedeni ile sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel;

5) Koruyucu sa lık hizmetleri nedeni ile sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel;

6) Analık haliyle ilgili rahatsızlık ve ~~(Değişik: RG-07/10/2016-29850/41 md. Yürürlük: 18/10/2016)~~ özürlülük engellilik hallerinde sa lık hizmeti sa lanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı olmak üzere manuel;

7) Meslek hastalığı u rayan ki ilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel;

8) 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalarak yaralanan ve bu duruma ili kin ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belge ile müracaat eden ki ilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel, ekilde üçer nüshalı (bir nüshası eczacı tarafından aşlı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

### 5.2.3 Optisyenlik müesseseleri faturalarının düzenlenmesi

(1) Optisyenlik müesseseleri, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üçer nüshalı), hem de MEDULA Optik sisteminden elektronik olarak; Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyeceklerdir.

(2) Aneak;

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ve sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sa lık Yardım Belgesi (aşlı veya fotokopisi) ile müracaat eden ki ilere ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere ve MEDULA Optik sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmaya kadar manuel düzenlenecektir.

b) SUT'ta sa lık raporu ile temin edilece i belirtilen görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için di er reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenecektir.

c) ~~(Değişik: RG-04/05/2013-28637/19 md. Yürürlük: 01/05/2013)~~ kazası veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuzca kar ılanacak görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için di er reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenecektir. ~~— kazası veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuzca kar ılanacak görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için di er reçetelerden ayrı, her hasta için ayrı ayrı olmak üzere fatura düzenlenecektir.~~

e) kazası ve/veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuzca kar ılanacak görmeye yardımcı tıbbi malzemelere ait reçeteler, örneklere tabi tutulmadan tamamı incelenir.

~~(Ek: RG-08/06/2017-30090/17 md. Yürürlük: 01/07/2017)~~

### 5.2.4 Sözleşmeli satış merkezi/merkez ve eczaneler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi

(1) Sözleşmeli Satış Merkezleri ve Eczaneler, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üçer nüshalı), hem de Medula Satış Merkezleri Provizyon Sisteminden elektronik olarak; Kurum sa lık yardımlarından yararlandırılan ki ilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyeceklerdir.

(2) Aneak;

a) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehakları ~~(Değişik: RG-09/09/2017-30175/37-a md. Yürürlük: 29/04/2017)~~ 60/e-1, 60/e-3 veya 60/e-9 60/e-1 veya 60/e-3 dönen ki ilerin, ki i kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının;

b) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında Kurum sa lık hizmetlerinden yararlandırılan ki iler ve Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sa lık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası /provizyon alınan ki iler de dahil olmak üzere sa lanacak ortez, protez, tıbbi araç ve gereç ile ki i kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının; temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınacaktır.

c) Sorgulama sonucu müstehakları ~~(Değişik: RG-09/09/2017-30175/37-a md. Yürürlük: 29/04/2017)~~ 60/e-1, 60/e-3 veya 60/e-9 60/e-1 veya 60/e-3 dönen ki iler ile 5510 sayılı Kanunun 60 ncı maddesinin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkralarında tanımlanan ki ilerin Kurumla götürü bedel sözleşmesi yapan sa lık hizmeti sunucuları dtında, SUT hükümlerine göre sevk zincirine uyulması ve fatura ekinde sevk belgelerinin de eklenmesi gerekmektedir.

ç) kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili reçetelerde; i kazası ve meslek hastalığı bildirim formunun;

d) Trafik kazaları ile ilgili reçetelerde; SUT ve konu ile ilgili di er Kurum mevzuatında yer alan belgelerin;

e) Özürlü sa lık kurulu raporu varsa, reçeteyi yazan hekim ve/veya hastane Ba hekim tarafından raporun onaylı fotokopisinin reçete ekinde;

bulunması gerekmektedir.

~~f) kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait faturaların her hasta için (Mülga:RG-09/09/2017-30175/ 37 b md. Yürürlük:09/09/2017) manuel olarak ayrı ayrı düzenlenmesi ve faturaların tamamının incelenmesi gerekmektedir.~~

### **5.3-Sağlık hizmet sunucuları için fatura eki belgeler**

(1) A a ıdaki maddelerde sayılan fatura eki belgeler, incelenme ve ödeme yapılmak üzere Kuruma gönderilecektir. Ancak örnekleme yöntemi ile incelenen i lemlere ait fatura eki belgelerden, örnekleme yapılmamış olanlar Kuruma gönderilecek; örnekleme yapılmamış olanlar ise ihtiyaç duyulması halinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucularında muhafaza edilecektir. (Ek: RG-21/04/2015-29333/15 md. Yürürlük: 01/05/2015) Kurumun resmi internet sitesinde duyurulacak "Örnekleme Esas Fatura Eki Belgeler Listesi" nde yer alan belgeler, elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılarak Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettirilecektir. Kuruma gönderilmesi gereken belgelerden elektronik ortamda gönderilmesine başlanılan belgelerin ayrıca basılı olarak gönderilip gönderilmeyeceği Kurumca belirlenecektir.

(2) Sağlık kurum ve kuruluşlarının fatura eki belgeleri;

a) Ayakta tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılması olarak;

b) Yatarak tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılması olarak;

c) SUT'un 5.2.1 maddesinde ayrı fatura edilecek i lemler her bir i lem başlığı altında ayrılması olarak; ayrı klasörlerde tasnif edilerek düzenlenmiş olmalıdır.

(3) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen hizmet detay belgesi ayrıca basılı olarak gönderilmeyecektir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları için fatura eki belgelerin hangilerinin getirileceği konusunda Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol hükümleri saklıdır.

#### **5.3.1-Sağlık kuruluşları için fatura eki belgeler**

##### **5.3.1.A-Fatura üst yazısı**

(1) Sağlık kurulu nunun adı, kodu, adresi, hasta sayısı, teslim edilecek klasör sayısı, fatura dönemi, fatura tutarı, sağlık kurulu nunun banka hesabı ve hesap numarasını ihtiva eden ve ilgili sağlık kurulu nu/döner sermaye saymanlığı tarafından onaylanmış fatura üst yazısı.

##### **5.3.1.B-İcmal listesi**

(1) A a ıda belirtilen bilgilerin yer aldığı icmal listesi;

a) Sıra no (birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait icmal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir)

b) Hasta adı soyadı ve telefon ve/veya adres bilgileri (Ek: RG-18/03/2014-28945/21 md. Yürürlük: 18/03/2014) (8.3.2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı İddetin Önlenmesine Dair Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişiler hariç)

c) Hasta bazında hizmet tutarı

e) Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı

##### **5.3.1.C-Hizmet detay belgesi**

(1) A a ıdaki bilgilerin yer aldığı, hastalara ait protokol numarası sırasına göre hazırlanmış hizmet detay belgesinde;

a) Hastanın adı soyadı,

b) T.C. Kimlik Numarası,

c) Muayene tarihi,

d) Ön tanı veya tanı (kısıltma yapılmayacak);

e) İ lemlerin (muayene, tetkik, tahlil, vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,

e) Başvuru başına ödeme uygulamasına dâhil olmayan ve SUT'ta belirtilen i lemlere ait birim puanları ve tutar, belirtilecektir.

##### **5.3.1.Ç-Diğer belgeler**

(1) Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişiler için ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi bulunabilen her türlü belge ile iş kazalarında varsa iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kâğıdı yer alacaktır.

(2) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi"nin fotokopisi (Değişik: RG-24/12/2014-29215/16 md. Yürürlük: 01/01/2015) (MEDULA sisteminden provizyon alınabilen kişiler de dahil). (Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler hariç)

(3) Diş tedavilerinde, SUT'un 5.3.1.A, 5.3.1.B ve 5.3.1.C maddelerinde sayılan belgelere ilave olarak;

a) Diş hastalarına yapılan iş lemleri gösteren diş eması (ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm iş lemler, hizmet detay belgesindeki diş eması üzerinde i aretlenecektir.);

b) Diş protezi iş lemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan diş müstahaklık belgesi veya elektronik ortamda gönderilen taahhütname, ağız ve diş cerrahisi iş lemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları vb.de açıklayıcı operasyon bilgileri, operasyona ait film;

c) Gömülü diş çekimi (mukoza kemik retansiyonlu), gömülü kanin premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu iş lemlerinde, radyolojik tehis filmi;

e) Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik tehis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise);

d) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenen sağlık kurulu raporu fatura eki belge olarak veya e- rapor olarak yer almalıdır.

(4) Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için Kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstahak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi.

(5) SUT ve eki listelerde ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde, ayrıca eklenecek i belirtilen belgeler.

### 5.3.2 – Sağlık kurumları için fatura eki belgeler

#### 5.3.2.A – Fatura üst yazısı

(1) Sağlık Kurumu baş hekimli i tarafından onaylanmış fatura üst yazısında;

- Sa ğlık kurumunun adı,
- Sa ğlık kurumu kodu,
- Sa ğlık kurumu adresi,
- Fatura dönemi,
- Hasta sayısı (uzmanlık dahil bazında ve toplam),
- Teslim edilecek klasör sayısı,
- Fatura tutarı (uzmanlık dahil bazında ve toplam),
- Sa ğlık kurumunun banka hube ve hesap numarası bilgileri yer alacaktır.

#### 5.3.2.B – İemal listesi

(1) A a ıda belirtilen bilgilerin yer aldığı, her uzmanlık dahil için ayrı ayrı düzenlenmiş iemal listesinde;

- Sıra no (bir uzmanlık dahil için birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait iemal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir.);
- Hasta adı soyadı ve telefon ve/veya adres bilgileri (**Ek: RG 18/03/2014 28945/ 22 md. Yürürlük: 18/03/2014** (**8.3.2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Kar ı İddetin Önlenmesine Dair Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişiler hariç**);
- Hasta bazında hizmet tutarı,
- Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı, yer alacaktır.

#### 5.3.2.C – Hizmet detay belgesi

(1) MEDULA sistemini kullanan sa ğlık kurum/kuruluşları, MEDULA sistemine kaydettikleri tedaviye ait hizmet detay belgesini MEDULA Hastane sistemi aracılı ğ ile elektronik olarak kaydedilecektir. Hizmet detay belgesi fatura tesliminde ünitelere teslim edilmeyecek olup ancak Kurum tarafından talep edilmesi halinde, hizmet detay belgesinin çıktısı ilgili hekimler ve baş hekimlikçe onaylı olarak teslim edilecektir. Hizmet detay belgesindeki epikriz bölümü, yatarak tedavilerde ve cerrahi i lemlerin yapıldığı tüm sa ğlık hizmetleri için elektronik ortamda düzenlenecektir.

(2) MEDULA sistemini kullanmayan ve/veya SUT hükümleri gere ğince manuel düzenlenmesi gereken (her hasta için ayrı ayrı düzenlenmiş) faturalara ait hizmet detay belgelerinde;

- Hastanın adı soyadı, telefon numarası,
- T.C Kimlik Numarası,
- Provizyon no/MEDULA takip no,
- Muayene tarihi,
- İlgili hekimin bilgileri,
- Hasta yatı ve çıkı günleri,
- Hastaya konulan tanı, ICD 10 kodu ve uygulanan tedavi,
- İlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı, –) Tıbbi malzemelerin adları, adetleri, birim fiyatları, SUT'ta yer alanların SUT kodları, Küresel Ürün No (Barkod),
- Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında de ğil, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı, (parenteral ilaçlar için hizmet detay belgesinde hastaya verilen dozlar (mg, µg, ml vb) belirtilecek ancak fiyat ve tutarlar kutu/adet üzerinden fatura edilecektir.)
  - Kullanılan kan ve kan bile enleri, miktarları ve ünite numaraları,
  - Epikriz notu, belirtilmelidir.

#### 5.3.2.D – Diğer belgeler

(1) Sağlık kurumları fatura ekinde a a ıdaki belgeleri göndereceklerdir:

- MEDULA sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen nedenlerle müstahaklık sorgulaması yapılmadan i lemleri yürütülen ve daha sonrasında sa ğlık kurumunca yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilen kişiler için i lemleri yürütmeye esas belge,
- Sevkle baş vuran hastalar için tedavi sevk belgesi,
- (Mülga: RG 12/11/2013 28819/ 10 md. Yürürlük: 01/12/2013) (Değişik: RG 26/09/2013 28777/ 12 md. Yürürlük: 01/10/2013)** Özel sa ğlık kurumlarına temin edilen tıbbi malzemeler için malzemeye ait alı faturasının bir örne ği, Özel sa ğlık kurumlarına temin edilen ve SUT eki listelerde bedeli 100 TL'nin altında olan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere diğer tıbbi malzemelere ait alı faturalarının birer örne ği,
- Adli vaka, i kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilere ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sa lanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi bulunabilen her türlü belgeler ile i kazalarında varsa i kazası bölümü doldurulmuş vizite kâ ıdı yer alacaktır.
- Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum tarafından sa ğlık hizmeti verilen kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sa ğlık Yardım Belgesi" (**Ek: RG 24/12/2014 29215/ 17 md. Yürürlük: 01/01/2015**) (Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sa ğlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler hariç);
- Mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri kupürleri,
- Di tedavilerinde ilave olarak;
- Di hastalarına yapılan i lemleri gösteren di eması. (a ız ve di sa ğlık hizmetlerinde, tüm i lemler, hizmet detay belgesindeki di eması üzerinde i aretlenecektir.)

2) Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan di-  
müstahaklık belgesi veya elektronik ortamda gönderilen taahhütname,

3) Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük küçük kist operasyonları, büyük küçük odontojenik tümör  
operasyonları vb.de, bilgisayar çıktısı ya da daktilo ile yazılmış açıklayıcı operasyon bilgileri, operasyona ait film,

4) Gömülü diş çekimi (mukoza kemik retansiyonlu), gömülü kanin premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu  
işlemlerinde, radyolojik tetkik filmi,

5) Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik tetkik ve sonuç  
kontrol filmi (dijital, periapikal, panoromik vb. hangisi kullanıldı ise);

6) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenen sağlık kurulu raporu fatura eki belge olarak veya e-  
rapor olarak yer almalıdır.

g) Yatan hastalar için kullanılan ve Kuruma faturalandırılabilir toplam ilaç ve tıbbi malzeme tutarının belirtildiği,  
hastane yetkilisi tarafından imzalanmış ve kağıt esli basılmış talep yazısı,

→ SUT ve eki listelerde, Kurumun yapacağı sözleşmelerde ve yayımladığı genelgelere, ayrıca eklenecek belirtilen  
belgeler,

h) Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için Kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstahak olduklarını  
belirten belge ve ölüm belgesi,

ı) Hemodiyaliz tedavilerinde ilave olarak;

1) Tüm tetkiklerin, tetkiki yapan ilgili uzman hekim tarafından onaylanmış sonuçlarını ve hizmet alımı ile  
yaptırılmış tetkiklere ait ücretlerin ödendiğini gösterir faturaların fotokopileri ve hasta listesi,

2) Hemodiyaliz tedavisi süresince her fatura dönemine ait, her seansın tarihinin, seansların başlangıcı ve bitiş saatleri  
ile hastaların hemodiyalize alındığı cihazların seri numaralarının, her bir seans sonrasında alınan tedaviyi takip eden sorumlu  
uzman hekim ya da sorumlu hekim ve hemodiyaliz hemireisinin imzasının ve hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer  
alınmıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,

i) Ayaktan veya yatarak yapılan hiperbarik oksijen tedavisi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi süresince her  
fatura dönemine ait, her seansın tarihinin, seansların başlangıcı ve bitiş saatleri ile her bir seans sonrasında alınan tedaviyi takip  
eden sorumlu uzman hekimin imzasının ve hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınmıyorsa adı ve telefon numarası  
belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler.

(Ek: RG-18/03/2014-28945/23 md. Yürürlük: 01/02/2014)

(Mülga:RG-08/06/2017-30090/18 md. yürürlük: 08/06/2017)

j) Allogreft ödemelerinde sağlık kurumları fatura ekinde;

1) Amerikan Doku Bankası Derneği (American Association Of Tissue Banks (AATB)) ve/veya Avrupa Doku Bankası  
Derneği (European Association Of Tissue Banks (EATB)) tarafından verilen belgenin yer alması gerekmektedir.

2) Vericinin uygun bir biçimde tanımlanmış ve başlangıç materyalinin izlenebilirliğini sağlamak için verici bilgileri  
ve başlangıç doku ve hücrelere ait benzeri olmayan tanımlayıcı kodu (Donör ID) içeren yapı kan etiketinin bir adedinin yer  
alması gerekmektedir. Yapı kan etiketinin üzerinde ürünün;

a) Etiket adı;

b) Üretici doku bankasının adı;

c) Son kullanma tarihi;

ç) Benzeri olmayan tanımlayıcı kodu (Donör ID);

yer almalıdır.

3) Her bir ürün için doku ve/veya hücreden kaynaklı komplikasyonlara ait sağlık hizmeti bedellerinin karşılanacağını  
gösteren sigorta poliçesinin onaylı bir suretinin yer alması gerekmektedir.

(Ek: RG-25/07/2014-29071/43 md. Yürürlük: 25/07/2014)

4) Her bir ürün için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından düzenlenen "thalat kaydına esas sevkiyat onay  
kodu" nun yer aldığı ürün listesinin onaylı bir suretinin yer alması gerekmektedir.

(Değişik:RG-08/06/2017-30090/19 md. Yürürlük: 01/07/2017)

### 5.3.3- Eczane ve optisyenlik müesseseleri için fatura eki belgeler

(1) Eczane ve optisyenlik müesseseleri için SUT'ta ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde belirtilen belgeler  
faturaya eklenecektir.

(2) SUT'un 5.2.2 ve 5.2.3 maddelerinde ayrı fatura edilecek belirtilen reçeteler ayrı ayrı tasnif edilmiş olmalıdır.

### 5.3.3- Sözleşmeli satış merkezleri, eczane ve optisyenlik müesseseleri için fatura eki belgeler

(1) Sözleşmeli satış merkezleri, eczane ve optisyenlik müesseseleri için SUT'ta ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde  
belirtilen belgeler faturaya eklenecektir.

(2) SUT'un 5.2.2, 5.2.3 ve 5.2.4 numaralı maddelerinde ayrı fatura edilecek belirtilen reçeteler ayrı ayrı tasnif edilmiş  
olmalıdır.

### 5.3.4- Tıbbi malzeme şahıs ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler

(1) Ayakta tedavilerde reçete karşılığında hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemlerinde fatura  
aşısına ek olarak;

a) Reçete aşısının;

b) Sağlık raporu aşısının (sürekli kullanım arz eden malzemelerde raporu düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi  
düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından "Aşılı gibidir" onayı yapılmış sureti kabul edilir);

c) Barkodun ve varsa etiket aşısının;

ç) SUT'ta tıbbi malzemeye özel olarak belirtilen diğer belgelerin;

d) Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler için taahhütnamenin (Kurum stoklarından temin edilmesi durumunda  
sadece bu fıkranın a, b, c bentlerinde belirtilen belgeler);

(Ek: RG-04/05/2013-28637/20-a md. Yürürlük: 01/05/2013)

e) Varsa (Değişik: RG-07/10/2016-29850/42 md. Yürürlük: 18/10/2016) özür/engelli sa lık kurulu raporu aslının veya onaylı fotokopisinin;

ibrazı zorunludur.

(Ek: RG-18/03/2014-28945/24 md. Yürürlük: 13/11/2013)

f) Fatura arka yüzünde; malzemeyi teslim alan ki inin adı soyadı, TC Kimlik Numarası, telefon numarası, ıslak imzası yer almalı ve faturadaki tıbbi malzeme/malzemeleri teslim aldı ma dair "Teslim Aldım" ibaresi ve teslim alınan tıbbi malzeme miktarı belirtilmelidir. (Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler hariç)

(2) (Değişik: RG-04/05/2013-28637/20 b md. Yürürlük: 01/05/2013) Yatarak tedavilerde Yatarak tedavilerde ve bu Tebli in 3.3.12 numaralı maddesi kapsamındaki tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin hastaya alınması durumunda;

a) Küresel Ürün No (Barkod) ve varsa SUT kodu bilgisini içeren fatura aslı;

b) Reçete aslı veya ıslak imzalı epikriz notu veya tıbbi malzemenin kullanıldı ma dair sa lık raporu aslı;

c) Varsa tıbbi malzemenin gereklili ine dair sa lık raporu aslı;

e) Fatura arkasında hastanın kendisinin veya yakınının kendi el yazısı ile teslim aldı ma dair "teslim aldım" ibaresi, T.C. Kimlik Numarası, adı ve soyadı, telefon numarası ve imzası;

d) Barkod ve varsa etiket aslı;

ibrazı zorunludur.

(3) Kullanımı sa lık raporuna ba lı (Değişik: RG-04/05/2013-28637/20 c md. Yürürlük: 01/05/2013) tıbbi malzeme için sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ili kin düzenlenecek reçetelere ait aslı gibidir onayı yapılmı rapor, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. "Aslı gibidir" onayı, raporu düzenleyen sa lık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından yapılacaktır.

(4) (Ek: RG-04/05/2013-28637/20 ç md. Yürürlük: 01/05/2013) Fatura arkasında reçetenin düzenlendi i bran -ın uzman hekimlerinden biri tarafından reçetede yazan malzemenin (ısmarlama eksternal protez ve ortezler için) hasta üzerinde uygulandı mın görüldü ü ve uygunlu unun belirtilerek onaylanması gerekir. (tıbbi uygunluk gerektirmeyen tıbbi malzemeler ve i tme cihazları hariç)

(Ek: RG-05/08/2015-29436/26 md. Yürürlük: 01/09/2015)

(5) Genel sa lık sigortalıları ve bakmakta yükümlü oldukları ki ilerinin ayakta tedavileri sırasında kullanmaları sa lık raporu ile uygun görülmesi SUT eki listelerde yer alan malzemelerden Kurumca duyurulacak olanların ödemesi; SUT hükümleri ve ilgili mevzuat do rultusunda düzenlenecek sa lık raporu ve bir defaya mahsus olmak üzere sa lık raporuna göre düzenlenen reçeteye istinaden reçete tarihi esas alınmak kaydıyla aylık nakdi ödeme ekinde yapılabilir. Bu fıkrada kapsamındaki yapılacak ödemelerde bu maddenin di er fıkralarında yer alan hususlar aranmaz.

(Ek: RG-25/03/2017-30018/24 md. Yürürlük: 25/03/2017)

(6) Sa lık Bakanlı ı ile yapılan protokol kapsamında Sa lık Bakanlı ı tarafından iadeli tıbbi cihazlar ile verilen sa lık hizmetleri kar lı mda hizmet ve/veya cihaz bedeli ödenir.

#### 5.4- Fatura ve eki belgelerin teslimi

(1) Sa lık hizmeti sunucuları, fatura ve eki belgeleri Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birimine teslim edeceklerdir. Kargo veya iadeli taahhütlü posta ile gönderilen belgeler kargoya veya postaya verildi i tarih, normal posta ile gönderilen belgeler ise Kurum kayıtlarına intikal etti i tarih esas alınarak i lem göreceklerdir. Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi müebir sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmi sayılır.

(2) Kurumun ilgili birimindeki "evrak kayıt" servisinde, sa lık hizmet sunucusu tarafından teslim edilmek üzere getirilen faturaların usulüne uygun olarak tasnif edilip edilmedi ine, klasör veya klasörlerdeki fatura üst yazısında yer alan bilgilerin uygun olup olmadığı na bakılır ve uygun görülmeyenler iade edilir. Kargoyla iade edilen fatura ve ekleri ödemeli olarak gönderilir. Uygun oldu u tespit edilen faturalar "evrak kayıt numarası" verilerek teslim alınır.

(3) Eczane ve optisyenlik müesseselerininin fatura ve eki belgeleri, eczane ve optik sözle melerinde belirtilen esas ve usullere göre Kuruma teslim edilecektir.

(4) Tıbbi malzeme ahıs ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler Kurum ta ra te kilatına teslim edilir.

(Ek: RG-21/04/2015-29333/16 md. Yürürlük: 01/05/2015)

(5) Bu maddede tanımlı fatura ve eki belgeler elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılarak Kurum bilgi i lem sistemine intikal etti i tarih esas alınarak; süresi içinde teslim edilen fatura ve eki belgeler için teslim edildi i ayın on be inci günü, süresi içinde teslim edilmeyen fatura ve eki belgeler için ise teslim edildi i ayı takip eden ayın on be inci günü teslim edilmi sayılır.

#### 5.5- Ödeme işlemleri

(1) Sa lık hizmeti sunucularınca Kuruma teslim edilen fatura ve eki belgeler, Kurumca belirlenen yöntemlere göre incelenir ve ödemesi yapılır.

## BEŞİNCİ BÖLÜM Faturalandırma ve Ödeme İşlemleri

### 5.1- MEDULA sistemi

(1) Kurumla protokollü/sözle meli sa lık hizmeti sunucularına, sundukları sa lık hizmetlerine ili kin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gere i istenilen bilgilerin belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur.

(2) Kurumca "MEDULA Web Servisleri Kullanım Kılavuzu" ayrıca yayımlanmakta olup sa lık hizmeti sunucularının MEDULA entegrasyonu için yapacakları yazılımlar Kılavuzdaki açıklamalara göre gerçekleştirilir.

(3) Ayrıca Kurumla protokollü/sözle meli sa lık hizmeti sunucularının, sundukları sa lık hizmetlerine ili kin bedellerin ödenebilmesi için, Kurumca belirlenecek sa lık hizmetlerine ait olu turulan ulusal kayıt formlarını ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas te kil edecek di er bilgi/belgelerini MEDULA sistemine girmesi zorunludur. Sa lık hizmeti ulusal kayıt formları ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas te kil edecek di er bilgi/belgeler ile ilgili uyulması gereken kurallar Kurumca ayrıca duyurulur.

(4) Sunulan hizmete ili kin MEDULA sisteminden alınan provizyonlar ön izin niteli inde olup mevzuat ile açıkça belirtilmedi i sürece tek ba rına yeterli de ildir. Sa lık hizmetine ili kin elektronik olarak sisteme eklenmemi kuralların varlı ı halinde gerekli kontroller sa lık hizmeti sunucularınca yapılır.

## **5.2 – Fatura düzenlenmesi**

(1) Sa lık hizmeti sunucuları;

a) MEDULA sisteminden provizyon olarak MEDULA sistemine kaydettikleri hizmetler için (SUT'ta belirtilen istisnalar hariç) tek fatura/e-fatura düzenler.

b) MEDULA sisteminden provizyon alınmaması nedeniyle MEDULA sistemine kaydedilemeyen a a ıda sayılan hizmetler için ayrı manuel fatura düzenler.

1) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan ve YUPASS entegrasyonu olmaması nedeniyle sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmi ve onaylanmı “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sa lık Yardım Belgesi” (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden ki ilere ait her türlü i lemler ülke bazında ayrı ayrı manuel faturalandırılır.

2) Hizmet Sunumu Genel Müdürlü ü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle provizyon numarasının alınamadı ı süre zarfında sa lık hizmeti bedellerinin Kurumca kar ılandı rını yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden ki ilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstehak olmadı ı tespit edilenlere ait tüm i lemler ayrı faturalandırılır.

3) Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda Kuruma fatura edilemeyen sa lık hizmeti bedelleri ile provizyon alınmadan vefat eden hastaların tedavi bedelleri manuel olarak fatura edilebilir.

(2) Sa lık hizmeti sunucuları trafik kazası, i kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka nedeniyle sundukları sa lık hizmetleri için ayrı fatura düzenlemeyecek, ancak icmal listelerinde bu grup vakalar ayrı ayrı belirtilecek olup örnekleme yapılmaksızın tamamı incelenir.

(3) Sa lık hizmeti sunucularından sa lık hizmeti alımına ili kin yapılan protokollerin/sözle melerin faturalama ile ilgili hükümleri saklıdır.

(4) Kurumun “e-reçete/e-fatura alıcısı” uygulamasına ba laması halinde Kurumca duyurulacak usul ve esaslara uyulur.

### **5.2.1 – Sağlık kurum/kuruluşları faturalarının düzenlenmesi**

(1) MEDULA hastane sistemini kullanan sa lık kurum/kurulu ları, sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan ki iler için, her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sa lık hizmetlerine ili kin tek fatura düzenler. Kurumun “e-fatura alıcısı” uygulamasına ba laması halinde elektronik fatura düzenlenmesine ili kin olarak Kurumca duyurulacak usul ve esaslara uyulur. Herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılmayan sa lık hizmeti, i lemin bitti i tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dâhil edilir. Trafik kazası nedeniyle verilen sa lık hizmetleri için dönem sonlandırma süresi dikkate alınmaz.

(2) A a ıdaki nedenlerle verilen sa lık hizmetleri Kurumca örneklemeye dâhil edilmeksizin tamamı incelenir;

a) Trafik kazası, i kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarında sunulan sa lık hizmetleri,

b) (a) bendinde sayılan haller hariç olmak üzere 1.7 numaralı maddenin ikinci fıkrasının (b) bendinde sayılan hallerdeki i lemler, kemik ili i, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, allogreftlerin kullanıldı ı tedaviler, a ız ve di tedavileri ile ilgili olarak damak yarı ı protezi, yenido anda preoperatif aparey, velum uzantılı konu ma apareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplike çene defektlerinin protetik tedavileri, yüz protezleri, palyatif bakım tedavisine ait i lemler, genel sa lık sigortalısı veya genel sa lık sigortalısının bakmakla yükümlü oldu u ki isi sayılan yabancı ülke vatandaşlarına sunulan sa lık hizmetleri,

c) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan ve sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmi ve onaylanmı “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sa lık Yardım Belgesi” (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden ki ilere ve “Yurt dı ı Provizyon Aktivasyon ve Sa lık Sistemi (YUPASS)” numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan ki ilere sunulan sa lık hizmetleri,

c) Yerle im yeri dı ı sunulan ambulans hizmetleri (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmıca kadar manuel),

d) 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinin üçüncü fıkrası hükümleri gere i tedavi yardımından yararlananlara sunulan sa lık hizmetleri.

### **5.2.2 – Eczane faturalarının düzenlenmesi**

(1) MEDULA eczane sistemini kullanan sözleşmeli eczaneler tarafından Kurum mevzuatı ile belirlenen esaslar çerçevesinde kar ılanan reçetelerden;

a) Her ayın ilk ve son günü arasındaki döneme ait reçeteler, o aya ait son günün tarihini ta ıyacak e kilde provizyon sistemi üzerinden dönem sonlandırması yapılarak faturalandırılır.

b) Kan ürünü ve hemofili reçeteleri ise; her ayın 1'i ile 15'i arasında kar ılanan reçeteler takip eden 3 i günü içinde, her ayın 16'sı ile ayın son günü arasında kar ılanan reçeteler ise takip eden 3 i günü içinde olmak üzere ayda iki kere faturalandırılır.

(2) Faturalar;

a) Yatan hasta reçetelerini (günübirlik tedavi reçeteleri de dahil) ve sa lık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçeteler “A Grubu”,

b) Kurum mevzuatına göre ayrı fatura edilmesine ili kin düzenleme olmayan veya içeri inde herhangi bir raporlu ilaç bulundurmeyen ayaktan hasta reçeteleri “B Grubu”,

c) Kurum mevzuatına göre ayrı fatura edilmesine ili kin düzenleme olan reçetelerden;

1) Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçeteler “C Grubu Kan Ürünü”,

2) Sıralı da ıtım sistemine tabi di er reçeteler “C Grubu Sıralı Da ıtım”,

3) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan ve YUPASS numarası ile provizyon alınan ki ilere ait;

i. Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçeteler “Yurt d ı ı Sigortalı Kan Ürünü”,

ii. Di er ilaçları içeren reçeteler “Yurt d ı ı Sigortalı Normal”,

ayrı ayrı faturalandırılır.

### **5.2.3 – Optisyenlik müesseseleri faturalarının düzenlenmesi**

(1) MEDULA optik sistemini kullanan optisyenlik müesseseleri, sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan tüm ki iler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sa lık hizmetlerine ili kin;

a) SUT’ta sa lık raporu ile temin edilece i belirtilen görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için di er reçetelerden ayrı tek fatura düzenlenir.

b) (a) bendinde sayılan haller hariç olmak üzere sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan di er ki iler için, her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sa lık hizmetlerine ili kin tek fatura düzenler.

(2) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıkları 60/c-1 veya 60/c-3 dönen ki iler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sa lık Sigortası Kanununun 60 ıncı maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fıkralarında tanımlanan ki ilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sa lık hizmeti sunucuları d ında sa lık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller d ında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)

### **5.2.4 – Sözleşmeli satış merkezleri ve eczaneler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi**

(1) MEDULA Tıbbi Malzeme Provizyon Sistemini kullanan sözleşmeli satı merkez/sözleşmeli merkezler ve eczaneler, sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan tüm ki iler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sa lık hizmetlerine ili kin;

a) Tıbbi sarf malzemelerine ili kin reçeteler (I. Grup reçete),

b) Örnekleme yöntemine tabi reçeteler (II. Grup reçete),

c) Hazır protez ve ortez reçeteleri (III. Grup reçete)

olarak her grup için ayrı olmak üzere 3 ayrı grupta fatura düzenler.

(2) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan ki iler de dahil olmak üzere yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan ki ilere sa lanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile ki i kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.

(3) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıkları 60/c-1 veya 60/c-3 dönen ki iler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sa lık Sigortası Kanununun 60 ıncı maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fıkralarında tanımlanan ki ilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sa lık hizmeti sunucuları d ında sa lık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller d ında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)

(4) Engelli sa lık kurulu raporu bulunması halinde aslının veya onaylı fotokopisinin reçete ekinde ibrazı zorunludur.

### **5.2.5 – Kişiy e özel üretilen ısmarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli merkezler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi**

(1) MEDULA Tıbbi Malzeme Provizyon Sistemini kullanan ki iye özel üretilen ısmarlama malzemeler ve iyile tirici araç ve gereçleri kar ılayan sözleşmeli merkezler, sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan tüm ki iler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sa lık hizmetlerine ili kin;

a) Ki iye özel üretilen ısmarlama malzemeler ve iyile tirici araç ve gereçleri kar ılayan sözleşmeli merkezler tek fatura düzenler.

(2) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan ki iler de dahil olmak üzere yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan ki ilere sa lanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile ki i kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.

(3) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıkları 60/c-1 veya 60/c-3 dönen ki iler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sa lık Sigortası Kanununun 60 ıncı maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fıkralarında tanımlanan ki ilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sa lık hizmeti sunucuları d ında sa lık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller d ında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)

(4) Engelli sa lık kurulu raporu bulunması halinde aslının veya onaylı fotokopisinin reçete ekinde ibrazı zorunludur.

### **5.2.6 – Kişiy e özel üretilen ısmarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli resmi kurum/kuruluşlar tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi**

(1) MEDULA Tıbbi Malzeme Provizyon Sistemini kullanan ki iye özel üretilen ısmarlama cihazlar ve iyile tirici araç ve gereçleri kar ılayan sözleşmeli resmi kurum/kuruluşlar, sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan tüm ki iler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sa lık hizmetlerine ili kin;

a) Ki iye özel üretilen ısmarlama cihazlar ve iyile tirici araç ve gereçleri kar ılayan sözleşmeli resmi kurum/kuruluşlar tek fatura düzenler.

(2) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan ki iler de dahil olmak üzere yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan ki ilere sa lanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile ki i kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.

(3) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıkları 60/c-1 veya 60/c-3 dönen ki iler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sa lık Sigortası Kanununun 60 ıncı maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fıkralarında tanımlanan ki ilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sa lık hizmeti sunucuları d ında sa lık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller d ında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)



(4) Engelli sa ğlık kurulu raporu bulunması halinde aslının veya onaylı fotokopisinin reçete ekinde ibrazı zorunludur.

### **5.2.7 – Kurum ile Sa ğlık Bakanlı ğı arasındaki protokole istinaden gaziler için her türlü ortez/protez ve di ğer iyileştirici araç ve gereçlerin teminine ilişkin faturaların düzenlenmesi**

(1) 3.1.2 numaralı maddenin on yedinci fıkrasında gazilerle ilgili yapılan düzenlemeler kapsamında temin edilen malzemeler için tek fatura düzenlenir.

(2) Sa ğlık Bakanlı ğı Sa ğlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon E ğitim ve Ara tırma Hastanesi bünyesinde toplanan tıbbi uygunluk komisyonu tarafından düzenlenmi tıbbi uygunluk raporu ve sa ğlık kurulu raporu istenir.

#### **5.3 – İncelemeye esas belgeler**

(1) Sa ğlık hizmeti sunucularından sa ğlık hizmeti alımına ili kin yapılan protokollerde/sözle melerde belirtilen inceleme esas belgelerden hangilerinin Kuruma teslim edilece ği ile ilgili hükümleri saklıdır.

(2) Sa ğlık hizmeti sunucuları bu Tebli ğde, protokollerde/sözle melerde yer alan özel hükümleri saklı kalmak kaydıyla Kurumun sair mevzuatında belirtilen belgeleri Kuruma göndermekle yükümlüdür.

(3) Eczaneler, optisyenlik müesseseleri, sözle meli satı merkezleri/satı merkezleri, ki iye özel üretilen ısmarlama malzemeler ve iyile tirici araç ve gereçleri kar ılayan sözle meli merkezler/resmi kurum/kurulu lar, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon E ğitim ve Ara tırma Hastanesi için bu Tebli ğ hükümlerinde ve Kurumun sair mevzuatında belirtilen inceleme esas belgeleri Kuruma gönderir.

#### **5.3.1 – Sa ğlık kurum/kuruluşları için incelemeye esas belgeler**

(1) A a ıda sayılan incelemeye esas belgeler, incelenmek ve ödeme yapılmak üzere Kuruma gönderilir. Ancak örnekleme yöntemi ile incelenen i lemlere ait inceleme esas belgelerden, örnekleme dü mü olanlar Kuruma gönderilir, örnekleme dı nda kalan i lemlere ait olanlar ise ihtiyaç duyulması halinde Kuruma ibraz edilmek üzere sa ğlık kurum/kurulu unda muhafaza edilir. Kurumun resmî internet sitesinde duyurulacak “ nceleme esas belgeler listesi” nde yer alan belgeler, elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılarak Kurum bilgi i lem sistemine intikal ettirilir. Kuruma gönderilmesi gereken belgelerden elektronik ortamda gönderilmesine ba lanılan belgelerin ayrıca manuel olarak gönderilip gönderilmeyece ği Kurumca belirlenir.

(2) Sa ğlık kurum/kurulu larının incelemeye esas belgeleri;

a) Ayakta tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmı ,

b) Yatarak tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmı ,

c) 5.2.1 numaralı maddede örneklenece ği belirtilen i lemler için her bir i lem ba ğlı ı altında ayrılmı olmalıdır.

(3) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen belgeler ayrıca manuel ortamda gönderilmez.

#### **5.3.1.A – Fatura üst yazısı**

(1) Fatura üst yazısı, Kurumca elektronik evrak kabulü yapıncaya kadar sa ğlık kurum/kurulu u ba hekimli ği tarafından onaylanarak Kuruma teslim edilir. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilecek faturalara ait fatura üst yazısı da sa ğlık kurum/kurulu u ba hekimli ği tarafından onaylanarak Kuruma teslim edilir. Fatura üst yazısında a a ıda bulunan bilgiler yer alır;

a) Sa ğlık kurumunun/kurulu unun adı,

b) Sa ğlık kurumunun/kurulu unun MEDULA tesis kodu,

c) Sa ğlık kurumunun/kurulu unun adresi,

ç) Fatura dönemi,

d) Hasta sayısı (uzmanlık dalı bazında ve toplam),

e) Fatura tutarı (uzmanlık dalı bazında ve toplam).

#### **5.3.1.B – İcmal listesi**

(1) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen her uzmanlık dalı ve ayrı gönderilece ği belirtilen gruplar için ayrı ayrı düzenlenmi icmal listesinde a a ıdaki bilgiler yer alır. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilecek faturaların icmal listesinde de aynı bilgiler bulunur.

a) Sıra numarası,

b) Takip numarası, takip tarihi,

c) T.C. Kimlik Numarası, hasta adı soyadı, (8/3/2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Kar ı iddetin Önlenmesine Dair Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen ki iler hariç),

ç) Hasta bazında toplam hizmet tutarı,

d) Listede tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı.

#### **5.3.1.C – Hizmet detay belgesi**

(1) MEDULA sistemini kullanan sa ğlık kurum/kurulu ları, tedaviye ait hizmet detay belgesini MEDULA sistemine elektronik olarak kaydeder. Hizmet detay belgesi Kurumun ilgili birimine teslim edilmez. Ancak Kurum tarafından fatura incelemesi dı nda ba ka bir nedenle talep edilmesi halinde, hizmet detay belgesinin dökümü ba hekimlikçe onaylanarak teslim edilir. Hizmet detay belgesindeki epikriz bölümü, yatarak tedavilerde ve cerrahi i lemlerin yapıldı ı tüm sa ğlık hizmetlerinde elektronik ortamda ayrıntılı olarak düzenlenmek zorundadır. Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen hizmet detay belgesinde a a ıdaki bilgiler yer alır. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilen faturalara ait hizmet detay belgesinde de aynı bilgiler bulunur.

a) Hastanın adı soyadı, telefon numarası, adres bilgileri,

b) T.C. Kimlik Numarası,

c) Kapsam türü,

ç) Bran ,

d) Provizyon numarası/MEDULA takip numarası,

e) lem tarihi,

f) İlgili hekimin bilgileri (hekim adı, soyadı, doktor tescil numarası),

- g) Hasta yatışı ve çıkışı günleri,
- h) Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu, ICD-O kodu,
- h) İlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) tarihi, hizmet türü, SUT kodu, adı, adedi, tutarı,
- ı) Tıbbi malzemelerin adları, adetleri, birim fiyatları, SUT kodları, Küresel Ürün Numarası (barkod),
- i) Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında de il, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı (parenteral ilaçlar için hizmet detay belgesinde hastaya verilen dozlar (mg, IU, ml. vb.) belirtilecek ancak fiyat ve tutarlar kutu/adet üzerinden fatura edilecektir.),
- j) Kullanılan kan ve kan bileşenleri, miktarları, ünite ve ISBT (Uluslararası Kan Nakli Derneği) numaraları,
- k) Epikriz notu.

### 5.3.1.Ç – Diğer belgeler

(1) MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilme sa lanıncaya kadar a a ıdaki incelemeye esas belgeler manuel olarak gönderilir.

a) MEDULA sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen nedenlerle müstehaklık sorgulaması yapılmadan i lemleri yürütülen ve daha sonrasında sa lık kurumunca yapılan sorgulama sonucu müstehak olmadığı tespit edilen ki iler için i lemleri yürütmeye esas belge,

b) Sevkle ba vuran hastalar için tedavi sevk belgesi (e-sevk hariç),

c) Adli vaka ve i kazası geçiren ki ilere ait faturaların ekinde ilk müdahalenin yapıldığı sa lık hizmeti sunucusu tarafından hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sa lanacak belge, tutanak, ifade tutana ı, adli rapor gibi temin edilebilen her türlü belge,

ç) Meslek hastalığı tanısı koymaya yetkili ve ilk tanının konulduğu sa lık hizmeti sunucusu tarafından meslek hastalığı tanısı alan ki ilere bu tanıya ait sa lık kurulu raporu,

d) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sa lık hizmeti bedelleri Kurumca kar ılanan ki iler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sa lık Yardım Belgesi” ya da nüshası (YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan ki iler hariç),

e) MEDULA sistemine karekod giri leri yapılmaya kadar, mor ve turuncu reçete (**Değişik: RG-10/05/2018-30417/25 md. Yürürlük:18/05/2018**) ~~ile kan ürünleri~~ kapsamında bulunan kan ürünlerinin kupürleri,

f) Di tedavilerinde,

1) Di hastalarına yapılan i lemleri gösteren di eması (a ız ve di sa lık hizmetlerinde tüm i lemler, hizmet detay belgesindeki di eması üzerinde i retlenir.),

2) A ız ve di cerrahisi i lemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları vb. i lemlerde MEDULA hastane sisteminde yer alan epikriz alanında belirtmek üzere açıklayıcı operasyon bilgileri, operasyona ait radyolojik te his filmleri, MR ve BT gibi görüntüleme yöntemlerine ait sonuç bilgileri,

3) Gömülü di çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu i lemlerinde, radyolojik te his filmleri,

4) Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu di lere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik te his ve sonuç kontrol filmleri (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise),

5) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenecek sa lık kurulu raporu (e-rapor hariç),

g) SUT ve eki listelerde, Kurumun yapacağı sözleşmelerde ve yayımladığı genelgelerde ayrıca eklenecek i belirtilen belgeler,

ı) Hemodiyaliz tedavilerinde ilave olarak;

1) Tüm tetkiklerin, tetkiki yapan ilgili uzman hekim tarafından onaylanmış sonuçlarını (hizmet alımı ile yaptırılmış tetkikler dahil) gösterir belgeler,

2) Yukarıda yer alan hizmet detay belgesine ek olarak;

i) Her seansın tarihi, seansların ba layı ve bitiş saatlerinin,

ii) Hastaların hemodiyalize alındığı cihazların seri numaralarının,

iii) Hemodiyaliz hem iresinin T.C. Kimlik Numarasının,

iv) Her bir seans sonrasında, alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekim ya da sorumlu hekim imzasının yer aldığı belge,

3) Her seans için biyometrik kimlik doğrulaması yapılması zorunlu olup biyometrik kimlik doğrulaması yapılamayan hastalar için hasta imzasının ya da parmak izinin (e er alınamıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,

h) Ayaktan veya yatarak yapılan hiperbarik oksijen tedavilerinde ilave olarak;

1) Yukarıda yer alan hizmet detay belgesine ek olarak;

i) Her seansın tarihi, seansların ba layı ve bitiş saatlerinin,

ii) Her bir seans sonrasında, alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekim ya da sorumlu hekim imzasının yer aldığı belge,

2) Her seans için biyometrik kimlik doğrulaması yapılması zorunlu olup biyometrik kimlik doğrulaması yapılamayan hastalar için hasta imzasının ya da parmak izinin (e er alınamıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,

ı) Ayaktan veya yatarak yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon ve ESWT tedavilerinde ilave olarak;

1) Yukarıda yer alan hizmet detay belgesine ek olarak;

i) Her seansın tarihi, seansların ba layı ve bitiş saatlerinin,

ii) Tedaviyi uygulayan terapist/teknikerin T.C. Kimlik Numarası,

iii) Her bir seans sonrasında, alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekim (**Mülga:RG- 04/09/2019- 30878/ 45 md. Yürürlük: 04/09/2019**) ~~ya da sorumlu hekim~~ imzasının yer aldığı belge,

2) Her seans için biyometrik kimlik doğrulaması yapılması zorunlu olup biyometrik kimlik doğrulaması yapılamayan hastalar için hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınmıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,

i) Provizyon alınmadan vefat eden hastalara ait faturalar ve takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için Kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstehak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi.

### **5.3.2 – Tıbbi cihaz/sarf malzeme şahıs ödemelerinde istenecek incelemeye esas belgeler**

(1) Ayaktan tedavilerde reçete karışılı hasta tarafından temin edilen tıbbi cihazların/sarf malzemelerin geri ödeme işlemlerinde fatura aslına ek olarak;

a) Reçete aslının,

b) Sağlık raporu aslının (sürekli kullanım arz eden malzemelerde raporu düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından “Aslı gibidir” onayı yapılmış sureti kabul edilir),

c) Barkodun ve varsa etiket aslının,

ç) SUT’ta tıbbi malzemeye özel olarak belirtilen diğer belgelerin,

d) Kurumca iade alınan tıbbi cihazlar için taahhütnamenin (Kurum stoklarından temin edilmesi durumunda sadece bu fıkranın a, b, ç bentlerinde belirtilen belgeler) (**Ek:RG- 04/09/2019- 30878/ 46 md. Yürürlük: 04/09/2019**) ve yedek cihaz teminine ilişkin ilgili firma taahhütnamesinin,

e) Engelli sağlık kurulu raporu bulunması halinde aslının veya onaylı fotokopisinin ibrazı zorunludur.

(2) Fatura arka yüzünde; tıbbi cihazı/sarf malzemeyi teslim alan kişinin adı ve soyadı, T.C. Kimlik Numarası, telefon numarası, ıslak imzası yer almalı ve faturadaki tıbbi malzeme/malzemeleri teslim aldığına dair “Teslim aldım” ibaresi ve teslim alınan tıbbi malzeme miktarı belirtilmelidir (Kurumca iade alınan tıbbi cihazlar hariç).

(3) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişilerde dahil olmak üzere yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karılanan kişilere sağlanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile ilgili kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.

(4) Yatarak tedavilerde ve 3.3.12 numaralı madde kapsamındaki tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda;

a) Küresel Ürün Numarası (barkod) ve varsa SUT kodu bilgisini içeren fatura aslının,

b) Reçete aslı veya ıslak imzalı epikriz notu veya tıbbi cihaz/sarf malzemenin kullanıldığına dair sağlık raporu aslının (bu belgelerin temin edilememesi durumunda MEDULA sisteminde malzemenin kullanıldığına tespitini),

c) Fatura arkasında hastanın kendisinin veya cihaz/malzemeyi teslim alan kişinin kendi el yazısı ile teslim aldığına dair “Teslim aldım” ibaresi, T.C. Kimlik Numarası, adı ve soyadı, telefon numarası ve imzası,

ç) Barkod ve varsa etiket aslının, ibrazı zorunludur.

(5) Kullanımı sağlık raporuna bağlı sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenecek reçetelere ait “Aslı gibidir” onayı yapılmış rapor, fatura ekinde Kuruma gönderilir. “Aslı gibidir” onayı, raporu düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından yapılır.

(6) Fatura arkasında reçetenin düzenlendiği branşın uzman hekimlerinden biri tarafından reçetede yazan malzemenin (ısmarlama eksternal protez ve ortezler için) hasta üzerinde uygulandığını görüldüğü ve uygunluğunun belirtilerek onaylanması gerekir. (tıbbi uygunluk gerektirmeyen tıbbi malzemeler ve itime cihazları hariç)

(7) Sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karılanan kişilerin ayakta tedavileri sırasında kullanmaları sağlık raporu ile uygun görülen SUT eki listelerde yer alan malzemelerden Kurumca duyurulacak olanların ödemesi; SUT hükümleri ve ilgili mevzuat doğrultusunda düzenlenecek sağlık raporu ve bir defaya mahsus olmak üzere sağlık raporuna göre düzenlenen reçeteye istinaden reçete tarihi esas alınmak kaydıyla aylık nakdi ödeme şeklinde yapılabilir. Bu fıkra kapsamında yapılacak ödemelerde bu maddenin diğer fıkralarında yer alan hususlar aranmaz.

(8) Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından iadeli tıbbi cihazlar ile verilen sağlık hizmetleri karışılında hizmet ve/veya cihaz bedeli ödenir.

### **5.4 – Fatura, incelemeye esas belgelerin teslimi ve ödeme işlemleri**

(1) Fatura, incelemeye esas belgelerin teslimi ve ödeme işlemleri, 8/3/2017 tarihli ve 30001 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” hükümleri doğrultusunda yürütülür.

## **ALTINCI BÖLÜM Son Hükümler**

### **6.1 - Tedavi giderlerine ait katma değer vergisi**

(1) SUT ve eki listelerde yer alan birim puanlar/fiyatlar katma değer vergisi hariç olarak tespit edilmiş tir. Katma değer vergisi, ilgili mevzuatı çerçevesinde ayrıca ödenecektir.

### **6.2 - Duyurular**

(1) Kurumun her türlü duyuruları Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanır.

### **6.3 - Geçici hükümler**

#### **6.3.1 - Tam ve tedavi**

(1) 6111 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 25.02.2011 tarihinden önce trafik kazaları nedeniyle sağlanan sağlık hizmeti bedelleri, SUT ve eklerinde yer alan kısıtlamalar dikkate alınmaksızın Kurumca bu sağlık hizmetleri için ödenen tutarlar üzerinden karılanır.

(2) (**Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 12 md. Yürürlük: 01/08/2013**) 15.10.2012 tarihinden önce alınan sevke istinaden uygulanan ortodontik ve diğer tedaviler 2010/41 nolu Genelgeye göre sonuçlandırılır. 09.11.2012 tarihinden önce alınan sevke istinaden uygulanan ortodontik ve diğer tedaviler 2010/41 nolu Genelgeye göre sonuçlandırılır.

(3) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri gere i genel sa lık sigortası kapsamına alınan ki ilerin 01.01.2012 tarihinden, SUT'un 1.5.1 maddesinin yürürlük tarihine kadarki sürede geçerli olan mevzuata uygun olarak müracaat ettikleri üniversite sa lık hizmeti sunucusuna, tedavinin sa lanamaması nedeniyle bir ba ka üniversite sa lık hizmeti sunucusuna sevk edilmi olması halinde yapılmı olan sevkleri geçerli kabul edilecektir.

#### 6.3.2 - Tıbbi malzeme

(1) Tıbbi malzeme listesi SUT ekinde yayınlanmamı olan bran lardaki (bran , grup veya alanlardan) her hangi bir tıbbi malzemenin, yayınlanmı olan tıbbi malzeme listelerinde tanımlanmı olması durumunda; Kuruma faturalandırılması ilgili listede belirlenmi kurallara göre yapılır.

(2) Bu tebli in 3.1.2 numaralı maddesinin 17 inci fıkrası ile ilgili olarak;

a) 22.06.2012 tarihinden önce düzenlenen sa lık kurulu raporlarına istinaden temin edilen ve ısmarlama olarak üretilen tıbbi malzemelere ili kin fatura bedellerinin ödenmesinde sa lık kurulu raporunun düzenlendi i tarihte yürürlükte bulunan mevzuat hükümleri do rultusunda i lem yapılır.

b) 28.07.2012 tarihinden sonra düzenlenen sa lık kurulu raporuna istinaden temin edilmek istenen tıbbi malzeme bedeli, aynı i levi gören ba ka bir tıbbi malzemenin daha önceden temin edilmi olması halinde, temin edilmi olan malzemenin garanti süresi dolana kadar Kurumca kar ılanmaz.

c) 29.09.2012 tarihinden önce düzenlenen sa lık kurulu raporlarına istinaden temin edilen ve SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin bedellerinin kar ılanmasında, sa lık kurulu raporlarının üçüncü basamak sa lık kurumlarınınca düzenlenmi olma artı aranmaz.

(3) Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde vatani hizmetini icra ederken vazife malullü ü aylı ı ba lanmı olanlardan, 21.01.2012 tarihinden önce sa lık kurulu raporu ile temin edilerek Kurumca ödemesi yapılmı olan ileri teknoloji ortez ve protezlerin (biyonik el, diz eklemi mikro i lemcili kontrollü karbon ayaklı protezler vb.) bedelleri, bu ki ilerden talep edilmez.

(4) 10.01.2013 tarih ve 28524 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sa lık Uygulama Tebli inde De i iklik Yapılmasına Dair Tebli in 26 ila 34 üncü maddelerinde, yatan hasta tedavisinde kullanılan tıbbi malzemelerle ilgili olarak, SUT ekinde yer alan tıbbi malzeme listelerinde de i iklikler yapılmı tır. Bu Tebli hükümleri saklı kalmak kaydıyla;

a) Söz konusu de i iklik öncesi SUT eki listelerde bulunmakla birlikte bu de i iklik ile SUT eki listelerden çıkarılan tıbbi malzemelerin bedellerinin Kurumca kar ılanmayaca ına dair hükümler 01.05.2013 tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

b) Söz konusu de i iklik öncesi SUT eki listelerde fiyatı bulunmakla birlikte bu de i iklik ile tanımlarının farklıla tırılması sonucunda SUT eki listelerde fiyatsız olarak yayımlanan tıbbi malzemelerden; 01.01.2013 (dahil) tarihi ile 10.01.2013 (dahil) tarihleri arasında kullanılanların,

1) De i iklikten önceki SUT eki listelerde tanımlı fiyatlardan fatura edilmesi halinde bu fiyatlar üzerinden,

2) Yeni düzenlemeye göre fiyatsız tıbbi malzemeler ekinde fatura edilmesi halinde ise SUT eki listelerde fiyatı belirli olmayan tıbbi malzemelerin ödenmesine ili kin SUT hükümleri do rultusunda bedelleri Kurumca kar ılanacaktır.

c) Söz konusu de i iklik ile getirilmı olan SUT eki listelerde bulunan veya yeni eklenen tıbbi malzemelere ait konsey, sa lık kurulu raporu veya endikasyon tanımlaması gibi ilave kuralların uygulanmasına ili kin hükümler, 01.05.2013 tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

#### 6.4 - Yürürlükten kaldırılan mevzuat ve atıflar

(1) 25/5/2007 tarihli ve 26532 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sa lık Uygulama Tebli i ile 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sa lık Uygulama Tebli i yürürlükten kaldırılmı tır.

(2) 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sa lık Uygulama Tebli ine yapılmı olan atıflar, bu Tebli in ilgili maddesine yapılmı sayılır.

#### 6.5 - Yürürlük

(1) SUT'un;

a) 4.2.2(3) fıkrası 18/1/2013 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 2.3(6) fıkrası 11/3/2013 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 2.5 ve 2.6 maddeleri, 4.1.4(5) ve 4.3(3) fıkraları ve 6.3 maddesi yayımı tarihinde,

ç) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 21 md. Yürürlük: 01/05/2013)** 3.1.3(1) fıkrasının ı ve i bentlerinde belirtilen tıbbi malzemelere ait fiyatlar 1/7/2013 tarihinde, 3.1.3(1) fıkrasının i bendinde belirtilen tıbbi malzemelere ait fiyatlar 1/7/2013 tarihinde,

d) 3.1.3(2) fıkrasının h ve ı bentleri 1/1/2014 tarihinde,

e) Di er hükümleri 1/5/2013 tarihinde,

yürürlü e girer.

#### 6.6 - Yürütme

(1) SUT hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Ba kanı yürütür.