

04.02.2018 TARİHLİ SUT	21.03.2018 DEĞİŞİKLİK
1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı (6) Bu maddede yer alan genel hükümler saklı kalmak kaydıyla; birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (beş) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 (beş) TL'lik tutar; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise eczanelerce kişilerden tahsil edilir.	1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı (6) Bu maddede yer alan genel hükümler saklı kalmak kaydıyla; birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar, elektronik sevk formu ile sevk edilen hastalar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (beş) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 (beş) TL'lik tutar; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise eczanelerce kişilerden tahsil edilir.
1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler (1) Otelecilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere aşağıda belirtilen kişilerden ilave ücret alınmaz. a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, c) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, ç) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar, d) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onikinci fıkrasında belirtilen kişilerden, e) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden.	1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler (1) Aşağıda belirtilen kişilerden hiçbir ilave ücret alınmaz. a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, c) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, ç) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar, d) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onikinci fıkrasında belirtilen kişilerden, e) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden.
2.4.1.B-1 Diş tedavileri uygulama esasları (2) %40 ve üzerinde engelli	2.4.1.B-1 Diş tedavileri uygulama esasları (2) %40 ve üzerinde engelli

kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için, engellilik durumu belgelendirilmelidir. Bu hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerince üç diş hekimi tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurabilirler. Sağlık kurulu raporunda, yapılacak ağız ve diş sağlığına ilişkin tedaviler açıkça belirtilmelidir. Ağız ve Diş muayeneleri yapılamayan hastalarda bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 10 iş günü (raporun alındığı gün dahil) içinde tedaviye başlanması gerekmektedir.	kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için, engellilik durumu belgelendirilmelidir. Bu hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerince muayene yapan hekim tarafından sağlık raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurabilirler. Sağlık raporunda, yapılacak ağız ve diş sağlığına ilişkin tedaviler açıkça belirtilmelidir. Engellilik durumu nedeni ile ağız ve diş muayeneleri yapılamayan hastalarda bu durum sağlık raporunda belirtilmelidir. Sağlık raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 10 iş günü (raporun alındığı gün dahil) içinde tedaviye başlanması gerekmektedir.”
4.D-1-1 - Ev hemodiyalizi (8) Diyaliz merkezlerince sağlanan ev hemodiyalizi tedavilerinde, sağlık kurulu raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek hemodiyaliz tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.	4.D -1-1 - Ev hemodiyalizi (8) Diyaliz merkezlerince sağlanan ev hemodiyalizi tedavilerinde, sağlık kurulu raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek hemodiyaliz tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.
2.6.1.A - Yol giderlerinde esas alınacak mesafeler (1) Sevklerin teşhis ve/veya tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esastır. Ancak, hekimin veya diş hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması durumunda, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere; a) Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerden en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim	2.6.1.A - Yol giderlerinde esas alınacak mesafeler (1) Sevklerin teşhis ve/veya tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esastır. Ancak, hekimin veya diş hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması durumunda, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere; a) İkinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerde birinci basamak resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu

yeri, b) İkinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla sevk edilen yerleşim yeri, c) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri sevk edilen yerleşim yeri, mesafesi esas alınarak karşılanır. (2) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından yerleşim yeri dışına: a) Organ, doku ve kök hücre nakli tedavisi ve/veya kontrolü, b) Kanser tedavisi ve/veya kontrolü, c) Uzun replantasyonu, ç) SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil hal, d) Meslek hastalıkları hastanesine meslek hastalığı tedavisi ve/veya kontrolü, nedenleri ile sevk edilen kişilerin tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi aranmaksızın sevk edildikleri yer üzerinden hesaplanan yol gideri Kurumca karşılanır.	yerleşim yeri, b) İkinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla sevk edilen yerleşim yeri, c) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri sevk edilen yerleşim yeri, mesafesi esas alınarak karşılanır. (2) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından yerleşim yeri dışına: a) Organ, doku ve kök hücre nakli tedavisi ve/veya kontrolü (donör dahil), b) Kanser tedavisi ve/veya kontrolü, c) Uzun replantasyonu veya kontrolü, ç) SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil hal, d) Meslek hastalıkları hastanesine meslek hastalığı tedavisi ve/veya kontrolü, nedenleri ile sevk edilen kişilerin tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi aranmaksızın sevk edildikleri yer üzerinden hesaplanan yol gideri Kurumca karşılanır.
2.6.1.B-3 - Mutat taşıt dışı araçla nakile ilişkin sevkler (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yerleşim yeri dışına mutat taşıt dışı araç (ambulans, ticari taksi, tarifeli uçak vs.) ile sevk edilmeleri halinde; a) Sevk eden sağlık kurumunca; hastalığın ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporu düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer gidiş için geçerlidir), b) Sevk ile müracaat edilen sağlık kurumunca; tedavi sonrasında dönüş için mutat taşıt dışı araçla naklin öngörülmesi durumunda da sağlık kurulu raporunun ayrıca düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer dönüş için geçerlidir),	2.6.1.B-3 - Mutat taşıt dışı araçla nakile ilişkin sevkler (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yerleşim yeri dışına mutat taşıt dışı araç (ambulans, ticari taksi, tarifeli uçak vs.) ile sevk edilmeleri halinde; a) Sevk eden sağlık kurumunca; hastalığın ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporu düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer gidiş için geçerlidir), b) Sevk ile müracaat edilen sağlık kurumunca; tedavi sonrasında dönüş için mutat taşıt dışı araçla naklin öngörülmesi durumunda da hastalığın ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporunun ayrıca düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer dönüş için geçerlidir),

c) Acil hal nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenlenmeksizin sevk edilen kişinin mutaat taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte, sevk eden sağlık kurumunun ilgili hekimi tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi, ve Kurumca kabul edilmesi durumunda yol gideri ödenir.	c) Acil hal nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenlenmeksizin sevk edilen kişinin mutaat taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte, sevk eden sağlık kurumunun ilgili hekimi tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi, ve Kurumca kabul edilmesi durumunda yol gideri ödenir.
2.6.1.B-4 - Mutat taşıt dışı araç ücretleri (4) Tarifeli uçak için ibraz edilen bilet/fatura tutarı, ekonomi sınıf bedeli üzerinden ödenir. İlgili firmanın tespit edilen uçuş tarihindeki ekonomi sınıf bileti ücretinden daha düşük ücrette bilet/fatura beyanının olması durumunda, bilet/fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır. Uçak ile yapılan sevklerde, faturanın/biletin yanında o seferle seyahat ettiğine ilişkin olarak uçak binış kartının da ibraz edilmesi gerekmektedir. (5) Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 07.12.2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28 inci maddesi gereği belirlenen fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren “Ambulans Ücret Tarifesi”nden daha düşük bedelle hasta nakil beyanlarının olması durumunda, kamu ve Kurum yararı doğrultusunda belirlenen ücret tarifesinden daha düşük fatura edilmesi halinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır.	2.6.1.B-4 - Mutat taşıt dışı araç ücretleri (4) Tarifeli uçak için ibraz edilen bilet/fatura tutarı, ekonomi sınıf bedeli üzerinden ödenir. Uçak ile yapılan sevklerde, faturanın/biletin yanında o seferle seyahat ettiğine ilişkin olarak uçak binış kartının da ibraz edilmesi gerekmektedir. (5) Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 07.12.2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28 inci maddesi gereği belirlenen asgari fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren “Ambulans Ücret Tarifesi”nden daha düşük bedelle hasta nakil beyanlarının olması durumunda, kamu ve Kurum yararı doğrultusunda belirlenen ücret tarifesinden daha düşük fatura edilmesi halinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır.
2.6.2 - Gündelik giderleri (1) Kişilerin, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerinde hasta ve refakatçisine; a) Ayakta tedavilerde, sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında, istirahat raporu verilen süreler dışında kalan günler için gündelik ödenir. b) Yatarak tedavilerde, hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenir.	2.6.2 - Gündelik giderleri (1) Kişilerin, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerinde hasta ve refakatçisine; a) Ayakta tedavilerde, sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında, istirahat raporu verilen süreler dışında kalan günler için gündelik ödenir. b) Yatarak tedavilerde, hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenir.

c) Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucunca belgelenmesi şartıyla 5 günü geçmemek üzere gündelik ödenir. YENİ EKLENDİ.	c) Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucunca belgelenmesi şartıyla 5 günü geçmemek üzere gündelik ödenir. ç) Belli bir program çerçevesinde sayılan tedaviler hariç olmak üzere sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda ayaktan tedavinin başvuru tarihinden itibaren 10 günü aşması halinde, gerekçesinin sevk belgesinde belirtilmesi durumunda 10 günü aşan süreler için de gündelik ödenir.
2.6.3 - Refakatçi giderleri (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçi giderlerinde; sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusunca refakatin tıbben gerekli olduğunun, sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca refakatçi eşliğinde gelindiğinin ve/veya kalındığının elektronik ortamda veya SUT eki EK-2/F formunda belirtilmiş olması gerekmektedir. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçi giderlerinin ödenmesinde yukarıda belirtilen koşullar aranmaz. (2) Kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgeye istinaden, hastanın yanında kalan refakatçisinin yatak ve yemek giderleri, sağlık hizmeti sunucusunca Kuruma fatura edilmesi halinde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “refakat” puanı esas alınarak karşılanır, ayrıca bu günler için ilgililere gündelik ödenmez. Gününbirlik tedavilerde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “refakat” kodu faturalandırılmaz. (3) Hastanın yoğun bakım ünitesindeki yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine gündelik ödenir.	2.6.3 - Refakatçi giderleri (yol, gündelik) (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçi giderlerinde; sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusunca refakatin tıbben gerekli olduğunun, sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca refakatçi eşliğinde gelindiğinin ve/veya kalındığının elektronik ortamda veya SUT eki EK-2/F formunda belirtilmiş olması gerekmektedir. %40 ve üzeri engelli kişilerde, organ, doku, kök hücre nakli, uzuv replantasyonu tedavilerinde ve 18 yaşını doldurmamış çocuklar için bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçi giderlerinin ödenmesinde yukarıda belirtilen koşullar aranmaz. (2) Kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgeye istinaden, hastanın yanında kalan refakatçisinin yatak ve yemek giderleri, sağlık hizmeti sunucusunca Kuruma fatura edilmesi halinde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “refakat” puanı esas alınarak karşılanır, ayrıca bu günler için ilgililere gündelik ödenmez. Gününbirlik tedavilerde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “refakat” kodu faturalandırılmaz. (3) Hastanın yoğun bakım ünitesindeki yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine gündelik ödenir.

2.6.4 - Kontrol çağrılarına istinaden yapılan sevkler ile ilişkin yol ve gündelik giderleri (1) Mevzuata uygun olarak yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan veya kanser tedavisi gören veya meslek hastalıkları hastanesinde meslek hastalığı nedeniyle tedavi olan hastaların; kontrol amaçlı sevkleri;	2.6.4 - Kontrol çağrılarına istinaden yapılan sevkler ile ilişkin yol ve gündelik giderleri (1) Mevzuata uygun olarak yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan, kanser tedavisi gören, uzuv replantasyonu yapılan veya meslek hastalıkları hastanesinde meslek hastalığı nedeniyle tedavi olan hastaları kontrol amaçlı sevkleri;
3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (19) Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait fatura bedelleri malzemenin sözleşmeli satış merkezleri veya eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır. Ancak; “İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezleri ile işitme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanacak tıbbi malzemeler ile Kurumca iade alınan tıbbi malzeme bedelleri sözleşmeler tamamlanıncaya kadar şahıs ödemesi şeklinde yapılır.	3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (19) Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait fatura bedelleri malzemenin sözleşmeli satış merkezleri veya eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır. Ancak; “İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanacak tıbbi malzemeler ile Kurumca iade alınan tıbbi malzeme bedelleri sözleşmeler tamamlanıncaya kadar şahıs ödemesi şeklinde yapılır.
3.3.4 – Greftler 3.3.4.A - Genel hükümler (6) – Sentetik greftlerin ve xenogreftlerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı olduğunun (FDA, TGA, SFDA, PAL, IQWIG, HAS vb.) belgelendirilmesi gerekmektedir. Yerli imal ürünlerde ise Sağlık Bakanlığı Serbest Satış Sertifikası olması yeterlidir. (7) – Sentetik greftlerin ve xenogreftlerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldığına dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya bağımsız sağlık teknolojileri değerlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanıldığına ve geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge ya da ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığında alınacak aynı özelliklere haiz belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi gerekmektedir. Yerli imal	3.3.4 – Greftler 3.3.4.A - Genel hükümler KALDIRILDI.

ürünlerde ise Sağlık Bakanlığı Serbest Satış Sertifikası olması yeterlidir.	
3.3.35-İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı (11) İşitme cihazı sağlık kurulu raporu ve odyolojik test sonuçları 4 (dört) ay süreyle geçerlidir.	3.3.35-İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı (11) Odyolojik test sonuçları 4 (dört) ay süreyle 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 için 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. (5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde en fazla 1 kutu ödenir. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT'ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. Ancak ilaçların topikal formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünleri, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları, eritropoietinler ve darbopoetinler için bu fıkra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır. Bu maddenin birinci fıkrası için bu fıkra hükümleri uygulanmaz.	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. (5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde en fazla 1 kutu ödenir. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT'ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. Ancak ilaçların topikal formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünleri, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları, eritropoietinler ve darbopoetinler için bu fıkra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır. Bu maddenin birinci fıkrası için bu fıkra hükümleri uygulanmaz. Topikal antifungaller bir reçetede en fazla 2 kutu yazılabilir. Tedavinin devamı gerekli ise devam reçetesi/reçetelerinin dermatoloji uzman hekimi tarafından düzenlenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır
4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri 4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar	4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri 4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar

(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit; b) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler -idiyopatik-kronik) hastalarda NSAİ ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.	(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit; b) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler -idiyopatik-kronik) hastalarda; 1) NSAİ ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir. 2) Adalimumabın flakon formunun yalnızca; bir veya daha fazla hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilacı en az 3 ay kullanmış olmasına rağmen ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamış olan üveit eşlik eden aktif poliartiküler juvenil idiyopatik artritli 2-17 yaşları arası çocuk ve adolesan hastalarda methotrexat ile kombine olarak tedaviye başlanılarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Adalimumabın flakon formunun methotrexata karşı intolerans gelişmesi durumunda veya methotrexat ile tedaviye devam edilmesinin uygun olmadığı durumlarda monoterapi olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. 3) Tedaviye başladıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.
4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım	4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım

ilkeleri 4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar (10) Fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab , sertolizumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immunsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile adalimumab, sertolizumab ve infliksimab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık kurum/kuruluşlarında klinik koşullarda uygulanır.	ilkeleri 4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar (10) Fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab , sertolizumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immunsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile adalimumab, sertolizumab ve infliksimab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık kurum/kuruluşlarında klinik koşullarda uygulanır. Crohn hastalığında adalimumabın flakon formunun kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz
4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri 4.2.1.C-4 -Ustekinumab (1) Sistemik tedaviye yanıt vermeyen, kontrendike olan veya bu tedaviyi tolere edemeyen yetişkinlerde orta ile şiddetli plak tip psoriyazis tedavisinde; a) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete	4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri 4.2.1.C-4 -Ustekinumab (1) Sistemik tedaviye yanıt vermeyen, kontrendike olan veya bu tedaviyi tolere edemeyen yetişkinlerde orta ile şiddetli plak tip psoriyazis tedavisinde; a) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete

edilebilir.

b) Raporda, başlangıç psoriyazis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değeri ve tedavi şeması belirtilir.

c) İlaça başlandıktan sonra 28. haftada yapılan değerlendirmede PASI değerine bakılır, başlangıç PASI değerine göre PASI 75 yanıtını sağlamayan (başlangıca göre en az %75 PASI iyileşmesi görülmeyen) hastalarda tedavi sonlandırılır. 28.haftada bakılan PASI değeri reçete/raporda belirtilir.

ç) 28. haftada yapılan değerlendirmede başlangıç PASI değerine göre PASI 75 yanıtının sağlanması halinde, bu durumun sağlık kurulu raporunda/reçetede belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

d) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra yeni düzenlenecek raporda yukarıdaki kriterlerle, hastanın tedaviden fayda gördüğünün belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

YENİ EKLENDİ.

edilebilir.

b) Raporda, başlangıç psoriyazis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değeri ve tedavi şeması belirtilir.

c) İlaça başlandıktan sonra 28. haftada yapılan değerlendirmede PASI değerine bakılır, başlangıç PASI değerine göre PASI 75 yanıtını sağlamayan (başlangıca göre en az %75 PASI iyileşmesi görülmeyen) hastalarda tedavi sonlandırılır. 28.haftada bakılan PASI değeri reçete/raporda belirtilir.

ç) 28. haftada yapılan değerlendirmede başlangıç PASI değerine göre PASI 75 yanıtının sağlanması halinde, bu durumun sağlık kurulu raporunda/reçetede belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

d) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra yeni düzenlenecek raporda yukarıdaki kriterlerle, hastanın tedaviden fayda gördüğünün belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

(2) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı üçer ay süre ile uygun dozda kullanmış ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) aktif psöriatik artritli yetişkin hastaların tedavisine en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır.

a) Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede yeterli cevap alınması halinde (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınması), bu durumun belirtildiği 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile tedaviye devam edilir. Yanıt alınamaması halinde tedavi sonlandırılır.

b) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

4.2.6.A - Büyüme hormonu bozuklukları YENİ EKLENDİ.	4.2.6.A-3- Turner sendromunda; (1) Epifiz hatları açık olan, klinik ve genetik olarak turner sendromu tanısı almış hastalarda, en az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde büyüme hormonu bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, raporda ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir. (2) Aşağıdaki kriterlerin herhangi biri sağlandığında tedavi sonlandırılır: a) Epifiz hattı kapandığında. b) Yıllık büyüme hızı 4 cm. ve altında olduğunda. c) Boy uzunluğu 155 cm.'ye ulaştığında. ç) Kemik yaşı 14' e ulaştığında.
4.2.9.Ç - Cinacalcet kullanım ilkeleri (1) Hemodiyaliz ya da periton diyaliz tedavisi altında bulunan diyalizat kalsiyumunu 1,25 mmol/L ile kullanılmasına rağmen albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 10,5$ mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 700 pg/ml ve üzerinde olduğu belgelenen hastalarda cinacalcet tedavisi başlanabilir. (2) Serum fosfor ve kalsiyum x fosfor (çarpımı) değerleri ne olursa olsun, PTH düzeyi 1000 pg/ml üzerinde olan hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında PTH düzeylerini baskılamak amacıyla cinacalcet tedavisi başlanabilir. (3) Yukarıdaki hasta gruplarında PTH düzeyi 400 pg/ml'nin altına düşen hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir. (4) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, başlangıç değerleri nefroloji uzmanınca düzenlenen raporda belirtilmek kaydıyla, nefroloji uzmanları veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından en fazla 3 ay öncesine ait kalsiyum ve PTH değerleri reçete veya rapor üzerinde belirtilir. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir. (5) Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratroidektomi endike olduğu	4.2.9.Ç - Cinacalcet kullanım ilkeleri (1) Hemodiyaliz ya da periton diyaliz tedavisi altında bulunan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 8,5$ mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 700 pg/ml ve üzerinde olduğu belgelenen hastalarda cinacalcet tedavisi başlanabilir. (2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\leq 8,4$ mg/dl olanlarda cinacalcet tedavisi kesilir. (3) Yukarıdaki hasta gruplarında PTH düzeyi 400 pg/ml'nin altına düşen hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir. (4) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, başlangıç değerleri nefroloji uzmanınca düzenlenen raporda belirtilmek kaydıyla, nefroloji uzmanları veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından en fazla 3 ay öncesine ait kalsiyum ve PTH değerleri reçete veya rapor üzerinde belirtilir. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir. (5) Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratroidektomi endike olduğu

halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandığı şekilde) paratiroidektominin 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.	halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandığı şekilde) paratiroidektominin 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.
4.2.10.B-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları (1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimler ve nefroloji uzman hekimince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.	4.2.10.B-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları (1) Hasta adına, en az biri çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi olmak kaydıyla; gastroenteroloji veya nöroloji veya nefroloji uzman hekimlerince düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır.
4.2.10.C-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları (1) 72 ay üzeri çocuk ve erişkin hastalar için; çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile göğüs hastalıkları (bulunmayan yerlerde çocuk alerji ve/veya immünoloji) uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve	4.2.10.C-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları (1) 72 ay üzeri çocuk ve erişkin hastalar için; çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya

metabolizma hastalıkları uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir. (2) 72 ay altı çocuk hastalar için; çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.	iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir. (2) 72 ay altı çocuk hastalar için; çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.
4.2.12.B – Spesifik olmayan/ gamma/ polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immünglobulinler) (1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için; a) Pediatrik HIV enfeksiyonunda pediatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından, b) Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji uzman hekimi tarafından, c) Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP (Primer İmmün Trombositopeni) beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi) ve hematoloji uzmanı tarafından, ç) Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin nasokomiyal enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyumsuzluklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından, d) Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiyotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik şok) tedavisinde ilgili uzman hekimi tarafından, e) Nörolojik hastalıklardan; myastenik kriz, limbik ensefalit, opsoklonus-myoklonus, eaton lambert sendromu, rasmussen ensefaliti, stiff person sendromunda ilgili uzman hekimler	4.2.12.B – Spesifik olmayan/ gamma/ polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immünglobulinler) (1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için; a) Pediatrik HIV enfeksiyonunda pediatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından, b) Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji uzman hekimi tarafından, c) Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP (Primer İmmün Trombositopeni) beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi) ve hematoloji uzmanı tarafından, ç) Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin nasokomiyal enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyumsuzluklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından, d) Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiyotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik şok) tedavisinde ilgili uzman hekimi tarafından, e) Nörolojik hastalıklardan; myastenik kriz, limbik ensefalit, opsoklonus-myoklonus, eaton lambert sendromu, rasmussen ensefaliti, stiff person sendromunda nöroloji uzman hekimleri

tarafından, f) Kronik inflamatuvar polinöropati (CIDP) ve multifokal motor nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında ilgili uzman hekimler tarafından, reçete edilebilir. (Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranmaz.)	tarafından, f) Kronik inflamatuvar polinöropati (CIDP) ve multifokal motor nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından 1 yıl süreyle düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden ilgili uzman hekimlerce, reçete edilebilir. (Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranmaz.)
4.2.13 - Hepatit tedavisi (1) Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. (2) Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.	4.2.13 - Hepatit tedavisi (1) Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. (2) Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir.
4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi (7) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, başlama kriterlerinin hastanın tedavisine başladığı tarihteki mevzuata uygun olduğu yeni raporda belirtilir. YENİ EKLENDİ.	4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi (7) Kronik hepatit B tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. (8) Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (1) Bevacizumab, fotemustin, gefinitib, interleukin-2, octreotid, lanreotid, streptozosin; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (1) Fotemustin, gefinitib, interleukin-2, octreotid, lanreotid, streptozosin; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

n) Lenalidomid; YENİ EKLENDİ.	n) Lenalidomid; 3) Daha önceden bortezomib veya bortezomib içeren kombinasyonlarla tedavisi başarısız olan nüks veya dirençli mantle hücreli lenfoma tedavisinde, bu durumların belirtildiği hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde progresyon gelişene kadar Kurumca bedeli karşılanır.
YENİ EKLENDİ.	nn) Bevasizumab; 1) Metastatik kolorektal kanser tedavisinde; a) 5-florourasil/folinik asit veya 5-florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin birinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. b) Daha önceki basamaklarda bevasizumabın kullanılmadığı metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin ikinci ve sonraki basamak tedavilerinde 5-florourasil/folinik asit veya 5-florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. c) Daha önce adjuvant amaçlı kemoterapi almamış olan metastatik kolon veya metastatik rektum kanserli hastalarda, birinci basamak tedavi olarak okzaliplatin ile kapesitabin veya 5-florourasil/folinik asit ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. 2) Malign glioma (DSÖ evre IV)–glioblastoma tedavisinde; histolojik olarak glioblastoma multiforme tanısı almış ve bir seri temozolomid sonrası nüks gelişmiş veya progresyon göstermiş hastalarda kemoterapi ile birlikte progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Bu tedavi ile progresyon gelişen hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. 3) Serviks kanseri tedavisinde; lokal tedavilere uygun olmayan rekürren/persistan veya metastatik serviks kanseri olan erişkin hastaların birinci

	basamak tedavisinde paklitaksel ve cisplatin veya paklitaksel ve topotekan ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Daha önce radyo duyarlaştırıcı haricinde sistemik kemoterapi tedavisi almış ve progresyon göstermiş hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. 4) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.
YENİ EKLENDİ.	oo) Pleriksafor; 1) Otolog kök hücre nakli gerçekleştirmek istenen lenfoma veya multipl miyelom tanısı konmuş ve aşağıdaki tedavi protokolleri ile yeterli kök hücre mobilizasyonu ($\geq 2 \times 10^6/\text{kg}$ CD34 pozitif hücre) sağlanamayan erişkin hastalarda Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör (G-CSF) ile kombine olarak kullanılır. a) Sadece G-CSF mobilizasyonunun yeterli olacağı öngörülen hastalardan en az bir seri 10 mikrogram/kilogram gün dozunda G-CSF uygulaması ve en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması, b) Sadece G-CSF ile yeterli düzeyde kök hücre mobilizasyonu sağlanamayacağı öngörülen hastalarda en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması. 2) Bünyesinde terapötik aferez merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği en az biri hematoloji uzman hekimi olmak üzere hematoloji ve onkoloji uzman hekimlerinden oluşan 1 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya onkoloji uzman hekimleri tarafından en fazla 4 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ.	öö) Denosumab 120 mg; 1) Daha önce zoledronik asit kullanmamış, kırık veya bası riski yüksek kemiklere metastaz yapmış meme kanseri, hormon refrakter prostat kanseri veya küçük hücreli dışı akciğer kanseri

	hastalarında kemik progresyonuna kadar, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. 2) Rezeke edilemeyen veya cerrahi morbidite riski yüksek, yetişkinler ile iskeleti olgunlaşmış adölesanlarda görülen kemiğin dev hücreli tümörünün tedavisinde en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ.	pp) Nivolumab yalnızca; 1) ECOG performans skoru 0-1 olan, birinci basamak kemoterapi sonrasında progresyon göstermiş, daha önce PD-1 ve PD-L1 inhibitör tedavisi almamış rezeke edilemeyen lokal ileri evre veya metastatik malign melanomu olan hastaların tedavisinde progresyona kadar tek başına kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. İpilimumab etken maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli ödenmez. 2) Karnofsky performans statüsü en az 70 olan, daha önce en az bir basamak sitokin (interferon veya interlökin) ve sonrasında bir basamak da antianjiojenik tedavi almış olmak şartı ile 3. veya 4. basamak tedavi olarak, ileri evre berrak hücreli renal kanser tedavisinde progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu

	raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. 3) Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak klasik hodgkin lenfoma endikasyonunda, otolog kök hücre nakli sonrasında brentuksimab tedavisi ile progresyon gösteren veya relaps olan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.
4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile lyak Hastalığı (5) İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar; ocuk gastroenteroloji veya ocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde ocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. (6) lyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekiminden, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde ocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekiminden düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;	4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile lyak Hastalığı (5) İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklere öncelikle ileri derecede hidrolize mamalar başlanır. İleri derecede hidrolize mamanın tolere edilemediği durumlarda, anafilakside, enteropatide, eozinofilik zofajitte, besin protein ilişkili enterokolit sendromunda veya çoklu besin alerjileri gibi ağır vakalarda aminoasit bazlı veya pirinç proteini bazlı mamalar kullanılır. Bu durumların belirtildiği; ocuk gastroenteroloji veya ocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde ocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. (6) lyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekiminden, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde ocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekiminden düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

4.2.17.A – Osteoporoz (1) Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), denosumab) aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir. (2) Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce son bir yıl içinde yapılan Kemik Mineral Yoğunluk (KMY) ölçümüyle planlanır. Ölçüm yılda bir defadan daha sık yapılamaz. KMY ölçümünün tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada diğer kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebra ya da ön koldan yapılabilir.	4.2.17.A – Osteoporoz (1) Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), denosumab) aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 2 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir. (2) Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce son iki yıl içinde yapılan Kemik Mineral Yoğunluk (KMY) ölçümüyle planlanır. Ölçüm yılda bir defadan daha sık yapılamaz. KMY ölçümünün tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada diğer kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebra ya da ön koldan yapılabilir.
4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itraconazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri (1) Hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyonları normal ise ilk tercih klasik amfoterisin-B veya flukonazoldür.	4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itraconazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri
4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itraconazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri (2) Klasik amfoterisin-B'ye alerjik reaksiyon gösterdiğinin uzman hekim raporu ile belgelenmesi ya da hastanın karaciğer veya böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk olduğunun belgelenmesi halinde lipozomal veya lipid kompleks veya koloidal dispersiyon amfoterisin-B veya kaspofungin veya anidilofungin veya posakonazol veya vorikanazol veya itraconazol (infüzyon) kullanılabilir.	4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itraconazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri (2) Bu maddede belirtilen etken maddeli ilaçların sistemik mantar enfeksiyonları tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itraconazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri	4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itraconazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri

(4) Posakonazol; a) Aşağıda tanımlanan hastalardaki invazif mantar enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır. (Yukarıda yer alan birinci ve ikinci fıkra hükümleri aranmaz.) 1) İnvazif mantar enfeksiyonu gelişme riski yüksek olan ve uzun süreli nötropeni oluşabileceği düşünülen akut miyeloid lösemi (AML) veya miyelodisplastik sendrom (MDS) nedeniyle remisyon-indüksiyon kemoterapisi alan hastalarda. 2) İnvazif mantar enfeksiyonu gelişme riski yüksek olan ve Graft versus host hastalığına yönelik olarak yüksek doz immünsupresif tedavi alan allojenik hematopoetik kök hücre transplantı (HSCT) alıcısı olan hastalarda.	(4) Posakonazol; a) Aşağıda tanımlanan hastalardaki invazif mantar enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır. Posakonazolün arenteral formları yalnızca oral formlarını kullanamayan hastalarda kullanılabilir. 1) İnvazif mantar enfeksiyonu gelişme riski yüksek olan ve uzun süreli nötropeni oluşabileceği düşünülen akut miyeloid lösemi (AML) veya miyelodisplastik sendrom (MDS) nedeniyle remisyon-indüksiyon kemoterapisi alan hastalarda. 2) İnvazif mantar enfeksiyonu gelişme riski yüksek olan ve Graft versus host hastalığına yönelik olarak yüksek doz immünsupresif tedavi alan allojenik hematopoetik kök hücre transplantı (HSCT) alıcısı olan hastalarda.
4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itrakonazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri (6) Mikafungin; —1) İnvaziv kandidiyazis ve özofajiyal kandidiyazis endikasyonlarında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre kullanılır.— —2) Allojenik hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) yapılan hastalarda aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisinde yukarıda yer alan birinci ve ikinci fıkra hükümleri aranmaz. —3) 10 gün veya daha uzun süreyle nötropeni olması beklenen hastalarda Aspergilloz ve Candida enfeksiyonlarının profilaksisi endikasyonunda ödenmez.	4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itrakonazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri (6) Mikafungin; 1) İnvaziv kandidiyazis ve özofajiyal kandidiyazis endikasyonlarında kullanılır. 2) Allojenik hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) yapılan hastalarda veya akut lenfositik lösemi (ALL) hastalarında nötropenik dönemde ve takip eden bir hafta içinde veya mukoziti olan otolog hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastalarda nötropenik dönemde aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır. 3) 10 gün veya daha uzun süreyle nötropeni olması beklenen diğer hastalarda aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisi endikasyonunda ödenmez.
4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itrakonazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri	4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itrakonazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri

YENİ EKLENDİ.	(8) Vorikonazol 200 mg tablet; nötropeni olması beklenen hematopoietik kök hücre nakli alıcısı hastaların aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksi endikasyonunda da kullanılır.
4.2.29 - Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri (1) Bu grup ilaçların bütün formlarından; östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar (östradiol ya da konjüge östrojen ve progesteron kombinasyonları, yalnız östrojen içerenler ve tibolon içerenler) ile progesteronlar; endokrinoloji, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. YENİ EKLENDİ. YENİ EKLENDİ.	4.2.29 - Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri (1) Bu grup ilaçların (aşağıda belirtilenler hariç) bütün formlarından; östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar (östradiol ya da konjüge östrojen ve progesteron kombinasyonları, yalnız östrojen içerenler ve tibolon içerenler) ile progesteronlar; endokrinoloji, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. (2) Tek başına dienogest etkin maddesi içeren ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. (3) Tek başına progesteron etkin maddesi içeren ve infertilite tedavisi endikasyonu olan topikal ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen prospektüs endikasyonlarıyla uyumlu uzman hekim raporuna istinaden diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin, alogliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları ve sodyum glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman	4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin, alogliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman

~~hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptini tek başına içeren 2,5 mg'lık formları yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında ve günlük en fazla 2,5 mg dozunda kullanılabilir.~~

YENİ EKLENDİ.

hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptini tek başına içeren 2,5 mg.'lık formları günlük en fazla 2,5 mg. dozunda, alogliptini tek başına içeren 12,5 mg.'lık formları günlük en fazla 12,5 mg. dozunda yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında kullanılabilir.

(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin, empagliflozin); metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı ~~4,23 (dört virgül yirmiyüç)~~ TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı ~~4,24 (dört virgül yirmidört)~~ TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~4,24 (dört virgül yirmidört)~~ TL (dahil) ile ~~8,09 (sekiz virgül sıfırdokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı ~~8,10 (sekiz virgül on)~~ TL (dahil) ile ~~12,19 (oniki virgül ondokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı ~~12,20 (oniki virgül yirmi)~~ TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre

4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı **4,86 (dört virgül seksen altı)** TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı **4,87 (dört virgül seksen yedi)** TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı **4,87 (dört virgül seksen yedi)** TL (dahil) ile **9,30 (dokuz virgül otuz)** TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı **9,31 (dokuz virgül otuz bir)** TL (dahil) ile **14,01 (on dört virgül sıfır bir)** TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı **14,02 (on dört virgül sıfır iki)** TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat

fiyat alan ilaçlara; % 28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

ç) Depocuya satış fiyatı ~~12,20 (oniki virgöl yirmi)~~ TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~4,24 (dört virgöl yirmidört)~~ TL (dahil) ile ~~8,09 (sekiz virgöl sıfırdokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı ~~8,10 (sekiz virgöl on)~~ TL (dahil) ile ~~12,19 (oniki virgöl ondokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı ~~12,20 (oniki virgöl yirmi)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~4,24 (dört virgöl yirmidört)~~ TL (dahil) ile ~~8,09 (sekiz virgöl sıfırdokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı ~~8,10 (sekiz virgöl on)~~ TL (dahil) ile ~~12,19 (oniki virgöl ondokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11 + % 7 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı ~~12,20 (oniki virgöl yirmi)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(7) Depocuya satış fiyatı ~~4,24 (dört virgöl yirmidört)~~ TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır.

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı ~~4,24 (dört virgöl yirmidört)~~ TL (dahil) ile ~~8,09 (sekiz virgöl sıfırdokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı ~~8,10 (sekiz virgöl on)~~ TL (dahil) ile ~~12,19 (oniki virgöl ondokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11 + %10 ilave iskonto)

kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

ç) Depocuya satış fiyatı **14,02 (on dört virgöl sıfır iki)** TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı **4,87 (dört virgöl seksen yedi)** TL (dahil) ile **9,30 (dokuz virgöl otuz)** TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı **9,31 (dokuz virgöl otuz bir)** TL (dahil) ile **14,01 (on dört virgöl sıfır bir)** TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı **14,02 (on dört virgöl sıfır iki)** TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı **4,87 (dört virgöl seksen yedi)** TL (dahil) ile **9,30 (dokuz virgöl otuz)** (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı **9,31 (dokuz virgöl otuz bir)** TL (dahil) ile **14,01 (on dört virgöl sıfır bir)** TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11 + % 7 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı **14,02 (on dört virgöl sıfır iki)** TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(7) Depocuya satış fiyatı **4,87 (dört virgöl seksen yedi)** TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır.

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı **4,87 (dört virgöl seksen yedi)** TL (dahil) ile **9,30 (dokuz virgöl otuz)** TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı **9,31 (dokuz virgöl otuz bir)** TL (dahil) ile **14,01 (on dört virgöl sıfır bir)** TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11 + %10

iskonto uygulanır.	ilave iskonto) iskonto uygulanır.						
c)Depocuya satış fiyatı 12,20 (oniki virgöl yirmi) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.	c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgöl sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.”						
	Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)” nin “13-DİĞERLERİ” başlıklı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır. a) İki numaralı alt madde aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. b) Aşağıda yer alan alt madde eklenmiştir.						
EK-4/E - SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEM KURALLARI LİSTESİ							
13- DİĞERLERİ	13- DİĞERLERİ						
<table><tr><td>2</td><td>Glukagon</td><td>UH-P</td></tr></table>	2	Glukagon	UH-P	<table><tr><td>2</td><td>Glukagon</td><td>UH-P (Glokagon günlük 3 ve üzeri uygulamasının gerekmesi durumunda hastanın iç hastalıkları uzman hekimlerince hastaneye yatırılarak insülin dozunun ayarlanması ve belirlenen günlük uygulama sayısının 3 ve üzerinde olması durumunun devam etmesi halinde en az bir ç hastalıkları uzman hekimin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi koşulu ile bedeli Kurumca karşılanır.)</td></tr></table>	2	Glukagon	UH-P (Glokagon günlük 3 ve üzeri uygulamasının gerekmesi durumunda hastanın iç hastalıkları uzman hekimlerince hastaneye yatırılarak insülin dozunun ayarlanması ve belirlenen günlük uygulama sayısının 3 ve üzerinde olması durumunun devam etmesi halinde en az bir ç hastalıkları uzman hekimin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi koşulu ile bedeli Kurumca karşılanır.)
2	Glukagon	UH-P					
2	Glukagon	UH-P (Glokagon günlük 3 ve üzeri uygulamasının gerekmesi durumunda hastanın iç hastalıkları uzman hekimlerince hastaneye yatırılarak insülin dozunun ayarlanması ve belirlenen günlük uygulama sayısının 3 ve üzerinde olması durumunun devam etmesi halinde en az bir ç hastalıkları uzman hekimin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi koşulu ile bedeli Kurumca karşılanır.)					

YENİ EKLENDİ.

13- DİĞERLERİ

		UH-P
24	Kalsiyum karbonat+ kolikalsiferol (vitamin D3) + genistein	Yalnızca postmenopozal osteoporoz endikasyonunda bedeli Kurumca karşılanır.

EK-4/F - AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (UZMAN HEKİM RAPORU/ SAĞLIK KURULU RAPORU) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ

15. Kontraseptifler (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki tedavi endikasyonlarında ödenir.)

15. Kontraseptifler (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki tedavi endikasyonlarında ödenir.) (Levonergestrel etkin maddeli ürünün anormal uterin kanamalarda kullanımı öncesi, intrauterin organik patolojilerin ekartasyonu için ofis histeroskopi ya da Salin İnfüzyon Sonografisi (SİS) yapılması, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.)

27. Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda ödenir. İlk defa ilaç kullanacak hastalarda; son 6 ay içerisinde alınan solunum yolu kültüründe (balgam veya bronkoalveolar lavaj) p.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek ~~1-ay~~ süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi olduğu, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sağlık raporuna dayanılarak bu hekimlerce tobramisin en fazla 1 kutu, kolistimetat 1 aylık dozda (ilk reçete dahil) reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.)

27. Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda ödenir. İlk defa ilaç kullanacak hastalarda; son 6 ay içerisinde alınan solunum yolu kültüründe (balgam veya bronkoalveolar lavaj) p.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek **6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi olduğu, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sağlık raporuna dayanılarak bu hekimlerce tobramisin en fazla 1 kutu, kolistimetat 1 aylık dozda (ilk reçete dahil) reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.)**

39. Risperidon, aripiprazol ve paliperidonun parenteral formları (Psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince)	39. Risperidon, aripiprazol ve paliperidonun 1 aylık depo parenteral formları (Psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince)
YENİ EKLENDİ.	39.1. Paliperidonun 3 aylık depo parenteral formları (Aralıksız en az 4 ay süreyle paliperidonun 1 aylık depo parenteral formunun kullanımı sonrası klinik olarak stabil olan hastalarda bu durumun belirtildiği psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. 3 aylık depo parenteral form ile stabil olan hastalarda tedaviye üç aylık depo parenteral formla devam edilir. Bu tedaviye devam edilemeyen hastalarda ise gerekçesinin belirtildiği psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bir aylık depo parenteral formuna yeniden geçilebilir.)
70. Metacarnitine; ayaktan tedavilerde 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularında nefroloji (sertifikalı dahiliye uzmanları), endokrinoloji, nöroloji, kardiyoloji veya çocuk metabolizma uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden reçetelendirilmesi uygundur.	70. Levocarnitin; ayaktan tedavilerde yalnızca 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularında nefroloji, endokrinoloji, nöroloji, kardiyoloji, çocuk metabolizma veya hemodiyaliz sertifikalı iç hastalıkları uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ.	71. Sapropterin dihidroklorür; BH4 yanıtılık testinde başlangıç fenilalanin düzeyine göre en az %30 düşme tespit edilen fenilketonürlü hastaların veya tetrahidrobiopterin (BH4) metabolizması bozukluğu tanısı enzim düzeyi ölçülmek suretiyle ya da genetik olarak konmuş hastaların tedavisinde çocuk metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma hastalıkları uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

EK-4/G - Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi

35. Faktör VIIa (SUT'un 4.2.27 maddesi esaslarına göre)	KALDIRILDI.
YENİ EKLENDİ.	63. Magnezyum sülfat heptahidrat (4 gr/100 ml, 40 gr/1000 ml): 40 gr/1000 ml formu 24 saat içerisinde en fazla 1 kutu kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

Bu Tebliğin;

- 1 inci maddesi yayımı tarihinden 30 gün sonra,
 - 3 üncü maddesi 10/1/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - 4 üncü maddesi 15/2/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - 29 uncu maddesi 19/2/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - Diğer maddeleri yayımı tarihinden 10 gün sonra,
- yürürlüğe girer.

