

27 TEMMUZ 2022 TARİHLİ SUT	25 AĞUSTOS 2022 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİ
MADDE 1	
<p>1.3 - Dayanak (1) SUT; 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Kanun ve “Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği” hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.</p>	<p>1.3 - Dayanak (1) SUT: 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun, 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.</p>

MADDE 2

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 bağlı 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) İş yeri hekimlikleri, 10/3/2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.~~

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.~~

MADDE 2

1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları

1.4.1 - Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları

1.4.1.A - Birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü
- 2) Toplum sağlığı merkezi (TSM)
- 3) Aile sağlığı merkezi (ASM)
- 4) Halk sağlığı laboratuvarı (L1 ve L2)
- 5) Kurum Tabipliği
- 6) 112 acil sağlık hizmeti birimi
- 7) Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler
- 8) Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri
- 9) Belediyelere ait poliklinikler
- 10) Birinci basamak ayaktan ve yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağlık hizmeti sunucuları entegre ilçe devlet hastaneleridir (E2 ve E3)

1.4.1.B - Birinci basamak özel sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Evde Bakım merkezleri veya birimler
- 2) İşyeri sağlığı ve güvenlik hizmeti sunulan birimler
- 3) Özel poliklinikler
- 4) Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları
- 5) 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler.

1.4.2 - Sağlık kurumları

1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık kurumu

(1) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, ~~belediyelere ait hastaneler ile~~ kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, ~~Darülaceze Başkanlığı Tıp Merkezi.~~

1.4.2.B - İkinci basamak özel sağlık kurumu

(1) ~~“Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ile “Ayakta Teşhis ve 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 Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ~~ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri~~ ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite ~~hastaneleri ile bu hastanelere bağlı~~ sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, ~~enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri.~~

1.4.2 - İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları

1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları

1) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri
2) Entegre ilçe hastaneleri (E1)
3) Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı hastaneleri
4) Kamu kurumlarına ait ağız ve diş sağlığı merkezleri
5) Kamu kurumlarına ait olup Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri
6) Kamu kurumlarına ait diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri.

1.4.2.B - İkinci basamak özel sağlık hizmeti sunucuları

1) Özel Hastaneler
2) Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri.
3) Özel Diyaliz merkezleri
4) Özel üremeye yardımcı tedavi merkezleri
5) Özel hiperbarik oksijen tedavi merkezleri
6) Tıbbi laboratuvar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan özel tanı ve tedavi merkezleri.

1.4.3 - Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları

1.4.3.A - Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları

1) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri
2) Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezleri (U1)
3) Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezleri (U2)

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

~~1) Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığında ruhsatlı diğer özelleşmiş 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 ~~diğer~~ sağlık hizmeti sunucuları

1) Optisyenlik müesseseleri,

2) Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri,

3) Kaplıcalar,

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

~~1.4.5 - Sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması~~

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

1.4.3.B - Üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları

1) Sağlık Bakanlığınca üçüncü basamak hastane olarak basamaklandırılan özel hastaneler (ÖH)

1.4.4 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık hizmeti sunucuları

1) Optisyenlik müesseseleri

2) Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri

3) Kaplıcalar

4) Beşeri tıbbi ürün/ürün sunan ve/veya üreten özel hukuk tüzel kişileri ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri

5) Bu maddenin diğer fıkraları ile 1.4.1 1.4.2 1.4.3 numaralı maddelerde yer almayan Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve/veya izin verilmiş sağlık hizmeti sunumu bakımından basamaklandırılmayan özelleşmiş tanı ve tedarik merkezleri.

1.4.5 - Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler

MADDE 6

1.8 - Katılım payı

1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı

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

a) İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında

.....6 ~~(altı)~~ TL

~~b) Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde.....7 (yedi) TL~~

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

~~e) 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) Diğer kişiler için eczanelerce kişilerden, Kurumumuzla Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde eczanelerle sözleşme yapılıncaya kadar Kurumumuzla ~~protokol~~/sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden, tahsil edilir.

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

1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı

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

a) İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında

.....6 TL

b) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt polikliniklerinde.....7 TL

c) Tıp fakültesi bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulamam ve Araştırma Merkezlerinde8 TL

ç) Tıp fakültesi bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulamam ve Araştırma Merkezlerinde8 TL

d) Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde...15 TL

e) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında

.....15 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) Diğer kişiler için eczanelerce kişilerden, Kurumumuzla Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde eczanelerle sözleşme yapılıncaya kadar Kurumumuzla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden, tahsil edilir.

(3) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerce yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

<p>a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,</p> <p>b) Diğer kişiler için ayakta hekim ve dişhekim muayenesi katılım payı sağlık hizmeti sunucusunca, “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı ise eczanelerce kişilerden, tahsil edilir.</p>	<p>a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,</p> <p>b) Diğer kişiler için ayakta hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden, “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı ise eczanelerce kişilerden, tahsil edilir.</p>
<p>MADDE 7 1.9.1 - İlave ücret alınması</p>	
<p>(1) İlave ücret alınması uygulamasında;</p> <p>a) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınce; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir.</p> <p>b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında öğretim 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. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınamaz.</p> <p>...</p>	<p>(1) İlave ücret alınması uygulamasında;</p> <p>a) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir.</p> <p>b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler hariç) öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için bir defada asgari ücretin iki katını geçmemek üzere, Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla bir katı kadar ilave ücret alınabilir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınamaz.</p> <p>...</p>
<p>(2) İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınce Kurumdan talep edilemez.</p> <p>...</p>	<p>(2) İlave ücretler, genel sağlık sigortalılarınca veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık hizmeti sunucularınca Kurumdan talep edilemez.</p> <p>...</p>
<p>(7) Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yatarak tedavilerde yapılan Kurumca</p>	<p>(7) Kurumla sözleşmeli vakıf üniversiteleri, Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler, ikinci ve</p>

<p>karşılanan 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 İlave Ücreti Gösterir Belge" yi (EK-1/B) en geç hastanın taburcu olduğu tarihte hastaya vermek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da verilebilir.</p>	<p>üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları, aynı başvuru numarası altında yatarak tedavilerde yapılan Kurumca karşılanan 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 İlave Ücreti Gösterir Belge" yi (EK-1/B) en geç hastanın taburcu olduğu tarihte hastaya vermek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da verilebilir.</p>
---	---

MADDE 12

2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları

<p>(5) Ancak, tıbbi malzeme tedarikçileri ve kaplıca tesisleri ile sözleşmeler yapıncaya kadar bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri SUT'ta belirtilen usul ve esaslar dâhilinde kişilere ödenmek suretiyle, serbest dış hekimlikleri ile Kurumla sözleşmesiz resmi veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarındaki dış üniteleri ile sözleşme yapıncaya kadar ise bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurum mevzuatı (SUT'ta düzenleme yok ise diğer düzenlemeler) dahilinde kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır.</p> <p>(6) İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri, özel poliklinikler ile "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimlerince sadece yetkili oldukları işyerlerinde; 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde sayılan sigortalılara, bu işyerlerinin kamu kurumu niteliğinde olması halinde ise, bu sigortalılara ek olarak, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve</p>	<p>(5) Ancak, tıbbi malzeme tedarikçileri ve kaplıca tesisleri ile sözleşmeler yapıncaya kadar bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri SUT'ta belirtilen usul ve esaslar dâhilinde kişilere ödenmek suretiyle, Kurumla sözleşmesiz resmi veya özel sağlık hizmeti sunucularındaki dış üniteleri ile sözleşme yapıncaya kadar ise bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurum mevzuatı (SUT'ta düzenleme yok ise diğer düzenlemeler) dahilinde kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır. Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarınca düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>(6) İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler, özel poliklinikler "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan sağlık birimlerce sadece yetkili oldukları işyerlerinde; 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde sayılan sigortalılara, bu işyerlerinin kamu kurumu niteliğinde olması halinde ise, bu sigortalılara ek olarak, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. "Evde Bakım Hizmetleri</p>
--	---

<p>esaslar dahilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. 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 karşılanır. Özel polikliniklerce ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>(7) Sağlık Bakanlığı dışındaki birinci basamak resmi sağlık kuruluşları ile kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerce düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>(7) Sağlık Bakanlığı dışındaki birinci basamak resmi sağlık kuruluşları ile kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
MADDE-19	
<p>4.1 - Reçete ve sağlık raporu yazım ilkeleri</p> <p>(1) İlaç bedellerinin Kurum tarafından ödenebilmesi için, reçete yazımında ve rapor düzenlenmesinde aşağıda belirtilen hususlar uygulanacaktır.</p>	<p>4.1 - Reçete ve sağlık raporu yazım ilkeleri</p> <p>(1) İlaç bedellerinin Kurum tarafından ödenebilmesi için, reçete yazımında ve rapor düzenlenmesinde aşağıda belirtilen hususlar uygulanacaktır.</p> <p>(2) Tebliğde yer alan herhangi bir etkin maddenin kullanım koşulunda; başka bir etkin madde/maddelerin kullanılmış olması şartı belirtilen ilaçların, ilgili SUT hükmü kapsamında kullanıldığına yönelik MEDULA kaydının yer alması gerekmektedir. Bu ilaç/ilaçların kullanımının MEDULA sisteminde yer almaması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz (Bu fıkranın yürürlük tarihi öncesi tedavisi başlamış ve belirtilen kapsamdaki ilacı kullanmış veya kullanmakta olan hastalar açısından bu koşul aranmaz). Sevklı olarak yurtdışı tedavi ve/veya ikili güvenlik sözleşmesi gibi istisnai durumlarda Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü onayı alınması halinde bu ilaçların kullanımı mümkün bulunmakta olup onay için yapılacak başvuruda ilacın temini ve kullanımına yönelik belge ibrazı şarttır.</p>

4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde “Yatan/ Günübirlik Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde söz konusu ibarenin ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.

4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenecek manuel reçetelerde “Yatan/ Günübirlik Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde söz konusu ibarenin ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.



4.1.3 - İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi

(6) Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile SUT hükümlerine göre eksikliği (ilacın kullanım dozu, teşhis, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi şeması, 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 branştan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından gerekli düzeltmelerin yapılması, raporlar elektronik ortamda düzenlenmiş ise; bu düzeltmelerin başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanması koşuluyla, düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren süresinin sonuna kadar geçerlidir. ~~(Yalnızca Kurumca iade edilmiş reçete/raporlar için geçerlidir.)~~

4.1.3 - İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi

(6) **Yalnızca Kurumca iade edilmiş reçete/raporlar için geçerli olmak kaydıyla;** hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile SUT hükümlerine göre eksikliği (ilacın kullanım dozu, teşhis, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi şeması, 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 branştan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından gerekli düzeltmelerin yapılması, raporlar elektronik ortamda düzenlenmiş ise; bu düzeltmelerin başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanması koşuluyla, düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren süresinin sonuna kadar geçerlidir.

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 sadece ilgili uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır, tedavi süresi ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. Majistrallerin fiyatlandırmasında MEDULA sistemindeki tarife, fiyat ve miktarlar esas alınır, ödenecek bedel Kurumca belirlenecek tutarı geçemez.

....

(4) Bir ilacın Ülkemizde onaylanmış endikasyonu ve Kısa Ürün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanımı, Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onaylarında, bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

ç) Endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

d) Bir ilacın ülkemizde onaylanmış endikasyonunda tanımlı olmayıp, SUT'ta özel düzenleme olarak yer alan koşulu dışında kullanımı, Sağlık Bakanlığınca 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**

4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

(1) **Sağlık raporu olmaksızın** ilaçların parenteral formları ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilir. Majistraller sadece ilgili uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır, tedavi süresi ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. Majistrallerin fiyatlandırmasında MEDULA sistemindeki tarife, fiyat ve miktarlar esas alınır, ödenecek bedel Kurumca belirlenecek tutarı geçemez.

...

(4) Bir ilacın Ülkemizde onaylanmış endikasyonu ve Kısa Ürün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanımı, Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onaylarında, bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz. **Bu süre hiçbir şekilde 1 yılı geçemez.**

ç) Endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları **izin talebinde bulunan ilgili uzmanlık branşında** uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

d) Bir ilacın ülkemizde onaylanmış endikasyonunda tanımlı olmayıp, SUT'ta özel düzenleme olarak yer alan koşulu dışında kullanımı, Sağlık Bakanlığınca hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür. **Ancak, ilacın ödeme kapsamına alındığı tarihte ülkemizde onaylanmış endikasyonunda tanımlı olmasına rağmen SUT'ta koşulu olmayan endikasyonlarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.**

e) EK-4/A Listesinde yer alan ve SUT **ve eklerinde herhangi bir** düzenlemesi olan

~~ilacın~~, bu düzenlemenin yürürlük tarihinden sonra Sağlık Bakanlığınca ~~sonradan~~ ilacın ülkemizdeki ruhsatlı endikasyonlarına yeni bir endikasyon ~~eklenmesi halinde; ilacın eklenen yeni endikasyonda kullanımı, Sağlık Bakanlığınca hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.~~

~~f) Bu fıkranın (d) ve (e) bentlerinde tanımlanan ilaçlara ilişkin bedeller, Sağlık Bakanlığınca hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayına dayanılarak Kurumca karşılanır. Bu ilaç kullanımları "10/2/2016 tarihli ve 29620 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği" kapsamında "İlaç Geri Ödeme Komisyonu" tarafından maksimum süre içerisinde karara bağlanarak belirtilen yürürlük tarihi ile SUT'ta yayımlanır ve/veya Kurum web sayfasında duyurulur ve yürürlük tarihinden itibaren bu koşullar dahilinde bedelleri Kurumca karşılanır.~~

(5) Hastanın tedavisinde

~~ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde 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. Bu maddenin birinci fıkrası için bu fıkra hükümleri uygulanmaz.~~

~~Topikal antifungaller bir reçetede en fazla 2 kutu yazılabilir.~~

ilaç/ilaç gruplarında bu düzenlemenin yürürlük tarihinden sonra Sağlık Bakanlığınca ilacın ülkemizdeki ruhsatlı endikasyonlarına yeni bir endikasyon eklendiğinde, yürürlükte olan Sosyal Güvenlik Kurumu "İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği" ve "Alternatif Geri Ödeme Yönetmeliği" kapsamında yapılmış başvurunun sonucuna istinaden yapılan SUT düzenlemesi çerçevesinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

f) Bir ilacın ülkemizde onaylanmış Kısa Ürün Bilgisinde tanımlı olup ilgili Komisyonlar tarafından geri ödeme kapsamına alınmayan endikasyonlarda kullanılması halinde ilacın bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) Hastanın tedavisinde;

a) İlk defa reçete edilecek ilaçlar raporlu olsa dahi kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde 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.

b) Kür protokolü uygulanan ilaçlarda her kullanımda 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir.

c) Aynı farmasötik form ve aynı etkin maddeye sahip topikal antifungallerden toplamda 6 aylık dozda kullanılacak

<p>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 karşılanır.</p>	<p>sayıda kutu olacak şekilde ve bir reçetede en fazla 2 kutu yazılabilir. Belirtilen kutu sayısının üzerinde kullanım söz konusu olduğunda veya tedavinin 6 aydan uzun sürmesi gereken hallerde: dermatoloji uzman hekimleri veya branşı ile ilgili endikasyonda kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından reçete düzenlenmesi, dermatoloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimince düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden ise tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması</p> <p>7) Endikasyon dışı ilaç kullanım yazısının tarih ve sayısı ile geçerlilik süresi ve sürekli görevle yurt dışına gönderilenlerin yurt dışı görevine dair resmi belgenin tarih ve sayısının e-reçetede belirtilmesi zorunludur.</p>	<p>4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması</p> <p>(7) Sürekli görevle yurt dışına gönderilenlerin yurt dışı görevine dair resmi belgenin tarih ve sayısının e-reçetede belirtilmesi zorunludur.</p> <p>...</p> <p>(10) İş kazası, meslek hastalığı, adli vaka ve trafik kazası durumlarında reçeteler sadece e-reçete olarak düzenlenir. E-reçete haricinde manuel reçetelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>
<p>MADDE-20</p>	
<p>4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri</p>	
<p>(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bu gruplar arasında ilaç değişimi 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 karşılanır. 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</p>	<p>(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce toplam 6 ay süre ile reçete edilebilir. Bu gruplar arasında ilaç değişimi 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 karşılanır. 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</p>

<p>halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bupropiyon HCl, vortiooksetin, trazodon uzatılmış salımlı formları ve agomelatin içeren ürünlerin yalnızca orta-ağır depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bupropiyon HCl, vortiooksetin, trazodon uzatılmış salımlı formları ve agomelatin içeren ürünlerin yalnızca orta-ağır depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>MADDE-21 4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri</p>	
<p>(1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen, kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından reçete edilebilir.</p>	<p>(1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen en fazla 3 ay süreli kullanılacak ilacın dozunu gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır ve bu rapora istinaden diğer hekimler tarafından reçete edilebilir. Devam tedavisi için düzenlenecek sağlık kurulu raporları, en fazla 1 yıl süreli olup bu rapora dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Gebelerde rapor süresi en fazla toplam 9 ay sürelidir.</p>
<p>MADDE-22 4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri</p>	
<p>(1) Yatan hastalar dışında, herhangi bir nedenle malnütrisyon gelişmiş hastalarda enteral beslenme ürünleri verilir. Aneak doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, kanser hastalarında, kistik fibroziste, erohn hastalarında, yanık hastalarında veya orogastrik sonda/ nazogastrik sonda/ nazoenterik sonda veya gastrostomi/jejunostomi ile beslenen hastalarda aşağıda belirtilen malnütrisyon koşulları aranmaz. Uzman hekimlerce düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p> <p>(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.</p> <p>(3) Malnütrisyon tanımı raporda belirtilmek kaydıyla;</p> <p>a) Erişkinlerde;</p>	<p>(1) Çocukluk yaş grubunda;</p> <p>a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı;</p> <p>1) 2 yaş altı bebekler için yaşa göre ağırlık (< -2SD),</p> <p>2) 2 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (< -2SD),</p> <p>olmasıdır. Malnütrisyon gelişmiş hastalarda bu durumların belirtildiği çocuk hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak başlanır. Bu sürenin sonunda; yukarıda belirtilen malnütrisyon koşullarının devam etmesi durumunda çocuk gastroenteroloji, çocuk nöroloji, çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 6 ay süreli rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.</p> <p>b) Yatan hastalarda, doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, kanser hastalarında,</p>

~~1) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla istemsiz kilo kaybı olanlar (Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu oluşan kilo kayıpları istemli olarak değerlendirilir.) veya~~
~~2) “Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar (Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu oluşan kilo kayıpları istemli kilo kaybı olarak değerlendirilir.) veya~~

b) Çocukluk yaş grubunda;

~~1) Yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< 2SD) olanlar, malnutrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.~~

kistikfibroziste, crohn hastalarında, yanık hastalarında veya orogastrik sonda/nazogastrik sonda/nazoenterik sonda veya gastrotomi/jejunostomi ile beslenen hastalarda yukarıda belirtilen malnutrisyon koşulları aranmaz. Yatan hastalar dışında bu durumların belirtildiği uzman hekimler tarafından düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.

c) Raporlarda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı, hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık SD veya VKİ değerlerine göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.

(2) Yetişkin hastalarda;

a) Malnutrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnutrisyon tanımı;

1) Son 6 ayda %5 ten fazla 6 aydan daha uzun sürede ise %10 dan fazla istemsiz kilo kaybı veya VKİ 70 yaş ve üzerinde 22' nin altında, 70 yaş altında ise 20' nin altında ve

2) Malnutrisyona neden olan eşlik eden hastalık veya travma ve

3) Besin alımında azalma (1 hafta süreyle enerji ihtiyacının %50'sinden az alım veya 2 hafta süreyle alımda herhangi bir azalma veya besin sindirimini/emilimini bozan herhangi bir gastrointestinal sistem hastalığı) olmasıdır. Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu oluşan kilo kayıpları malnutrisyon olarak değerlendirilmez. Bu durumların belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce günlük en fazla 1200 kcal dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.

b) Yatan hastalar, kanser hastaları veya tüp ile beslenen hastalarda (orogastrik sonda/nazogastrik sonda/nazoenterik sonda veya

gastrotomi/jejunostomi/gastrojejunostomi) yukarıdaki malnutrisyon koşulları aranmaz. Yatan hastalar dışında bu durumların belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna

<p>(4) Yoğunlaştırıcı-kıvam artırıcı beslenme ürünleri;</p> <p>a) 1 yaş üzeri yutma/yutkunma bozukluğu olan çocuklarda, bu durumun belirtildiği çocuk gastroenteroloji, çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları ve çocuk yoğun bakım uzmanlarının en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla iki kutu yazılır.</p> <p>b) İnme, kronik nörolojik bozukluklar ve baş boyun kanserleri ve cerrahi rezeksiyonda görülen yutma güçlüğü çeken yetişkin hastalarda; bu durumun belirtildiği nöroloji, kulak burun boğaz, genel cerrahi, beyin cerrahi, anestezi ve yoğun bakım, geriatri, tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi uzmanlarından en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.</p> <p>(5) Glikojen depo hastalığının diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren nişastalı enteral beslenme ürünleri; 2 yaş ve üzerindeki hastalarda, bu durumun belirtildiği en az bir çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.</p>	<p>dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli ödenir.</p> <p>c) Raporlarda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı, hastanın vücut ağırlığı, boyu ve varsa eşlik eden hastalığın ICD-10 kodu açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmelidir.</p> <p>(3) Yoğunlaştırıcı-kıvam artırıcı beslenme ürünleri;</p> <p>a) 1 yaş üzeri yutma/yutkunma bozukluğu olan çocuklarda, bu durumun belirtildiği çocuk gastroenteroloji, çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları ve çocuk yoğun bakım uzmanlarının en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla iki kutu yazılır.</p> <p>b) İnme, kronik nörolojik bozukluklar ve baş boyun kanserleri ve cerrahi rezeksiyonda görülen yutma güçlüğü çeken yetişkin hastalarda; bu durumun belirtildiği nöroloji, kulak burun boğaz, genel cerrahi, beyin cerrahi, anestezi ve yoğun bakım, geriatri, tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi uzmanlarından en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.</p>
--	--

<p>(6) Dallı zincirli aminoasitlerden zengin enteral beslenme ürünleri: Karaciğer yetmezliği olan orta ve ağır (evre 2 ve üzeri) ensefalopati gelişmiş hastalarda kullanılabilir. Malnutrisyon kriterleri aranmaz. Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p>	<p>(4) Dallı zincirli aminoasitlerden zengin enteral beslenme ürünleri: Karaciğer yetmezliği olan orta ve ağır (evre 2 ve üzeri) ensefalopati gelişmiş hastalarda kullanılabilir. Malnutrisyon kriterleri aranmaz. Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p>
<p>MADDE-23 4.2.9.Ç - Cinacalcet kullanım ilkeleri</p>	
<p>(5) Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratroidektomi endike olduğu halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandığı şekilde) paratroidektominin klinik açıdan uygun olmadığı veya kontrendike olduğu primer hiperparatiroidili hastalarda hiperkalseminin düşürülmesi 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 $\geq 10,5$ 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.</p>	<p>(5) Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratroidektomi endike olduğu halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandığı şekilde) paratroidektominin klinik açıdan uygun olmadığı veya kontrendike olduğu primer hiperparatiroidili hastalarda hiperkalseminin düşürülmesi 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 $\geq 10,5$ mg/dl olan hastalar, için bu durumların belirtildiği endokrinoloji, genel cerrahi ve anestezi uzman hekimlerinin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden endokrinoloji uzman hekimlerince reçetelenebilir.</p>
<p>MADDE-24 4.2.10.E- Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavisi esasları</p>	
<p>(3) Mukopolisakkaridoz tip VII tedavisinde vestronidase alfa kullanımı; enzimatik (beta glucuronidase) ve genetik (GUSB geni) olarak MPS Tip7 tanısını kesin olarak almış olan hastalara, üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna istinaden Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde bulunan “İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile üçüncü basamak sağlık kurumlarında adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>(3) Mukopolisakkaridoz tip VII tedavisinde vestronidase alfa kullanımı; enzimatik (beta glucuronidase) ve genetik (GUSB geni) olarak MPS Tip7 tanısını kesin olarak almış olan hastalara, üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna istinaden Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde bulunan “İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>

MADDE-25

4.2.12.A - Spesifik immünglobulinlerin kullanım ilkeleri

(2) Hepatit B immünglobulini (HBIg)'nin, Hepatit B virüs yüzey antijeni (HbsAg) taşıyan hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda belirlenen risk grubuna göre aşağıdaki durumların rapor/reçetede belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

c) Düşük ve yüksek risk grubundaki hastalara karaciğer naklinden sonra;

1) 7 gün boyunca her gün 2.000 IU HBIg kullanılabilir. Nakilden 7 gün sonra HbsAg ve AntiHBs düzeylerine bakılır. HbsAg negatif olması durumunda ve/veya AntiHBs düzeyi>100 IU/l ise aylık 2.000 IU HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilir.

2) Nakilden 7 gün sonra HbsAg pozitif olması durumunda ve/veya AntiHBs düzeyi<100 IU/l 7 gün boyunca her gün 2.000 IU HBIg kullanılabilir. Nakilden 14 gün sonra AntiHBs düzeylerine yeniden bakılır. AntiHBs düzeyi>100 IU/l ise aylık 2.000 IU HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilir.

3) Nakilden 14 gün sonra AntiHBs düzeyinin<100 IU/l olması halinde 7 gün boyunca her gün 2.000 IU HBIg kullanılabilir. Bu sürenin de sonunda AntiHBs düzeyinden bağımsız olarak aylık 2.000 IU HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilir.

(2) Hepatit B immünglobulini (HBIg)'nin, Hepatit B virüs yüzey antijeni (HbsAg) taşıyan hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda belirlenen risk grubuna göre aşağıdaki durumların rapor/reçetede belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

c) Düşük ve yüksek risk grubundaki hastalara karaciğer naklinden sonra;

1) 7 gün boyunca her gün 2.000 IU HBIg kullanılabilir. Nakilden 7 gün sonra HbsAg ve AntiHBs düzeylerine bakılır. HbsAg negatif olması durumunda ve/veya AntiHBs düzeyi>100 IU/l ise aylık 2.000 IU HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilir.

2) Nakilden 7 gün sonra HbsAg pozitif olması durumunda ve/veya AntiHBs düzeyi<100 IU/l 7 gün boyunca her gün 2.000 IU HBIg kullanılabilir. Nakilden 14 gün sonra AntiHBs düzeylerine yeniden bakılır. AntiHBs düzeyi>100 IU/l ise aylık 2.000 IU HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilir.

3) Nakilden 14 gün sonra AntiHBs düzeyinin<100 IU/l olması halinde 7 gün boyunca her gün 2.000 IU HBIg kullanılabilir. Bu sürenin de sonunda AntiHBs düzeyinden bağımsız olarak aylık 2.000 IU HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilir.

4) Nakilden 14 gün sonra HbsAg negatif ve AntiHBs düzeyi>100 IU/l ise aylık 2.000 IU SC HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilebilir. Bu sürenin de sonunda AntiHBs düzeyinden bağımsız olarak aylık 2.000 IU SC HBIg idame tedavisi uygulamasına geçilir.

...

(3) Sitomegalavirüs immünglobulini; yalnızca kalp ve/veya akciğer nakli alıcılarında, donör CMV-IgG pozitif, alıcı negatif olan yüksek riskli ve immünosupresif tedaviye maruz kalan hastalarda, sitomegalovirüs enfeksiyonunun klinik belirtilerinin profilaksisinde; bu durumların belirtildiği kalp naklinde kardiyovasküler cerrahi, kardiyoloji ve enfeksiyon

	hastalıkları, akciğer naklinde göğüs cerrahisi, göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden oluşan sağlık kurulu raporuna dayanılarak tabela/reçetelerin uzman hekimlerce düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca ödenir.
MADDE-26 4.2.13 - Hepatit tedavisi	
(2) Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir.	KALDIRILDI
MADDE-27 4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar	
(3) Bu fıkrada belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.	
a) Trastuzumab; 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 düşünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra “Trastuzumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu”nun tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek bir örneğinin Sağlık Bakanlığına gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlendiğinin belirtilmesi gerekmektedir. En az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu ve ekokardiyografi değerlendirmesinin de yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez.	a) Trastuzumab; 2) HER-2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda, erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Sağlık Bakanlığı'nın ilaca ilişkin düzenlemesi esas alınarak tedavinin 52 haftaya tamamlanması düşünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu ve ekokardiyografi değerlendirmesinin de yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez
ç) Fulvestrant; 1) Hormon reseptörü pozitif ve endokrin tedavi [tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozol, eksemestan veya letrozol)] sırasında veya sonrasında nüks gelişen postmenopozal (doğal veya yapay yollarla) lokal ileri veya metastatik meme kanseri olan hastalarda, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	ç) Fulvestrant; 1) Hormon reseptörü pozitif ve endokrin tedavi [tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozol, eksemestan veya letrozol)] sırasında veya sonrasında nüks gelişen postmenopozal (doğal veya yapay yollarla) lokal ileri veya metastatik meme kanseri olan hastalarda, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

<p>n) Lenalidomid;</p> <p>1) En az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyelom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu gelişmiş hastalardan;</p> <p>a) Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine (Değişik: RG-16/06/2020-31157/9-a md. Yürürlük: 24/06/2020) dirençli yeterli cevap alınamayan veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı hastaların tedavisinde veya,</p> <p>b)Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık 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.</p>	<p>n) Lenalidomid;</p> <p>1) En az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyelom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu gelişmiş hastalardan;</p> <p>a) Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine (Değişik: RG-16/06/2020-31157/9-a md. Yürürlük: 24/06/2020) dirençli yeterli cevap alınamayan veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı hastaların tedavisinde veya,</p> <p>b)Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık 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 idame tedavi olarak progresyona kadar veya tolere edilemez bir yan etki gelişinceye kadar tedaviye devam edilebilir.</p>
<p>u) Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron;</p> <p>2) Enzalutamid;</p> <p>a) Kastrasyona dirençli progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği ve testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (<50 ng/dl), kemoterapinin kontrendike olduğu veya diabetes mellitus tanısı olan metastatik prostat kanserli hastalarda progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>b) Hormonal tedaviye ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapiye dirençli, ECOG performans skoru 0-1 olan, progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği metastatik prostat kanserli hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>u) Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron;</p> <p>2) Enzalutamid;</p> <p>a) Kastrasyona dirençli progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği ve testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (<50 ng/dl), kemoterapinin kontrendike olduğu veya diabetes mellitus tanısı olan metastatik prostat kanserli hastalarda progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>b) Hormonal tedaviye ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapiye dirençli, ECOG performans skoru 0-1 olan, progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği metastatik prostat kanserli hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>c) Bazal PSA değeri 2ng/ml üzerinde olan ve PSA ikiye katlanma zamanı 6 aydan daha kısa olan, testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (<50 ng/dl), daha önce sitotoksik kemoterapi almamış olan ve</p>

	<p>ECOG performans skoru 0-1 olan metastatik olmayan kastrasyon dirençli prostat kanserli hastalarda progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>ç) Visseral metastazı olmayan metastatik hormona duyarlı prostat kanserli (mHDPK) yetişkin erkeklerde androjen düşürme tedavisiyle birlikte progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>aa) Beksaroten; 2) Beksaroten topikal; a) Diğer terapilerden sonra refrakter veya kalıcı hastalığı olan veya diğer tedavileri tolere edemeyen Evre IA veya Evre IB kutanöz T-hücreli lenfoma hastalarının kutanöz lezyonlarının topikal tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. En az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. b) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az 3 dermatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden üçüncü basamak sağlık kurumlarında dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede iyileşme olduğunun görülmesi ve bu durumun düzenlenecek raporlarda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir.</p>	<p>aa) Beksaroten; 2) Beksaroten topikal; a) Diğer terapilerden sonra refrakter veya kalıcı hastalığı olan veya diğer tedavileri tolere edemeyen Evre IA veya Evre IB kutanöz T-hücreli lenfoma hastalarının kutanöz lezyonlarının topikal tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. b) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenen en az 3 dermatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden üçüncü basamak sağlık kurumlarında dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede iyileşme olduğunun görülmesi ve bu durumun düzenlenecek raporlarda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir.</p>
<p>ğğğ) Lorlatinib; 1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarında doğrulanmış, daha önce krizotinib, alektinib, brigatinib veya seritinib etken maddelerinden en az biri ile tedavi edilmesi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>ğğğ) Lorlatinib; 1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarında doğrulanmış, monoterapi olarak daha önce bir ALK (anaplastiklenfomakinaz) inhibitörü ile tedavi edilmemiş veya daha önce krizotinib, alektinib, brigatinib veya seritinib etken maddelerinden en az biri ile tedavi edilmesi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların</p>

	tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
<p>iii) Dinutuksimab beta; 2) Sadece üçüncü basamak sağlık kurumlarında kullanılması halinde, ... bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>iii) Dinutuksimab beta; 2) Sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında kullanılması halinde, ... bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
MADDE-28 4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban edoksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri	
<p>4.2.15.Ç- Prasugrel; (1) 75 yaşın altında 60 kg'ın üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup; a) Hastaneye yatırılan ve acilen koroner anjiyografisi yapıp perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmez miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda; b) Hastaneye yatırılan ve perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI]) hastalarında, (2) Klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda; (3) Bu durumların belirtildiği en az bir kardiyoloji veya kalp damar cerrahi uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenebilir. Tedavi süresi 1 yıldır. İlacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür.</p>	<p>4.2.15.Ç - Prasugrel; (1) 75 yaşın altında 60 kg'ın üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup; a) Perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmez miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda, b) Perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI]) hastalarında, (2) Klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda, (3) Bu durumlarda rapor aranmaksızın 4 haftalık doz kardiyoloji veya kalp damar cerrahi uzman hekimlerince veya bu durumların belirtildiği en az bir kardiyoloji veya kalp damar cerrahi uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenebilir. Tedavi süresi 1 yıldır. İlacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür.</p>
<p>4.2.15.E-Tikagrelor; (1) Akut koroner sendromlu hastalardan ST yükselmez miyokard enfarktüsü [NSTEMI] veya ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI]) olan ve acil servise müracaat etmiş hastalarda; (2) Tikagrelor başlanmadan önceki 72 saat içinde hastaneye yatırılmış olması ve acil tedavide fibrinolitik tedavi uygulanmamış olması, (3) Hastanın varfarin tedavisi altında olmaması, (4) Aşağıdaki durumlardan birinin mevcut olması;</p>	<p>4.2.15.E-Tikagrelor; (1) Akut koroner sendromlu hastalardan ST yükselmez miyokard enfarktüsü [NSTEMI] veya ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI]) olan hastalarda; (2) Tikagrelor başlanmadan önceki 72 saat içinde fibrinolitik tedavi uygulanmamış olması, (3) Hastanın varfarin tedavisi altında olmaması, (4) Aşağıdaki durumlardan birinin mevcut olması;</p>

<p>a) EKG'de en az iki ardışık derivasyonda 1mm ve üzeri persistan ST segment yükselme göstermesi ve troponin/CK-MB pozitif olması (STEMI) veya,</p> <p>b) Persistan göğüs ağrısı bulunması ve EKG'de en az iki ardışık derivasyonda 1mm den derin ST depresyonu veya R dalgasının dominant olduğu en az iki ardışık derivasyonda 1mm den derin T negatifliği veya persistan olmayan ST segment yükselmesi göstermesi ve miyokard nekrozunu gösteren troponin/CK-MB pozitif olması (NSTEMI),</p> <p>(5) Yukarıdaki maddelerde tanımlanan koşulların tamamını gösteren hastalarda bu durumların belirtildiği kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden birinin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak 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 oluşması halinde mümkündür.</p>	<p>a) EKG'de en az iki ardışık derivasyonda 1mm ve üzeri persistan ST segment yükselme göstermesi ve troponin/CK-MB pozitif olması (STEMI) veya,</p> <p>b) Persistan göğüs ağrısı bulunması ve EKG'de en az iki ardışık derivasyonda 1mm den derin ST depresyonu veya R dalgasının dominant olduğu en az iki ardışık derivasyonda 1mm den derin T negatifliği veya persistan olmayan ST segment yükselmesi göstermesi ve miyokard nekrozunu gösteren troponin/CK-MB pozitif olması (NSTEMI),</p> <p>(5) Yukarıdaki maddelerde tanımlanan koşulların tamamını gösteren hastalarda bu durumların belirtildiği kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden birinin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak 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 oluşması halinde mümkündür.</p>
<p>4.2.15.G Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, edoksaban veya tikagrelor etkin maddeli ilaçların kombine olarak kullanılması halinde Kurumea bedelleri karşılanmaz.</p>	<p>KALDIRILDI</p>
<p>MADDE-29</p>	
<p>4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı</p>	
<p>(2) Doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler), malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastalarda kullanılan özel mamalar:</p> <p>a) Çocuk metabolizma hastalıkları, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak,</p>	<p>(2) Doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler), malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastalarda kullanılan özel mamalar:</p> <p>a) Çocuk metabolizma hastalıkları, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.</p>

<p>b) Erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da erişkin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.</p>	<p>b) Erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da erişkin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.</p> <p>c) Glikojen depo hastalığının diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren nişastalı ürünler; 2 yaş ve üzerindeki hastalarda, bu durumun belirtildiği en az bir çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla dört kutu yazılır.</p>
<p>MADDE-30 4.2.24.A - Astım tedavisinde</p>	
<p>(9)Beklometazon+formoterol+glikopronyum etken maddelerini sabit dozda içeren ürünler; uzun etkili beta-2 agonist ve orta doz inhale kortikosteroid kombinasyonu ile yeterince kontrol edilemeyen ve önceki yıl bir veya daha fazla astım alevlenmesi yaşayan erişkin hastaların idame tedavisinde göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>(9)Beklometazon+formoterol+glikopronyum veya flutikazonfuroat+ umeklidinyum+vilanterol etken maddelerini sabit dozda içeren ürünler; uzun etkili beta-2 agonist ve orta doz inhale kortikosteroid kombinasyonu ile yeterince kontrol edilemeyen ve önceki yıl bir veya daha fazla astım alevlenmesi yaşayan erişkin hastaların idame tedavisinde göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>MADDE-31 4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri</p>	
<p>(1) Yeni nesil antiepileptiklerin (lamotrigin, topiramet, vigabatrin, levitirasetam) nöroloji, beyin cerrahisi, çocuk sağlığı 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 karşılanır.</p> <p>(2) Zonisamit etken maddeli ilaçların nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu</p>	<p>(1) Yeni nesil antiepileptiklerin (lamotrigin, topiramet, vigabatrin, levitirasetam) nöroloji, beyin cerrahisi, çocuk sağlığı 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 karşılanır.</p> <p>(2) Zonisamit etken maddeli ilaçların nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu</p>

<p>uzman hekimler tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(3) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>(4) Lakozamid; 16 yaş ve üzerindeki parsiyel başlangıçlı epilepsi hastalarında ikincil generalize olan veya olmayan nöbetlerin tedavisinde, en az iki antiepileptik ilacın en az 6 ay süreyle tek başına veya kombine kullanımından sonra tedaviye yanıt alınamayan hastalarda ek tedavi veya monoterapi olarak, bu durumların belirtildiği nöroloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(5) Gabapentin etken maddeli ilaçların üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>uzman hekimler tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(3) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenen en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda bedelleri Kurumca karşılanmaz. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.</p> <p>(4) Lakozamid; 16 yaş ve üzerindeki parsiyel başlangıçlı epilepsi hastalarında ikincil generalize olan veya olmayan nöbetlerin tedavisinde, en az iki antiepileptik ilacın en az 6 ay süreyle tek başına veya kombine kullanımından sonra tedaviye yanıt alınamayan hastalarda ek tedavi veya monoterapi olarak, bu durumların belirtildiği nöroloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(5) Gabapentin etken maddeli ilaçların üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenen en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.</p>
<p>MADDE-32 4.2.27.A - Faktörler</p>	
<p>(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya</p>	<p>(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya</p>

<p>da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır.</p>	<p>da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır.</p>
<p>MADDE-33 4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri</p>	
<p>(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 karşılanır. Aynı göze ardışık uygulanacak deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç için iki uygulama arasındaki süre en az 3 ay olmalıdır. İki 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.</p>	<p>(10) Dekametazon intravitreal implant etkin maddeli ilacın, anti-VEGF ilaçların uygulamasını takiben en erken 1 ay sonra kullanılmak kaydıyla yılda en fazla 4 defa kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Aynı göze ardışık uygulanacak deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç için iki uygulama arasındaki süre en az 3 ay olmalıdır. İki 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. Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilacın uygulamasından sonra anti-VEGF tedavisine karar verirse en az 3 ay sonra bevacizumab ile tedaviye başlanır. Hastalarda ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.</p>
<p>4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (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 sağlanması gerekmektedir.</p>	<p>4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Bevacizumab tedavisinden yanıt alınmaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.); ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.</p>

<p>4.2.33.B- Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; 1 yıl içinde 4 dozu geçmemek şartıyla deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç uygulanarak tedaviye devam edilecektir. Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda veya glokomun eşlik ettiği hastalarda ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.</p>	<p>4.2.33.B- Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.); 1 yıl içinde 4 dozu geçmemek şartıyla deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç uygulanarak tedaviye devam edilecektir. Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda veya glokomun eşlik ettiği hastalarda ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.</p>
<p>4.2.33.C- Patolojik Miyopiye (PM) bağlı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(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 sağlanması gerekmektedir.</p>	<p>4.2.33.C- Patolojik Miyopiye (PM) bağlı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.); ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.</p>
<p>4.2.33.Ç- Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(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 sağlanması gerekmektedir.</p>	<p>4.2.33.Ç- Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.); deksametazon, ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.</p>

MADDE-34

4.2.34– Multipl Skleroz Hastalığında fampiridin, beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, okrelizumab, kladribin, natalizumab ve alemtuzumab kullanım ilkeleri

(4) Fingolimod ~~yalnızca~~;

a) Yüksek hastalık aktivitesi gösteren relaps ve remisyonla seyreden MS hastalarında, beta interferonlar, glatiramer asetat, teriflunomid veya dimetil fumarat tedavilerinden birini veya birkaçını toplamda en az bir yıl süre ile kullanmış ve bu tedavilere yeterli yanıt vermeyen ve aşağıda belirtilen yüksek hastalık aktivitesi özelliklerinden en az ikisini taşıyan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

1) Son 1 yıl içinde en az bir atak geçirmiş olmak,

2) Birbirini takip eden MRG'lerde lezyon yükünde (yeni T2 lezyon, aktif lezyon veya mevcut lezyonda büyüme) artış,

3) Doğrulanmış (6 ay içinde geri dönüşümsüz) EDSS ölçeğinde en az 0,5 puan artışı.

b) EDSS 5,5 ve altında olan, relaps ve remisyonla seyreden güncel Multipl Skleroz (MS) tanı kriterlerini karşılayan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 1 yıl süreli raporda bu durumun belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavi altında iken EDSS 6,5 üzerinde olan MS hastalarında bu tedaviler sonlandırılır.

(4) Fingolimod;

a) Yüksek hastalık aktivitesi gösteren relaps ve remisyonla seyreden MS hastalarında, beta interferonlar, glatiramer asetat, teriflunomid veya dimetil fumarat tedavilerinden birini veya birkaçını toplamda en az bir yıl süre ile kullanmış ve bu tedavilere yeterli yanıt vermeyen ve aşağıda belirtilen yüksek hastalık aktivitesi özelliklerinden en az ikisini taşıyan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

1) Son 1 yıl içinde en az bir atak geçirmiş olmak,

2) Birbirini takip eden MRG'lerde lezyon yükünde (yeni T2 lezyon, aktif lezyon veya mevcut lezyonda büyüme) artış,

3) Doğrulanmış (6 ay içinde geri dönüşümsüz) EDSS ölçeğinde en az 0,5 puan artışı.

b) EDSS 5,5 ve altında olan, relaps ve remisyonla seyreden güncel Multipl Skleroz (MS) tanı kriterlerini karşılayan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 1 yıl süreli raporda bu durumun belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavi altında iken EDSS 6,5 üzerinde olan MS hastalarında bu tedaviler sonlandırılır.

MADDE-35

4.2.35.A – Nöropatik ağrı ilaç kullanım ilkeleri

(1) Gabapentin etken maddeli ilaçların, üçüncü basamak ~~sağlık 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 aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(1) Gabapentin etken maddeli ilaçların, üçüncü basamak ~~resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde~~ 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 aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu

<p>(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının, üçüncü basamak sağlık 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 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.</p> <p>(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde 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 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.</p>
<p>MADDE-36 4.2.42.A - OI ve/veya IUI İşlemi</p>	
<p>(6) İlaçların kullanım dozları aşağıda belirtilmiştir.</p> <p>a) Standart hasta grubunda (açıklanamayan infertilite veya erkek infertilitesi veya endometriyozis olgularında) uygulama (siklus) başına toplam 1000 IU, toplam 3 siklus (3000 IU) gonadotropin ödenir.</p> <p>b) Kadın infertilitesinde anovulasyonla birlikte seyreden aşağıdaki durumlar, OI ve/veya IUI işleminde istisnai haller olarak kabul edilir:</p> <p>1) Polikistik Over Sendromu (PCOS); en az 3, en fazla 6 siklus klomifen sitrat tedavisine yanıt alınamayan (ovulasyon sağlanamayan veya gebelik elde edilemeyen) hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.</p> <p>2) Hipogonadotropik hipogonadizm; hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.</p>	<p>(6) İlaçların kullanım dozları aşağıda belirtilmiştir.</p> <p>a) Standart hasta grubunda (açıklanamayan infertilite veya erkek infertilitesi veya endometriyozis olgularında) uygulama (siklus) başına toplam 1000 IU, toplam 3 siklus (3000 IU) gonadotropin ödenir.</p> <p>b) Kadın infertilitesinde anovulasyonla birlikte seyreden aşağıdaki durumlar, OI ve/veya IUI işleminde istisnai haller olarak kabul edilir:</p> <p>1) Polikistik Over Sendromu (PCOS); en az 3, en fazla 6 siklus klomifen sitrat tedavisine yanıt alınamayan (ovulasyon sağlanamayan veya gebelik elde edilemeyen) hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.</p> <p>2) Hipogonadotropik hipogonadizm; hastalarda OI ve/veya IUI işlemi için en az 3 en fazla 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin (FSH + LH veya HMG) ödenir.</p>
<p>MADDE-37 4.2.45 – Duchenne Müsküler Distrofi (DMD) hastalığında Ataluren kullanım ilkeleri</p>	
<p>(1) Distrofin geninde nonsense (anlamsız) mutasyonlar olduğunun genetik test (DNA analizi) ile ortaya konulması ve altı dakika</p>	<p>(1) Distrofin geninde nonsense (anlamsız) mutasyonlar olduğunun genetik test (DNA analizi) ile ortaya konulması ve altı dakika</p>

<p>yürüme testi sonuçlarına göre üç yüz metre ve üzeri yürüyebilen beş yaş ve üzeri hastalarda, üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında en az bir pediatrik/erişkin nöroloji uzmanının yer aldığı en fazla altı ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak pediatrik/erişkin nörologlar tarafından reçetelenir.</p>	<p>yürüme testi sonuçlarına göre üç yüz metre ve üzeri yürüyebilen beş yaş ve üzeri hastalarda, üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında en az bir pediatrik/erişkin nöroloji uzmanının yer aldığı en fazla altı ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak pediatrik/erişkin nörologlar tarafından reçetelenir.</p>
<p>MADDE-38</p> <p>4.2.48 – Kolik asit kullanım ilkeleri;</p>	
<p>(1) 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği tanılı ve Zellweger spektrum bozukluğu tanılı hastalarda; üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk endokrinoloji, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir.</p>	<p>(1) Kalıtsal safra asit metabolizması bozuklukları veya Zellweger spektrum bozukluğu tanılı hastalarda; üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında çocuk endokrinoloji, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, çocuk ve erişkin gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az ikisinin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir. Mevcut enzim eksikliğinin genetik olarak doğrulandığı test sonucunun raporda belirtilmesi gerekmektedir.</p>
<p>MADDE-39</p> <p>4.2.50. Chenodeoxycholic Acid kullanım ilkeleri;</p>	
<p>(1) Xanthomatosis Cerebrotendinous hastalığının tedavisinde “CYP27A1 genindeki mutasyonun belgelendirilmesi ve en az bir çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma, çocuk endokrinoloji ve metabolizma veya çocuk/erişkin nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p>	<p>(1) Yalnızca, Cerebrotendinous Xanthomatosis hastalığının tedavisinde “CYP27A1 genindeki mutasyonun belgelendirilmesi ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucusunda en az bir çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma, çocuk endokrinoloji ve metabolizma veya çocuk/erişkin nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p> <p>“25.08.2022 tarihli Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Kararı gereğince, kenodeoksikolik etken maddesini içeren CETEIX isimli ara ödeme kapsamındaki ilaç 03.09.2022 tarihi itibarıyla EK-4A Listesinde yer alacaktır.”</p>
<p>MADDE-48</p> <p>4.2.65- Diyabetik ayak ülserinde epidermal büyüme faktörü (topikal formu) kullanım ilkeleri</p>	

<p>(1) Konvansiyonel yara tedavi prensiplerinin uygulanmasına rağmen yarada iyileşmenin izlenmediği kuru veya yaş gangrensiz, osteomiyeliti ve enfeksiyonu tedavi olmuş, Wagner 1 veya 2 nöropatik diyabetik ayak ülserleri olan hastalarda, ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerinden üçünün yer aldığı 4 (dört) hafta süreli sağlık kurulu raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından 4 (dört) haftalık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(2) 4 (dört) haftalık tedavi sonrasında yanıt alınan hastalarda tedavinin devamının gerekmesi halinde; ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerinden herhangi üçünün yer aldığı 4 (dört) hafta süreli sağlık kurulu raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından 4 (dört) haftalık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>(1) Konvansiyonel yara tedavi prensiplerinin uygulanmasına rağmen yarada iyileşmenin izlenmediği kuru veya yaş gangrensiz, osteomiyeliti ve enfeksiyonu tedavi olmuş, Wagner 1 veya 2 nöropatik diyabetik ayak ülserleri olan hastalarda, ikinci basamak ya da üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerinden üçünün yer aldığı 4 (dört) hafta süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından 4 (dört) haftalık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(2) 4 (dört) haftalık tedavi sonrasında yanıt alınan hastalarda tedavinin devamının gerekmesi halinde; ikinci basamak ya da üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince düzenlenen 4 (dört) hafta süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından 4 (dört) haftalık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>MADDE-49</p> <p>4.2 - Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler</p>	
	<p>4.2.66- Gonadotropin kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Hipogonadotropik hipogonadizm tanısı; 6 ay ara ile yapılan değerlendirmelerde toplamda 3 yıl süre ile FSH ve LH değerleri normal aralığın alt sınırında veya düşük olan ve total testosteron değeri sayısal olarak düşük olan erkek hastalarda bu durumların belirtildiği en az biri endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak</p>

YENİ EKLENDİ.

endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

4.2.67- Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında (ADPKD) tolvaptan kullanım ilkeleri

(1) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan 18 (18,0) - 55 (55,0 hariç) yaş arası, GFR'si 25ml/dk'nın üzerinde ADPKD tanısı almış hastalarda tedaviye başlanır:

a) Son bir ay içinde 2 defa yapılan ölçüm sonunda CKD-EPI formülü ile hesaplanmış aşağıdaki glomerüler filtrasyon hızı değeri aranır.

- 1) ≥ 18 - <40 yaş arası: GFR kriteri aranmaz
- 2) 40 - 44 yaş arası: GFR <90 olmalı
- 3) 45 - 49 yaş arası: GFR <75 olmalı
- 4) 50 - 55 yaş arası: GFR <60 olmalı

b) Aşağıdaki tanımlarda yer aldığı şekilde, hızlı ilerleyen olgu olmalıdır.

1) En az 4 yıllık takip süresinde yapılmış ve yılda en az 1 kez yapılan toplam 5 ölçüme göre yıllık ortalama GFR düşüşü ≥ 3 ml/dk/1.73m²

veya

2) Mayo Clinic sınıflandırmasına göre MR veya CT ile ölçülen böbrek hacminin 1D veya 1E olması

(2) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde en az bir nefroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak nefroloji uzmanlarınca reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, yukarıda yer alan kriterler belirtilir. Maksimum doz günde 120 mg'yi aşmamalıdır. GFR<25 ml/dk olduğunda ilaç sonlandırılır.

4.2.68- 3,4 diaminopyridin kullanım ilkeleri

(1) 6 Yaş üzeri çocuklar ve yetişkin hastalarda:

Elektrofizyolojik test ve/veya klinik değerlendirmeye tanı konulmuş Lambert Eaton Miyastenik Sendromlu (LEMS) veya genetik analiz ile tanı konulmuş konjenital

	miyastenik sendromlu hastaların tedavisi için, üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında düzenlenen ve yukarıda yer alan tanı kriterlerinin belirtildiği, en az bir çocuk nöroloji ve/veya nöroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
--	--

MADDE-51

<p>4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(1) Depocuya satış fiyatı 11,34 (on bir virgül otuz dört) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(2) Depocuya satış fiyatı 11,35 (on bir virgül otuz beş) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskentoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, referans, eşdeğer, fiyat korumalı gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir. Ancak, SUT eki EK-4/A listesinde bulunmaktayken Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Detaylı İlaç Fiyat Listesinde yayımlanan; referans ürün, eşdeğer ürün, fiyat korumalı ürün statülerinde oluşan değişiklikler nedeniyle kamu fiyatında artışa yol açabilecek her türlü değişiklik için indirim oranlarına ilişkin güncelleme talepleri ilgili komisyon marifetiyle Kurum tarafından değerlendirilir.</p> <p>(4) Fiyat korumalı ürünlerden; a) Depocuya satış fiyatı 11,35 (on bir virgül otuz beş) TL (dahil) ile 21,71 (yirmi bir virgül yetmiş bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). b) Depocuya satış fiyatı 21,72 (yirmi bir virgül yetmiş iki) TL (dahil) ile 32,70 (otuz</p>	<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(1) Depocuya satış fiyatı 14,17 (on dört virgül on yedi) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(2) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgül on sekiz) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskentoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, referans, eşdeğer, fiyat korumalı gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir. Ancak, SUT eki EK-4/A listesinde bulunmaktayken Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Detaylı İlaç Fiyat Listesinde yayımlanan; referans ürün, eşdeğer ürün, fiyat korumalı ürün statülerinde oluşan değişiklikler nedeniyle kamu fiyatında artışa yol açabilecek her türlü değişiklik için indirim oranlarına ilişkin güncelleme talepleri ilgili komisyon marifetiyle Kurum tarafından değerlendirilir.</p> <p>(4) Fiyat korumalı ürünlerden; a) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgül on sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi yedi virgül on üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). b) Depocuya satış fiyatı 27,14 (yirmi yedi virgül on dört) TL (dahil) ile 40,87 (kırk</p>
--	--

~~iki virgöl yetmiş~~) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~32,71 (otuz iki virgöl yetmiş bir)~~ TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp maliyet kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı ~~32,71 (otuz iki virgöl yetmiş bir)~~ TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(5) Eşdeğeri olmayan referans ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~11,35 (on bir virgöl otuz beş)~~ TL (dahil) ile ~~21,71 (yirmi bir virgöl yetmiş bir)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı ~~21,72 (yirmi bir virgöl yetmiş iki)~~ TL (dahil) ~~32,70 (otuz iki virgöl yetmiş)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~32,71 (otuz iki virgöl yetmiş bir)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Eşdeğeri olan referans ilaçlar ile eşdeğer ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~11,35 (on bir virgöl otuz beş)~~ TL (dahil) ile ~~21,71 (yirmi bir virgöl yetmiş bir)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı ~~21,72 (yirmi bir virgöl yetmiş iki)~~ TL (dahil) ile ~~32,70 (otuz iki virgöl yetmiş)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~32,71 (otuz iki virgöl yetmiş bir)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave

virgöl seksen yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~40,88 (kırk virgöl seksen sekiz)~~ TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp maliyet kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı ~~40,88 (kırk virgöl seksen sekiz)~~ TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(5) Eşdeğeri olmayan referans ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~14,18 (on dört virgöl on sekiz)~~ TL (dahil) ile ~~27,13 (yirmi yedi virgöl on üç)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı ~~27,14 (yirmi yedi virgöl on dört)~~ TL (dahil) ~~40,87 (kırk virgöl seksen yedi)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~40,88 (kırk virgöl seksen sekiz)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Eşdeğeri olan referans ilaçlar ile eşdeğer ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~14,18 (on dört virgöl on sekiz)~~ TL (dahil) ile ~~27,13 (yirmi yedi virgöl on üç)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı ~~27,14 (yirmi yedi virgöl on dört)~~ TL (dahil) ile ~~40,87 (kırk virgöl seksen yedi)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~40,88 (kırk virgöl seksen sekiz)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave

<p>iskonto) uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(7) Depocuya satış fiyatı 11,35 (on bir virgöl otuz beş) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(8) Enteral beslenme ürünlerinden;</p> <p>a) Depocuya satış fiyatı 11,34 (on bir virgöl otuz dört) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskонтosu uygulanmaz (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>b) Depocuya satış fiyatı 11,35 (on bir virgöl otuz beş) TL (dahil) ile 21,71 (yirmi bir virgöl yetmiş bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>c) Depocuya satış fiyatı 21,72 (yirmi bir virgöl yetmiş iki) TL (dahil) ile 32,70 (otuz iki virgöl yetmiş) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 iskonto (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>ç) Depocuya satış fiyatı 32,71 (otuz iki virgöl yetmiş bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p>	<p>iskonto) uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(7) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgöl on sekiz) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(8) Enteral beslenme ürünlerinden;</p> <p>a) Depocuya satış fiyatı 14,17 (on dört virgöl on yedi) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskонтosu uygulanmaz (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>b) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgöl on sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi yedi virgöl on üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>c) Depocuya satış fiyatı 27,14 (yirmi yedi virgöl on dört) TL (dahil) ile 40,87 (kırk virgöl seksen yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 iskonto (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>ç) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk virgöl seksen sekiz) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p>
<p>MADDE-58</p> <p>Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)</p>	
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>3. Kronik böbrek hastalıkları, organ ve doku nakli v(N01- N08*) (N11) (N15-N16) (N18-N19) (N25-N29*) (D63.8*) (Y83.0) (Z94)</p> <p>Z94 Organ ve doku nakilleri (Q61.2*)</p> <p>3.22. Tolvaptan* (Yalnızca ADPKD tanısında muaftır.)</p>
<p>6.3.10. Enteral beslenme ürünleri (sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır. Crohn hastalığında malnutrisyon gelişmesi aranmadan muafiyet kapsamındadır.)</p>	<p>6.3.10. Enteral beslenme ürünleri (sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır. Çocukluk çağında Crohn hastalığında malnutrisyon gelişmesi aranmadan muafiyet kapsamındadır.)</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>10.2. Nöromusküler hastalıklar</p> <p>10.2.4. Konjenital ve gelişimsel miyasteni</p> <p>G70.2 Konjenital ve Gelişimsel Miyasteni</p> <p>10.2.4.1. 3,4 diaminopyridin*</p>

YENİ EKLENDİ	10.11. Spastisite (G11.4) (G81.1) (G82.1) (G82.4) 10.11.3. Tolperisonhidroklorür*
YENİ EKLENDİ	11.5. Aktivite ve Dikkat Bozukluğu (F90.0) 11.5.3. Guanfasin
YENİ EKLENDİ	11. Psikiyatrik hastalıklar 11.6. Çocukluk otizmi (F84.0) F84.0 Çocukluk otizmi 11.6.1. Aripiprazol*
YENİ EKLENDİ	15.4.1.9. Enteral beslenme ürünleri (E70.3, E74.9, E80.3, E80.4, E80.5, E80.6, E80.7, E88.0, E88.2 ve E88.9 kodlarında muafiyet kapsamında bulunmamaktadır.) Bunların dışında kalan ICD-10 kodlarında; çocukluk çağında muafiyet kapsamında, yetişkinlerde ise sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır.
15.4.1.11. Kolik asit* (Sadece E.88.8 ICD kodu kullanılarak 3-Beta-Hidroksi-Steroid Dehidrogenaz-(BHSD) tanısında muafıtır)	15.4.1.11. Kolik asit* (Sadece E.88.8 veya E88.9 ICD kodu kullanılarak kalıtsal safra asit metabolizması bozuklukları tanısında muafıtır)
15.4.1.16. Karglumik asit	15.4.1.16. Karglumik asit *
15.4.2.6. Enteral beslenme ürünleri	15.4.2.6. Enteral beslenme ürünleri (Yetişkinlerde sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır.)
15.5.4. Enteral beslenme ürünleri	15.5.4. Enteral beslenme ürünleri (Yetişkinlerde sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır.)
15.10.1. Antibiyotikler	15.10.1. Antibiyotikler (Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.)
YENİ EKLENDİ	15. Diğer hastalıklar 15.22. Zellweger Sendromu (Q 87.8) Q87.8 Sendromlar diğer tanımlanmış, başka yerde sınıflanmamış 15.22.1. Kolik asit*
MADDE-59	
Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)	
1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER	1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER
B) Sefalosporinler	B) Sefalosporinler
2. Kuşak Sefalosporinler	2. Kuşak Sefalosporinler
4 Sefuroksim (Parenteral) UH-P	4 Sefuroksim (Parenteral) UH-P, A 72
....	...

<p>3. Kuşak Sefalosporinler</p> <p>8 Seftriakson UH-P, A 72APAT'TA KY (Bakınız 6/a)</p>	<p>3. Kuşak Sefalosporinler</p> <p>8 Seftriakson A 72APAT'TA KY (Bakınız 6/a)</p>
<p>2-MAKROLİD VE LİNZOLİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER</p> <p>A) Makrolidler</p> <p>6 Klaritromisin Parantral UH-P</p>	<p>2-MAKROLİD VE LİNZOLİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER</p> <p>A) Makrolidler</p> <p>6 Klaritromisin Parantral EHU</p>
<p>5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER</p> <p>2 Siprofloksasin Parenteral UH-P, A 72</p> <p>5 Levfoloksasin Parenteral UH-P, A 72</p> <p>12 Moxifloksasin Parenteral UH-P, A 72</p>	<p>5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER</p> <p>2 Siprofloksasin Parenteral A 72, EHU</p> <p>5 Levfoloksasin Parenteral A 72, EHU</p> <p>12 Moxifloksasin Parenteral A 72, EHU</p>
<p>6-ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER</p> <p>B) Glikopeptid Antibiyotikler</p> <p>1 Vankomisin EHU**</p> <p>5 Kolistin ve Türevleri KY</p> <p>C) Diğer Antistafilokokal Antibiyotikler</p> <p>1 Fusidik Asit ve Tuzları KY</p>	<p>6-ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER</p> <p>B) Glikopeptid Antibiyotikler</p> <p>1 Vankomisin EHU</p> <p>5 Kolistin ve Türevleri EHU</p> <p>C) Diğer Antistafilokokal Antibiyotikler</p> <p>1 Fusidik Asit ve Tuzları UH-P</p>
<p>11-ANTİVİRAL İLAÇLAR</p> <p>B) Diğer Antiviraller</p> <p>13 Oseltamivir UH-P</p>	<p>11-ANTİVİRAL İLAÇLAR</p> <p>B) Diğer Antiviraller</p> <p>13 Oseltamivir UH-P (Yalnızca influenza ve avianinfluenzaprofilaksisi ve tedavisinde bedelleri Kurumca karşılanır.)</p>
<p>AÇIKLAMALAR:</p> <p>3. EHU* : Böbrek yetmezliği, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedavi alanlara bu hastalıklar kurul raporunda belirtilmek kaydıyla.</p> <p>EHU**: Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU'nun olmadığı yerlerde iç hastalıkları uzmanının veya göğüs hastalıkları uzmanının; çocuk hastalarda, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı</p>	<p>AÇIKLAMALAR:</p> <p>3. EHU* : Böbrek yetmezliği, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedavi alanlara bu hastalıklar kurul raporunda belirtilmek kaydıyla.</p>

<p>yerlerde çocuk hastalıkları uzmanının yazabileceği antibiyotikler.</p>	
<p>MADDE-60 Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)</p>	
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>7. Donepezil HCl, Galantamine, Memantine, Rivastigmin, Riluzol (Nöroloji, geriatri, psikiyatri uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce</p> <p>7.1. Riluzol oral süspansiyon formu (Yutma güçlüğü olan veya Perkutan Endoskopik Gastrotomi (PEG) kullanan Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS) hastalarında nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>16. Atomoksetine: (6-25 yaş hastalarda psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. 16-18 ergen yaş grubunda ayrıca erişkin psikiyatri uzmanlarınca da aynı koşullarda rapor ve reçete düzenlenebilir.)</p> <p>16.1. Guanfasin: (Uyarıcı ilaçların uygun olmadığı, tolere edilemediği veya etkisiz kaldığı 6-17 yaş arası çocuk ve adolesanlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) tedavisinde; psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir. 16-17 ergen yaş grubunda ayrıca erişkin psikiyatri uzmanlarınca da aynı koşullarda rapor ve reçete düzenlenebilir.)</p>
<p>75. İkatibant yalnızca; 2 yaş ve üzerindeki hastaların C1 esteraz inhibitörü eksikliği veya C1 esteraz inhibitörü düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşüklüğü ile birlikte seyreden herediter anjiyoödem (HAÖ) akut ataklarının tedavisinde, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenecek en az bir immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi</p>	<p>75. İkatibant yalnızca; 2 yaş ve üzerindeki hastaların C1 esteraz inhibitörü eksikliği veya C1 esteraz inhibitörü düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşüklüğü ile birlikte seyreden herediter anjiyoödem (HAÖ) akut ataklarının tedavisinde, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenecek en az bir immünoloji, alerji</p>

halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporunda; C1 esteraz inhibitörü düzeyi/fonksiyonu değer olarak belirtilir.	veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporunda; C1 esteraz inhibitörü düzeyi/fonksiyonu değer olarak belirtilir. Hastanın 1 ay içinde toplam 4 enjektörden fazla kullanımının olduğu durumda, bundan sonra düzenlenecek tüm reçetelerin immünoloji ve alerji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
---	---

MADDE 62- Bu Tebliğin;

- a) 51 inci maddesi 9/7/2022 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 1 ilâ 50 nci, 52 ilâ 56 nci, 57 nci maddesinin (a) ilâ (çç) bentleri ve 58 ilâ 61 inci maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra (03.09.2022),
- c) 57 nci maddesinin (dd) ve (ee) bentlerinde düzenlenen ekli listelerde; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listeye giriş tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra(03.09.2022), ilaç adında (**) işareti bulunan ilaçlarda yapılan düzenlemeler ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra(03.09.2022),
- ç) 57 nci maddesinin (ff) bendinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listede (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra(03.09.2022),
- d) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,
yürürlüğe girer.

MADDE 63- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.