

25.08.2016 TARİHLİ SUT	07.10.2016 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
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, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.	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, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.
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 üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri.	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, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri.
2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları (9) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, ayakta ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlilleri, bünyelerinde veya başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlamak zorundadırlar. Hizmet alımı yoluyla sağlanan Kuruma fatura edilebilir tetkik ve/veya tahlil bedelleri, sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılanır. Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hizmet alımına ilişkin bilgi ve belgeler istenildiğinde Kuruma ibraz edilecektir. Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşları, genel anestezi altında yapılması gerekli görülen tetkik, tahlil ve tedavileri bünyelerinde veya başka bir resmi sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlayabilirler. Bu hizmetleri sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılanır. Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hizmet alımına ilişkin sözleşmeleri Kuruma teslim edeceklerdir.	2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları (9) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, ayakta ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlilleri, bünyelerinde veya başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlamak zorundadırlar. Hizmet alımı yoluyla sağlanan Kuruma fatura edilebilir tetkik ve/veya tahlil bedelleri, sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılanır. Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hizmet alımına ilişkin bilgi ve belgeler istenildiğinde Kuruma ibraz edilecektir. Ayrıca sözleşmeli/ protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, ile sözleşmeli/protokollü başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı yöntemi ile de sağlayabilirler.” Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşları, genel anestezi altında yapılması gerekli görülen tetkik, tahlil ve tedavileri bünyelerinde veya başka bir resmi sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlayabilirler. Bu hizmetleri sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılanır. Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hizmet alımına ilişkin sözleşmeleri Kuruma teslim edeceklerdir.

2.2.1.B - İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları 2.2.1.B-1 - Ayakta tedavilerde ödeme uygulaması (9) Özel tıp merkezleri ve dal merkezlerinin vermiş oldukları acil sağlık hizmetlerinin bedelleri uzmanlık dalı dikkate alınmaksızın SUT eki EK-2/A Listesinin “Acil” bölümünde yer alan ücret üzerinden faturalandırılır.	KALDIRILDI.
2.2.1.B-2 - Hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılacak ayakta tedaviler (1) Birinci basamak sağlık kuruluşlarında; a) 112 acil sağlık hizmeti birimince verilen hizmetler,	2.2.1.B-2 - Hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılacak ayakta tedaviler (1) Birinci basamak sağlık kuruluşlarında; a) 112 acil sağlık hizmeti birimince verilen hizmetler, a) Acil sağlık hizmetleri,
2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması (3) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastaların ve genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişilerin de tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. Bu kişilere SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tüm tanılarda bölge kontrolü olmaksızın, 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince, 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca) düzenlenen rapora istinaden, 60 seanstan daha fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları gereken durumlarda ise Türk Silahlı Kuvvetleri ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık hizmeti sunucularında ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında görevli en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca 30’ar seanslık rapor düzenlenmesi koşulu ile tüm sağlık hizmeti sunucularında uygulanması halinde Kurumca karşılanır.	2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması (3) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastaların ve genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişilerin de tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. Bu kişilere SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tüm tanılarda bölge kontrolü olmaksızın, 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince, 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca) düzenlenen rapora istinaden, 60 seanstan daha fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları gereken durumlarda ise Türk Silahlı Kuvvetleri ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık hizmeti sunucularında ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında görevli en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca 30’ar seanslık rapor düzenlenmesi koşulu ile tüm sağlık hizmeti sunucularında uygulanması halinde Kurumca karşılanır.

2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması (5) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık raporu sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-6(2) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bölge olarak değerlendirilir. Ancak SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanılarda ve G80 kodlu tanılarda bölge kontrolü yapılmaz.	2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması (5) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık raporu sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-6(2) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bölge olarak değerlendirilir. Ancak SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanılarda ve G80 kodlu tanılarda bölge kontrolü yapılmaz.
2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması (11) SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 kodu ile yer alan tanılarda; a) 2.4.4.F.1 maddesinde belirtilen raporlara istinaden tedavinin başladığı tarih itibarıyla yıl içerisinde en fazla 90 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. Ancak, 16 yaşından büyük olan hastalarda 31-60 seans ve 61-90 seansa kadar olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları resmi sağlık hizmeti sunucusunca uygulanması halinde Kurumca karşılanır, ancak 61 seans sonrası tedavilerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti sunucularınca verilmesi halinde; en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca sağlık kurulu raporu düzenlenmesi kaydıyla verilen tedaviler Kurumca karşılanır. b) Ayrıca G80 kodu ile yer alan tanılarda mobilitenin korunmasının sağlanması ya da gerçekleştirilmesi amacıyla cerrahi girişim veya botulismus toksini uygulandığı takdirde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca düzenlenen rapora istinaden ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır.	2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması 11) SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 kodu ile yer alan tanılarda; a) 2.4.4.F.1 maddesinde belirtilen raporlara istinaden tedavinin başladığı tarih itibarıyla yıl içerisinde ilk rapor tarihi baz alınmak suretiyle devam eden yıllarda da her yıl için en fazla 90 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. Ancak, 16 yaşından büyük olan hastalarda 31-60 seans ve 61-90 seansa kadar olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları resmi sağlık hizmeti sunucusunca uygulanması halinde Kurumca karşılanır, ancak 61 seans sonrası tedavilerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti sunucularınca verilmesi halinde; en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca sağlık kurulu raporu düzenlenmesi kaydıyla verilen tedaviler Kurumca karşılanır. b) Ayrıca G80 kodu ile yer alan tanılarda mobilitenin korunmasının sağlanması ya da gerçekleştirilmesi amacıyla cerrahi girişim veya botulismus toksini uygulandığı takdirde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca düzenlenen rapora istinaden ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır.
2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi (1) Resmi ve özel sağlık kurumları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri v.b. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.	2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi (1) Resmi ve özel sağlık kurumları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri v.b. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine

Türk Silahlı Kuvvetleri'ne bağlı sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere, Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir nedenle seviyelendirilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler birinci basamak yoğun bakım fiyatından faturalandırılır. Tescil edilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler ise faturalandırılmaz.	uyulacaktır. Türk Silahlı Kuvvetleri'ne bağlı sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere, Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir nedenle seviyelendirilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler birinci basamak yoğun bakım fiyatından faturalandırılır. Tescil edilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler ise faturalandırılmaz.
2.5.3.A-1 - Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu (3) Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Yenışehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden herhangi biri tarafından teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır. Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastaneleri tarafından kendi mevzuatına uygun düzenlenen yurt dışı tedaviye ilişkin sağlık kurulu raporlarının Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olması yeterli sayılacaktır.	2.5.3.A-1 - Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu (3) Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Yenışehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden herhangi biri tarafından teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır. Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastaneleri tarafından kendi mevzuatına uygun düzenlenen yurt dışı tedaviye ilişkin sağlık kurulu raporlarının Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olması yeterli sayılacaktır.
2.6.1.B - Yol gideri sevk belgesi ve ücretler (6) Sağlık hizmeti sunucularının MEDULA hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları ve e-sevk uygulamasına geçmeleri zorunlu olup, gerekli düzenlenmeler tamamlanıncaya kadar: a) SUT'un 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden provizyon alınamamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen sevkler, b) Birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen sevkler, manuel olarak düzenlenebilecektir. (7) Elektronik sevk ile sevk edilen hastanın müracaat ettiği sağlık hizmeti sunucusunda MEDULA alt yapısı bulunmaması (Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık tesisleri, birinci basamak sağlık kuruluşları, diyaliz merkezleri, kaplıca tesisleri vb.) nedeniyle elektronik olarak kabul işlemi yapılamaması halinde ilgili hekim tarafından elektronik sevk belgesi üzerine, sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihinin, sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihinin, ayakta ve/veya yatarak tedavi başlangıç ve bitiş tarihinin, tedavi tarihlerinde istirahat raporu verilmiş ise rapor başlangıç bitiş tarihinin, refakatçisi olması durumunda refakatli olarak gelindiğinin/kalındığının belirtilerek ıslak imza ile onaylanması gerekir.	2.6.1.B - Yol gideri sevk belgesi ve ücretler (6) Sağlık hizmeti sunucularının MEDULA hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları ve e-sevk uygulamasına geçmeleri zorunlu olup, gerekli düzenlenmeler tamamlanıncaya kadar: a) SUT'un 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden provizyon alınamamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen sevkler, b) Birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen sevkler, manuel olarak düzenlenebilecektir. (7) Elektronik sevk ile sevk edilen hastanın müracaat ettiği sağlık hizmeti sunucusunda MEDULA alt yapısı bulunmaması (Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık tesisleri, birinci basamak sağlık kuruluşları, diyaliz merkezleri, kaplıca tesisleri vb.) nedeniyle elektronik olarak kabul işlemi yapılamaması halinde ilgili hekim tarafından elektronik sevk belgesi üzerine, sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihinin, sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihinin, ayakta ve/veya yatarak tedavi başlangıç ve bitiş tarihinin, tedavi tarihlerinde istirahat raporu verilmiş ise rapor başlangıç bitiş tarihinin, refakatçisi olması durumunda refakatli olarak gelindiğinin/kalındığının belirtilerek ıslak imza ile onaylanması gerekir.
3.1.1 -Tanım ve genel hükümler YENİ EKLENDİ.	3.1.1 -Tanım ve genel hükümler (18) Ödeme kural ve/veya kriterlerinde sağlık hizmet sunucusu kısıtı bulunan tıbbi malzemelerin faturalandırıldığı SUT eki işlem bedellerinin ödemesinde de aynı kısıt aranır. Tıbbi malzemelerdeki sağlık hizmet sunucusu kısıtına uymayan işlemlerin bedelleri ödenmez.

3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (17) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malullerinin sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelleri herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin Kurumca karşılanır. Ancak bu kapsamdaki kişilerin;	3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (17) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malullerinin vazife ve harp malulleri ile atış, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerinin sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelleri herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin Kurumca karşılanır. Ancak bu kapsamdaki kişilerin;
4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi (1) İlaçların reçetelendirilmesinde matbu, e-reçete veya elektronik ortamda kayıt altına alınan reçeteler kullanılır. (Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve Kurumca yayımlanan mevzuat hükümleri saklıdır.) (2) Reçetelerde teşhis bilgilerinin yer alması zorunludur. SUT eki “Teşhis Kısaltmaları Listesi” nde (EK-4/Ç) yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla reçete edilen ilaçlar için ayrıca teşhis aranmayacaktır. (3) Reçetelerde hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, asistanlar için ihtisas yaptığı uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendiği sağlık kurum veya kuruluşunun adı mutlaka yer alacaktır. (4) Reçetelerde hastanın adı soyadı, T.C. Kimlik Numarası veya reçete tanzim tarihi ile birlikte MEDULA takip numarası veya e-reçete numarası veya protokol numarası yer alacaktır. (5) Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenecek reçetelere, sağlık yardım hakkını veren ülkenin adı ayrıca yazılacaktır. (6) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, yalnızca ihtisas yapmakta oldukları branşın uzman hekiminin reçete etmesi gereken ilaçlar ile SUT ve eki listelerde uzman hekimlerce yazılabileceği belirtilen ilaçları reçete edebilirler.	4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi (1) İlaçların reçetelendirilmesinde matbu, e-reçete veya elektronik ortamda kayıt altına alınan reçeteler kullanılır. (Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve Kurumca yayımlanan mevzuat hükümleri saklıdır.) (2) Reçetelerde teşhis bilgilerinin yer alması zorunludur. SUT eki “Teşhis Kısaltmaları Listesi” nde (EK-4/Ç) yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla reçete edilen ilaçlar için ayrıca teşhis aranmayacaktır. (3) Reçetelerde hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, asistanlar için ihtisas yaptığı uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendiği sağlık kurum veya kuruluşunun adı mutlaka yer alacaktır. (4) Reçetelerde hastanın adı soyadı, T.C. Kimlik Numarası veya reçete tanzim tarihi ile birlikte MEDULA takip numarası veya e-reçete numarası veya protokol numarası yer alacaktır. (5) Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenecek reçetelere, sağlık yardım hakkını veren ülkenin adı ayrıca yazılacaktır. (6) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, yalnızca ihtisas yapmakta oldukları branşın uzman hekiminin reçete etmesi gereken ilaçlar ile SUT ve eki listelerde uzman hekimlerce yazılabileceği belirtilen ilaçları reçete edebilirler.

(7) SUT'ta belirli bir uzman hekim tarafından reçete edileceği/rapor düzenleneceği belirtilmiş ilaçlar, aynı uzmanlık eğitimi üzerine yan dal uzmanlığı yapmış olan hekimlerce de reçete edilebilir/rapor düzenlenebilir. (8) Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimliği uzman hekiminin yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler. (9) SUT'ta geçen uzmanlık dalları; aksine bir hüküm bulunmadıkça hem erişkin hem de çocuk yan dallarını ifade eder. (10) Sağlık raporuna istinaden reçete edilecek ilaçlar, SUT ve eki listelerde aksine bir hüküm olmadıkça, bu sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. (11) Diş hekimleri yalnızca doğrudan ağız ve diş sağlığı ile ilgili ilaçları reçete edebilir. YENİ EKLENDİ.	(7) SUT'ta belirli bir uzman hekim tarafından reçete edileceği/rapor düzenleneceği belirtilmiş ilaçlar, aynı uzmanlık eğitimi üzerine yan dal uzmanlığı yapmış olan hekimlerce de reçete edilebilir/rapor düzenlenebilir. (8) Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimliği uzman hekiminin yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler. (9) SUT'ta geçen uzmanlık dalları; aksine bir hüküm bulunmadıkça hem erişkin hem de çocuk yan dallarını ifade eder. (10) Sağlık raporuna istinaden reçete edilecek ilaçlar, SUT ve eki listelerde aksine bir hüküm olmadıkça, bu sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. (11) Diş hekimleri yalnızca doğrudan ağız ve diş sağlığı ile ilgili ilaçları reçete edebilir. (12) Ödeme kapsamındaki aynı etkin maddeyi içeren ilaçlar ile aynı endikasyonda birbirlerinin yerine kullanılacak ilaçların birlikte kullanılmamasına yönelik düzenlemeler Kurum tarafından belirlenir.
4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması (3) Kurum tarafından gerekli düzenlenmeler tamamlanıncaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler; a) Yabancı ülkelerle yapılan "Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri" kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenen reçeteler, b) Majistral ilaç içeren reçeteler, alerji aşıları reçeteleri, c) İthal ilaç grubuna giren kişiye özel yurt dışından getirtilen ilaçlar için düzenlenen reçeteler, ç) SUT'un 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden provizyon alınamamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen reçeteler, d) Acilde düzenlenen reçeteler, e) Aile hekimleri tarafından "gezici sağlık hizmeti" kapsamında düzenlenen reçeteler (bu reçetelerin gezici sağlık hizmeti kapsamında düzenlendiğini belirtir ifadenin bulunması ve hekim tarafından onaylanması gerekmektedir.), f) Evde sağlık hizmeti kapsamında düzenlenen reçeteler, g) Resmi ve özel sağlık kuruluşlarından; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, işyeri hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, huzur evlerinde, aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenen reçeteler (resmi ve özel sağlık kuruluşlarının MEDULA hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını	4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması (3) Kurum tarafından gerekli düzenlenmeler tamamlanıncaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler; a) Yabancı ülkelerle yapılan "Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri" kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenen reçeteler, b) Majistral ilaç içeren reçeteler, alerji aşıları reçeteleri, c) İthal ilaç grubuna giren kişiye özel yurt dışından getirtilen ilaçlar için düzenlenen reçeteler, ç) SUT'un 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden provizyon alınamamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen reçeteler, d) Acilde düzenlenen reçeteler, e) Aile hekimleri tarafından "gezici sağlık hizmeti" kapsamında düzenlenen reçeteler (bu reçetelerin gezici sağlık hizmeti kapsamında düzenlendiğini belirtir ifadenin bulunması ve hekim tarafından onaylanması gerekmektedir.), f) Evde sağlık hizmeti kapsamında düzenlenen reçeteler, g) Resmi ve özel sağlık kuruluşlarından; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, işyeri hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, huzur evlerinde, aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenen reçeteler (resmi ve özel sağlık kuruluşlarının MEDULA hastane sistemini

oluşturmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.)	kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.)
4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması (5) MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ilişkin “Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenememiştir” ibaresi kaşe ya da el yazısı şeklinde belirtilmeli ve bu ibare reçeteyi düzenleyen hekim tarafından onaylanmalıdır. (Yukarıda tanımlanmış olan istisnai hallerde düzenlenen manuel reçetelerde bu ibare aranmayacaktır.)	4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması (5) MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ilişkin “Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenememiştir” ibaresi kaşe ya da el yazısı şeklinde belirtilmeli ve bu ibare reçeteyi düzenleyen hekim başhekim tarafından onaylanmalıdır. (Yukarıda tanımlanmış olan istisnai hallerde düzenlenen manuel reçetelerde bu ibare aranmayacaktır.)
4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar (10) Fistülide, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab 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 ve infliksimab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 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.	4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar (10) Fistülide, 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.
4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri (3) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları psikiyatri uzman hekimi veya bu uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bu grup antipsikotiklerden risperidon ve paliperidonun parenteral formları ise EK-4/F hükümlerine göre reçete edilebilir.	4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri (3) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları psikiyatri uzman hekimi veya bu uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bu grup antipsikotiklerden risperidon, aripiprazol ve paliperidonun parenteral formları ise EK-4/F hükümlerine göre reçete edilebilir.
4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri (4) Yoğunlaştırıcı-kıvam artırıcı beslenme ürünleri;	4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri (4) Yoğunlaştırıcı-kıvam artırıcı beslenme ürünleri;

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 uzmanlarından en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır. (5) Glikojen depo hastalığının diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren nişastalı enteral beslenme ürünleri; 2 yaş ve üzerindeki çocuk hastalarda, bu durumun belirtildiği en az bir çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.	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 uzmanlarından en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır. (5) Glikojen depo hastalığının diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren nişastalı enteral beslenme ürünleri; 2 yaş ve üzerindeki çocuk 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.
4.2.9.B - Sevelamer ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri (2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki durumlardan sevelamer veya alüminyum klorür hidroksit kullanımını gerektiren durumun belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir. (4) Fosfor düzeyinin 3,5 mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.	4.2.9.B – Sevelamer, lantanyum karbonat ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri (2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki durumlardan sevelamer, lantanyum karbonat veya alüminyum klorür hidroksit kullanımını gerektiren durumun belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir. (4) Fosfor düzeyinin 3,5 4 mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir. (5) Sevelamer ve lantanyum karbonat kombine olarak kullanılamaz.
4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVlg)	4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVlg vesubcutanimmunglobulinler)
4.2.13 - Hepatit tedavisi (1) Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı,	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. (1) (2) Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar,

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.	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.
4.2.13.3.1 - Akut Hepatit C tedavisi (2) Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, Kronik C hepatitinde kullanıldığı dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut C hepatiti tedavisi için karaciğer biyopsisi ve 12 nci haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.	4.2.13.3.1 - Akut Hepatit C tedavisi (2) Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, Kronik C hepatitinde kullanıldığı onaylanmış Kısa Ürün Bilgisinde Kronik C hepatitinde tanımlanan dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut hepatit C tedavisi için karaciğer biyopsisi ve 12 nci haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.
4.2.13.3-2 - Kronik Hepatit C tedavisi YENİ EKLENDİ	4.2.13.3-2 - Kronik Hepatit C tedavisi 4.2.13.3.2 - Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler (1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuar tetkikinde genotip 1 subtipi belirlenmediği olgular genotip 1a olarak kabul edilir) raporda belirtilir. (2) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar ISHAK skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir. (3) Kronik hepatit C tedavisi; ISHAK skoruna göre fibrozis 3 ve üzeri hastalarda tedaviye başlanır. (4) Kronik hepatit C'ye bağlı karaciğer kompanse sirozu (Child A) olan hastalarda; karaciğer biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye veya daha yüksek olması koşulu aranır. (5) Dekompanse sirotik (Child B ve C) hastalarda; asit sıvısının varlığı veya hepatik ensefalopati veya özofagus varis kanaması olması koşulları aranır. (6) Kronik hepatit C tedavisinde aşağıda belirtilen tedavi şemaları kullanılır. Ancak hastaların diğer hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçlarla ilaç etkileşiminin belirlenmesi halinde, belirtilen tedavi şemaları dışında kullanım Sağlık Bakanlığının reçete bazında alınacak endikasyon dışı onay ile mümkün olabilecektir. Bu şekildeki kullanımın gerekçesi hasta adına düzenlenecek sağlık raporunda belirtilecektir. (7) Tedavide kullanılan ilaçlar, 3. basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve tedavi şemasının belirtildiği uzman

	hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir. (8) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda [PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm³ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği/böbrek nakli veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya karaciğer nakli veya gebeler veya biyopsiye engel teşkil edecek şekilde ciddi yeti yitimine neden olan psikotik bozukluğu ve zeka geriliği olan hastalarda (biyopsi uyumunun olmadığına psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla)] ve HCV RNA'sı pozitif tedavi deneyimli hastalarda; karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi koşulu aranmayan durumlar sağlık raporunda açık olarak belirtilir.
4.2.13.3.2.A–Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi (1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuar tetkikinde genotip 1 subtipi belirlenemediği olgular genotip 1a olarak kabul edilir) raporda belirtilir. (2) Kronik hepatit C tedavisi; ISHAK skoruna göre fibrozis 3 ve üzeri hastalarda tedaviye başlanır. (3) Kronik hepatit C'ye bağlı karaciğer kompanse sirozu olan hastalarda; karaciğer biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olması koşulu aranır. (4) Dekompanse sirotik hastalarda; assit ve hepatik ensefalopati olması veya varis kanaması olması koşulları aranır. (5) Kronik hepatit C tedavisinde aşağıda belirtilen tedavi şemaları kullanılır. Tedavide kullanılan ilaçlar, 3. basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir.	4.2.13.3.2.A–Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi KALDIRILDI.
4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (1) Genotip 1 hastalarda tedavi; a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar (Child Pugh B ve C) için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. b)Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi;	4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (1) Genotip 1 hastalarda tedavi; a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar (Child Pugh B ve C) için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. b)Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir — ile tedavi; -1) Genotip 1b non sirotik ve kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi toplam 12 haftadır.

1) Genotip 1b non sirotik ve kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi toplam 12 haftadır. 2) Genotip 1a non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır. 3) Genotip 1a kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.	2) Genotip 1a non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır. 3) Genotip 1a kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. a) Nonsirotik hastalarda tedavi; 1- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. 2- Genotip 1a : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. b) Sirotik hastalarda tedavi; 1- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child B veya C) : (Sofosbuvir+Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. 2- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child B veya C) : Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. 3- Genotip 1b (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. 4-Genotip 1a (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir + (Ribavirin) ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.
4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (2) Genotip 2 hastalarda tedavi; Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.	4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (2) Genotip 2 hastalarda tedavi; Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır. (2) Genotip 2 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik ve Sirotik (Child A) hastalarda: Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.
4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (3) Genotip 3 hastalarda tedavi: a) Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. b) Sofosbuvir +Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.	4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (3) Genotip 3 hastalarda tedavi: a) Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. b) Sofosbuvir +Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. a) Nonsirotik ve Sirotik (Child A) hastalarda: Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. b) Sirotik (Child A) hastalarda: Sofosbuvir +Ledipasvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.
4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi	4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi

almamış hastalarda tedavi (4) Genotip 4 hastalarda tedavi: a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar (Child Pugh B ve C) için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir ile tedavi; 1) Non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır. 2) Kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.	almamış hastalarda tedavi (4) Genotip 4 hastalarda tedavi: a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar (Child Pugh B ve C) için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir ile tedavi; 1) Non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır. 2) Kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. a) Nonsirotik hastalarda: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+ Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır. b) Sirotik (Child A) hastalarda: 1-(Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+ Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır. c) Sirotik (Child B ve C) hastalarda: 1- Sofosbuvir +Ledipasvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. 2- Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.
4.2.13.3.2.A.2 – Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi: a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; nonsirotik, kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi yalnızca daha önce peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır. 1) Genotip 1b non sirotik ve kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi toplam 12 haftadır. 2) Genotip 1a non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır 3) Genotip 1a kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.	4.2.13.3.2.A.2 – Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi: a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; nonsirotik, kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi yalnızca daha önce peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır. 1) Genotip 1b non sirotik ve kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi toplam 12 haftadır. 2) Genotip 1a non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır 3) Genotip 1a kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. a) Nonsirotik hastalarda: 1- Genotip 1a veya b: Sofosbuvir+Ledipasvir + Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır. 2- Genotip 1a veya b: Sofosbuvir+Ledipasvir ile toplam tedavi süresi 24 haftadır. 3-Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.) 4- Genotip 1a : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir

	+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.) b) Sirotik hastalarda: 1- Genotip 1a veya b (Child A, B ve C) : Sofosbuvir+Ledipasvir + Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır. 2- Genotip 1a veya b (Child A, B ve C) : Sofosbuvir+Ledipasvir ile toplam tedavi süresi 24 haftadır. 3- Genotip 1b (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.) 4- Genotip 1a (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)
4.2.13.3.2.A.2 – Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi; Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik veya kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.	4.2.13.3.2.A.2 – Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi; Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik veya kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır. (4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi: a) Nonsirotik hastalarda: Sofosbuvir+ Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. b) Sirotik hastalarda (Child A) : Sofosbuvir+ Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.
4.2.13.3.2.A.2 – Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi; a) Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. b) Sofosbuvir +Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.	4.2.13.3.2.A.2 – Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi; a) Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. b) Sofosbuvir +Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. a) Nonsirotik hastalarda: Sofosbuvir+ Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. b) Sirotik hastalarda (Child A) : 1- Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. 2- Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.
4.2.13.3.2.A.2 – Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C	4.2.13.3.2.A.2 – Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C

hastalarında yeniden tedavi (6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi ; (1) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; nonsirotik, kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. (2) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir ile tedavi yalnızca daha önce peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır. a) Non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır. b) Kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.	hastalarında yeniden tedavi (6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi: (1) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; nonsirotik, kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. (2) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir ile tedavi yalnızca daha önce peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır. a) Non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır. b) Kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır. a) Nonsirotik hastalarda: 1-(Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.) 2- Sofosbuvir+Ledipasvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. 3- Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. b) Sirotik hastalarda (Child A) : 1-(Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.(yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.) 2- (Sofosbuvir+Ledipasvir) +Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta 3- Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 hafta c) Sirotik hastalarda tedavi (Child B veya Child C): 1- Sofosbuvir+Ledipasvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta 2- Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 hafta
4.2.13.3.2.C- Karaciğer nakli olan hastalarda tedavi (1) Karaciğer nakli olan HCV RNA pozitif olan hastalarda; a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 non-sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte veya ribavirinsiz toplam 12 haftadır. Kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalarda tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır.	4.2.13.3.2.C- Karaciğer nakli olan hastalarda tedavi (1) Karaciğer nakli olan HCV RNA pozitif olan hastalarda; a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 non-sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte veya ribavirinsiz toplam 12 haftadır. Kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalarda tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır. b)(Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir +Ribavirin ile tedavi; genotip 1 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır. c) (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi; genotip 4 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır.
4.2.13.3.2.Ç- Viral hepatit tedavisinde genel prensipler	

(1) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar ISHAK skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir. (2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm³ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya gebeler veya biyopsiye engel teşkil edecek şekilde ciddi yeti yitimine neden olan psikotik bozukluğu ve zeka geriliği olan hastalarda, biyopsi uyumunun olmadığının psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla) ve HCV RNA'sı pozitif tedavi deneyimli hastalarda karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir.	KALDIRILDI.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; h) Azasitidin ve decitabin; 1) Azasitidin; a) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde; 2) Azasitidini 6 siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha fazla azalma olmayan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 2 siklus daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; h) Azasitidin ve decitabin; 1) Azasitidin; a) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde; 2) Azasitidini 6 siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha fazla azalma olmayan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 2 siklus daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir. 3'er ay süreli rapor düzenlenerek progresyona kadar tedaviye devam edilebilir.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; n) Lenalidomid; 2) Tek başına veya başka sitogenetik anomalilerle birlikte 5q delesyonu saptanan miyelodisplastik sendromlu hastalardan; b) Transfüzyona bağımlı anemisi bulunan hastalarda; hematoloji ve/veya tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 3'er aylık sağlık kurulu raporlarına dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Tedavinin 3. ayın sonunda yapılan yanıt değerlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmamış olması koşulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durumun belirtildiği yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 3.ayda yapılan yanıt değerlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 10 mg'lık formları ödenir.	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; n) Lenalidomid; 2) Tek başına veya başka sitogenetik anomalilerle birlikte 5q delesyonu saptanan miyelodisplastik sendromlu hastalardan; b) Transfüzyona bağımlı anemisi bulunan hastalarda; hematoloji ve/veya tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 3'er aylık sağlık kurulu raporlarına dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Tedavinin 3. 4. ayın sonunda yapılan yanıt değerlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmamış olması koşulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durum ilgili sağlık kurulu raporunda belirtilir. belirtildiği yeni düzenlenecek 3 ay süreli Sağlık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 3. 4. ayda yapılan yanıt değerlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 5

	ve 10 mg'lık formları en fazla günlük 1x1 ödenir.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; y) Setuksimab: 1) Metastatik kolorektal kanser endikasyonunda; a) Daha önce setuksimab veya diğer anti-EGFR (Anti-Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü) tedavileri kullanmamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, KRAS wild tip metastatik kolorektal kanserli hastalarda; birinci veya ikinci seri tedavide FOLFOX veya FOLFIRI kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; y) Setuksimab: 1) Metastatik kolorektal kanser endikasyonunda; a) Daha önce setuksimab veya diğer anti-EGFR (Anti-Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü) tedavileri kullanmamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, KRAS RAS wild tip metastatik kolorektal kanserli hastalarda; birinci veya ikinci seri tedavide FOLFOX veya FOLFIRI kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; YENİ EKLENDİ.	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; gg) pertuzumab; daha önce metastatik hastalığı için sistemik kemoterapi veya trastuzumab tedavisi almamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, HER-2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan, visseral metastazı olan metastatik meme kanserinde ilk seri tedavide trastuzumab ve dosetaksel kemoterapisi ile kombine olarak progresyona kadar kullanılabilir. Bu durumların belirtildiği tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Pertuzumab, daha önce erken evre meme kanseri için adjuvan veya neo-adjuvan olarak trastuzumab tedavisi almış ve sonrasında relaps gelişmiş hastalarda kullanılmaz. Pertuzumab tedavisi alırken progresyon gösteren hastalarda bir daha monoterapi veya kombinasyon tedavisinin bir parçası olarak devam edilemez.
4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri 4.2.15.A - Klopidoğrel (kombinasyonları dahil); (4) Girişimsel periferik veya serebral işlemler sonucu, intrakraniyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kaplı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) yerleştirilen hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji işlemini yapan radyoloji uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile stent takılan hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından	4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri 4.2.15.A - Klopidoğrel (kombinasyonları dahil); (4) Girişimsel periferik veya serebral işlemler sonucu, intrakraniyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kaplı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) yerleştirilen hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi, beyin cerrahi uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji işlemini yapan radyoloji uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile stent takılan hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler

reçete edilebilir.	tarafından reçete edilebilir.
4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri 4.2.15.C - Ivabradin; (1) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen asemptomatik sol ventriküler disfonksiyonu (LVEF <%40) bulunan hastalar için kardiyoloji uzmanlarının düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.	4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri 4.2.15.C - Ivabradin; (1) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen asemptomatik sol ventriküler disfonksiyonu (LVEF <%40) bulunan hastalar için kardiyoloji uzmanlarının düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.
4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri 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 diyabetli ST yükselmez miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda;	4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri 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 diyabetli ST yükselmez miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda;
4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri 4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban; (1) Yetişkin hastalarda; a) Rivaroksaban ve apiksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde, Dabigatran; Akut Derin Ven Trombozu (DVT) ve/veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisinde kullanılır.	4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri 4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban; (1) Yetişkin hastalarda; a) Rivaroksaban, dabigatran ve apiksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde, Dabigatran; Akut Derin Ven Trombozu (DVT) ve/veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisinde kullanılır.
4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar ile Çölyak Hastalığı (1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle EK-4/A Listesine ve Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanan "Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi" ne (EK-4/B) dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel	4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar ile Çölyak Hastalığı (1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle EK-4/A Listesine ve Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanan "Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi" ne (EK-4/B) dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları

mamalar, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar için yukarıdaki hekimlere ek olarak çocuk alerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerince de rapor düzenlenerek tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler); çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu rapora dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;
a) 0-12 ay için 46,50 (kırkaltı virgöl elli) TL,
b) 1-5 yaş için 90 (doksan) TL,
c) 5-15 yaş için 116,25 (yüzonaltı virgöl yirmibeş) TL,
ç) 15 yaş üstü için 120 (yüz yirmi) TL,
tutar ödenir.

~~özel mamalar, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar için yukarıdaki hekimlere ek olarak çocuk alerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerince de rapor düzenlenerek tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.~~

(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:
a) Çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak,
b) Erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da erişkin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

~~(2)-(3) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler); çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu rapora~~ Yukarıda belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;
a) 0-12 ay için 46,50 (kırkaltı virgöl elli) TL,
b) 1-5 yaş için 90 (doksan) TL,
c) 5-15 yaş için 116,25 (yüzonaltı virgöl yirmibeş) TL,
ç) 15 yaş üstü için 120 (yüz yirmi) TL,
tutar ödenir.

(4) Kistik fibrozisli hastalarda kullanılan özel mamalar; gastroenteroloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından 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 hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık; a) 0-5 yaş için 78,75 (yetmişsekiz virgöl yetmişbeş) TL, b) 5-15 yaş için 120 (yüzyirmi) TL, c) 15 yaş üstü için 108,75 (yüzsekiz virgöl yetmişbeş) TL, tutar ödenir. (4)Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; EK-4/B Listesinde belirtilmiş olup bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumca karşılanmaz. (5) İkinci ve üçüncü fıkralarda belirtilen ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.	(5) İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar; çocuk gastroenteroloji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. (3) (6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk 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 hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık; a) 0-5 yaş için 78,75 (yetmişsekiz virgöl yetmişbeş) TL, b) 5-15 yaş için 120 (yüzyirmi) TL, c) 15 yaş üstü için 108,75 (yüzsekiz virgöl yetmişbeş) TL, tutar ödenir. (4) (7) Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; EK-4/B Listesinde belirtilmiş olup bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumca karşılanmaz. (5) (8) İkinci ve Üçüncü ve altıncı fıkralarda belirtilen ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.
4.2.17.D - Osteoporozda teriparatid kullanımı (1) 65 yaş üstü hastalardan; T skoru -3,5 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli endokrinoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji uzmanının bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.	4.2.17.D - Osteoporozda teriparatid kullanımı (1) 65 yaş üstü hastalardan; T skoru -3,5 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli endokrinoloji ve/veya geriatri uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji ve/veya geriatri uzmanının bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.
4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri 4.2.24.A - Astım tedavisinde (1) Formeterol, salmeterol ve kombinasyonları; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından	4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri 4.2.24.A - Astım tedavisinde (1) Formeterol, salmeterol, vilanterol ve kombinasyonları; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman

düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilebilir.	hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilebilir.
4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde (1) Formeterol, salmeterol, indakaterol, glikopironyum ve tiotropium; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.	4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde (1) Formeterol, salmeterol, indakaterol, glikopironyum, tiotropium, vilanterol ve kombinasyonları ; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.
4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri 4.2.27.A - Faktörler (1) a) Faktör düzeyi % 1'in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan profilaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.	4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri 4.2.27.A - Faktörler (1) a) Faktör düzeyi % 1'in altında veya altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan profilaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.
4.2.27.A - Faktörler (5)Aktifleşmiş protrombin kompleksi konsantresi (aPCC); b) Profilaksi tedavisinde; Faktör VIII inhibitör titresi<5 BU (Bethesda Ünitesi) oluncaya kadar haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmemek kaydıyla hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Faktör inhibitör titresi 5 BU'nun altında ise profilaksi tedavisi sonlandırılır. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.	4.2.27.A - Faktörler (5)Aktifleşmiş protrombin kompleksi konsantresi (aPCC); b) Profilaksi tedavisinde; Faktör VIII inhibitör titresi<5 BU (Bethesda Ünitesi) oluncaya kadar haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmemek kaydıyla hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Faktör inhibitör titresi 5 BU'nun altında ise profilaksi tedavisi sonlandırılır. Düşük titrelili yüksek yanıtli hastalarda, bu durumun belirtildiği yeni bir rapor düzenlenerek 5BU'nun altında da profilaksi tedavisine devam edilebilir. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.
4.2.28 - Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri 4.2.28.A - Statinler (antihipertansiflerle kombinasyonları dahil) (3) Tedaviye başlamaya esas olan ilk uzman hekim raporunda, bu rapor öncesi son 6 ay içinde, birinci fıkranın a, b ve c bentleri için en az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları	4.2.28 - Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri 4.2.28.A - Statinler (antihipertansiflerle kombinasyonları dahil) (3) Tedaviye başlamaya esas olan ilk uzman hekim raporunda, bu rapor öncesi son 6 ay içinde, birinci fıkranın a, b ve c bentleri için en az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları

belirtilir. Rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. Raporun yenilenmesinde lipid düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu istenmez. Bu ilaçlar uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. (4) Statinlerin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir. Rosuvastatinin 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir.	belirtilir. Rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. Raporun yenilenmesinde lipid düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu istenmez. Tedaviye uzun süre ara veren (6 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır. Bu ilaçlar uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. (4) Statinlerin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, geriatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir. Rosuvastatinin 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, geriatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir.
4.2.30 Pulmoner hipertansiyon ile kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda ilaç kullanım ilkeleri 4.2.30. A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri (6) Bosentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz.	4.2.30 Pulmoner hipertansiyon ile kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda ilaç kullanım ilkeleri 4.2.30. A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri (6) Bosentan, masitentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz.
4.2.32- Kontrast maddeler YENİ EKLENDİ.	4.2.32- Kontrast maddeler (5) İyodize yağ asitleri etil esterleri; tanısal radyolojide yalnızca lenfografide, girişimsel radyolojide ise yalnızca erişkinlerde orta evredeki hepatoselüler karsinomun Trans Arteriyel Kemo Embolizasyonu (TAKE) sırasında vektörizasyon ve cerrahi yapıştırıcılar ile birlikte vasküler embolizasyonu endikasyonlarında yalnızca radyoloji uzman hekimlerince reçetelenir.
4.2.33 - Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri YENİ EKLENDİ.	4.2.33 - Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri 4.2.33.E- Göz Hastalıkları tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar (1) Siklosporin içeren immünsupresif göz damlaları, üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. (2) Kuru göz sendromunda kullanılan suni gözyaşları, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek 6 (altı) ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri 4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri (1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. (2) Pregabalin (kombinasyonları dahil); üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi ve beyin cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.	Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri 4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri (1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. (2) Pregabalin (kombinasyonları dahil); üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi, geriatri ve beyin cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.
4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (1) Apomorfin, kabergolin, entakapon ve kombinasyonları, rasajilin, pergolid mezilat, pramipexol hidroklorür, bornaprin hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. (2) Tolkapon; entakaponun etkisiz kaldığı veya direnç geliştiği vakalarda; üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, bu durumun belirtildiği nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla 1 aylık ilaç miktarında reçete edilir. (3) Amantadin sülfat; parkinson hastalığının tedavisi ile ilaçlara bağlı oluşmuş ekstrapiramidal reaksiyonların tedavisinde (tremor, rijidite, hipo veya akinezi), nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.	4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (1) Apomorfin, kabergolin, entakapon ve kombinasyonları, rasajilin, pergolid mezilat, pramipexol hidroklorür, bornaprin hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji veya geriatri uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin hekimlerin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. (2) Tolkapon; entakaponun etkisiz kaldığı veya direnç geliştiği vakalarda; üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, bu durumun belirtildiği nöroloji veya geriatri uzman hekimi tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla 1 aylık ilaç miktarında reçete edilir. (3) Amantadin sülfat; parkinson hastalığının tedavisi ile ilaçlara bağlı oluşmuş ekstrapiramidal reaksiyonların tedavisinde (tremor, rijidite, hipo veya akinezi), nöroloji veya geriatri uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin hekimlerin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.
4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları ve sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri; metformin	4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları ve sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri;

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. Saksagliptinin 2,5 mg'lık formları yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında ve günlük en fazla 2,5 mg dozunda kullanılabilir.	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.			
4.2.40 - Huzursuz bacak sendromunda ilaç kullanım ilkeleri (1) Pramipeksol hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji veya psikiyatri uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.	4.2.40 - Huzursuz bacak sendromunda ilaç kullanım ilkeleri (1) Pramipeksol hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji, geriatri veya psikiyatri uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.			
5.2.2 - Eczane faturalarının düzenlenmesi (3) Manuel düzenlenecek faturalar; b) Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan; 6) Analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürölülük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı olmak üzere manuel,	5.2.2 - Eczane faturalarının düzenlenmesi (3) Manuel düzenlenecek faturalar; b) Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan; 6) Analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürölülük-engellilik hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı olmak üzere manuel,			
5.3.4 - Tıbbi malzeme şahıs ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler (1) Ayakta tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemlerinde fatura aslına ek olarak; e) varsa özürölü sağlık kurulu raporu aslının veya onaylı fotokopisinin, ibrazı zorunludur.	5.3.4 - Tıbbi malzeme şahıs ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler (1) Ayakta tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemlerinde fatura aslına ek olarak; e) varsa özürölü engelli sağlık kurulu raporu aslının veya onaylı fotokopisinin, ibrazı zorunludur.			
EK-2/A - Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi				
“4400” kodlu “ Acil Tıp” satırının “TM” ve “DM” sütunlarında yer alan “20” ibareleri “ * ” şeklinde değiştirilmiştir.				
EK-2/B - Hizmet Başı İşlem Puan Listesi				
a) Listede yer alan “602200” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.				
736	60415 5	Sitoredüktif cerrahi ile birliktehipertermik intraperitoneal kemo terapi	Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.	1.773,0 9
b) Listede yer alan “604155” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.				
736	60415 5	Sitoredüktif cerrahi ile birliktehipertermik intraperitoneal kemo terapi	Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.	1.773,0 9

c) Listede yer alan “616550” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

215 6	616550	Görüş alanına engel yaratan psödopitoz tedavisi	300,17
----------	--------	--	--------

ç) Listede yer alan “616780” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

217 8	61678 0	Dakriosistorinostomi (DSR), eksternal	450,25
----------	------------	---------------------------------------	--------

d) Listede yer alan “616790” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

217 9	61679 0	Dakriosistorinostomi (DSR), endonazal	450,25
----------	------------	---------------------------------------	--------

e) Listede yer alan “617020” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

220 4	61702 0	Fototerapötik keratektomi (PTK)	478,92
----------	------------	---------------------------------	--------

f) Listede yer alan “617051” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

220 8	61705 1	Korneal Cross-Linking uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlasikekt azi veya pellusid marjinaldegenerasy onda, Sağlık Bakanlığınabağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.	150,00
----------	------------	----------------------------------	--	--------

g) Listede yer alan “617052” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

220 9	61705 2	İntrakorneal halka uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus veya postlasik ektazide Sa ğlık Bakanlığına bağli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.	300,00
----------	------------	----------------------------------	---	--------

ğ) Listede yer alan “700050” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

276 1	70005 0	Deri prick testi	Ayrıntılı sonuç belgesi istenir.Sadece dermatoloji, göğüs hastalıkları, KBB, erişkin/ çocuk allerji veya immünoloji uzman hekimlerince yapılması halinde faturalandırılır.Erişkin/ çocuk allerji ve/veya immünoloji uzman hekimleri hariç olmak üzere her bir hasta için yılda en fazla 10 adet faturalandırılır.	10,12
----------	------------	------------------	--	-------

h) Listede yer alan “700943” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

286 9	70094 3	Perkütan mitral kapak onarımı	Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.	1.517,7 1
----------	------------	----------------------------------	---	--------------

i) Listede yer alan “703650” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

97	70365 0	Fluorescein Fundusanjiyog rafi (FFA), iki göz	İ.V. Fluorescein ve Fundus fotoğrafı işlemedahildir.	70,83
----	------------	--	---	-------

Ek-2/C- Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi

a) Listede yer alan “P602200” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

197	P60220 0	Endoskopik dakriyosistorinostomi(DS R)		C		906,58
-----	-------------	---	--	---	--	--------

b) Listede yer alan “P604155” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

415	P6041 55	Sitoredüktif cerrahi ile birliktehipertermik intraperitonea lkemoterapi	Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.	A 3		3.548,9 0
-----	-------------	---	--	--------	--	--------------

c) Listede yer alan “P616550” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

172 9	P6165 50	Görüş alanına engel yarananpsödopitoz tedavisi		C		578,08
----------	-------------	---	--	---	--	--------

ç)Listede yer alan “P616780” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

174 9	P6167 80	Dakriosistorinostomi (DSR),ekst ernal		C	*	771,84
----------	-------------	--	--	---	---	--------

d) Listede yer alan “P616790” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

175 0	P6167 90	Dakriosistorinostomi (DSR),end onazal		C		867,12
----------	-------------	--	--	---	--	--------

e)Listede yer alan “P617020” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

177 0	P6170 20	Fototerapötik keratektomi (PTK)		C		770,83
----------	-------------	---------------------------------	--	---	--	--------

f) Listede yer alan “P617051” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1774	P617051	Korneal Cross-Linking uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlasik ektazi veya pellusidma rjinal dejenerasyonda, Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
------	---------	----------------------------------	--

g) Listede yer alan “P617052” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1775	P617052	Intrakorneal halka uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus veya postlasik ektazide Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.	D	*	500,00
------	---------	-------------------------------	---	---	---	--------

ğ) Listede yer alan “P700943” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2338	P700943	Perkütan mitral kapak onarımı	Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Sistem seti ayrıca ödenir.	B	*	2.951,10
------	---------	-------------------------------	---	---	---	----------

Ek-3/A Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi

EMİLEMEYEN SENTETİK KAYNAKLI ÇİFT YÜZLÜ YAMALAR

~~Sağlık Uygulamaları Tebliği 3.1.4 ve 3.3.16. ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.~~

ÇİFT YÜZLÜ (DUAL) YAMALAR

Sağlık Uygulamaları Tebliği 3.1.4 ve 3.3.16. ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.

Ek-3/C-2 Eksternal Alt ve Üst Ekstremité/Gövde Protez Ortezler Listesi

19	** İbaresini bulanan tıbbi malzemelerin sağlık kurulu raporlarının, hastaların protezin kullanımına ilişkin eğitim aldıkları ve kullanabildiklerine ilişkin, Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, (EK:RG- 18/01/2016-29597/ 17-ç md. Yürürlük: 01/02/2016) , Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi TSK Bilkent Rehabilitasyon Merkezince veya ortez protez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerin sağlık kurullarınca onaylanması gerekmektedir.	19	** İbaresini bulanan tıbbi malzemelerin sağlık kurulu raporlarının, hastaların protezin kullanımına ilişkin eğitim aldıkları ve kullanabildiklerine ilişkin, Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, (EK:RG- 18/01/2016-29597/ 17-ç md. Yürürlük: 01/02/2016) , Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi TSK Bilkent Rehabilitasyon Merkezince Bilkent FTR Eğitim Araştırma Hastanesince veya ortez protez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerin sağlık kurullarınca onaylanması gerekmektedir.
----	---	----	---

ÖZEL KOŞULLAR		ÖZEL KOŞULLAR	
18	** Sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Bu sağlık kurulu raporlarının protez veya ortezin yapımından önce Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi , Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi veya TSK Bilkent Rehabilitasyon Merkezince onaylanması gerekmektedir.	18	** Sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Bu sağlık kurulu raporlarının protez veya ortezin yapımından önce Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi , Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi veya TSK Bilkent Rehabilitasyon Merkezince Bilkent FTR Eğitim Araştırma Hastanesince onaylanması gerekmektedir.
19	** İbaresini bulanan tıbbi malzemelerin sağlık kurulu raporlarının, hastaların protezin kullanımına ilişkin eğitim aldıkları ve kullanabildiklerine ilişkin, Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, (EK:RG- 18/01/2016-29597/ 17-ç md. Yürürlük: 01/02/2016) , Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi TSK Bilkent Rehabilitasyon Merkezince veya ortez protez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerin sağlık kurullarınca onaylanması gerekmektedir.	19	** İbaresini bulanan tıbbi malzemelerin sağlık kurulu raporlarının, hastaların protezin kullanımına ilişkin eğitim aldıkları ve kullanabildiklerine ilişkin, Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi TSK Bilkent Rehabilitasyon Merkezince Bilkent FTR Eğitim Araştırma Hastanesince veya ortez protez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerin sağlık kurullarınca onaylanması gerekmektedir.
Ek-3/E-1 Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi			
102283	PERKUTAN, İNTERBODY FÜZYON FİKSASYON VİDASI (SAKRUM KORPUSUNDAN GEÇEREK LOMBER KORPUS İÇİNE GİREN)	102283	PERKUTAN, İNTERBODY FÜZYON FİKSASYON VİDASI (SAKRUM KORPUSUNDAN GEÇEREK LOMBER KORPUS İÇİNE GİREN)
(1) Perkütan, Interbody Füzyon Fiksasyon Vidasının; 1- Sadece perkütan girişimlerde, 2- Lumbosakral bileşkede daha önce yapılmış başarısız füzyon girişimi veya psödoartroz veya revizyon cerrahisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		(1) Perkütan, Interbody Füzyon Fiksasyon Vidasının; 1- Sadece perkütan girişimlerde, 2- Lumbosakral bileşkede daha önce yapılmış başarısız füzyon girişimi veya psödoartroz veya revizyon cerrahisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Bir cerrahi işlemde en fazla bir adetinin bedeli Kurumca karşılanır.	

102765	LOMBER İTERBODY KAFES, RİGİD, PEEK, XLİF	3.250,00			
102765	LOMBER İTERBODY KAFES, RİGİD, PEEK, XLİF	3.250,00			
		EKLENDİ. (1) Minimal invaziv teknikle,lateral anterolateral yakl aşımla kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılanır.”			
EK-4/E - Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi					
1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER 2. Kuşak Sefalosporinler YENİ EKLENDİ.	1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER 2. Kuşak Sefalosporinler	<table><tr><td>7</td><td>Sefuroksim sodyum intrakameralenjeksiyoluk çözelti</td><td>Yalnızca göz hastalıkları uzman hekimi tarafından yatan hastalarda reçete edilir.</td></tr></table>	7	Sefuroksim sodyum intrakameralenjeksiyoluk çözelti	Yalnızca göz hastalıkları uzman hekimi tarafından yatan hastalarda reçete edilir.
7	Sefuroksim sodyum intrakameralenjeksiyoluk çözelti	Yalnızca göz hastalıkları uzman hekimi tarafından yatan hastalarda reçete edilir.			
5-KİNOLOON GRUBU ANTİBİYOTİKLER YENİ EKLENDİ.	5-KİNOLOON GRUBU ANTİBİYOTİKLER	<table><tr><td>1 7</td><td>Levofloksasin oftalmik formları</td><td>Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.</td></tr></table>	1 7	Levofloksasin oftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.
1 7	Levofloksasin oftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.			
11-ANTİVİRAL İLAÇLAR A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar	11-ANTİVİRAL İLAÇLAR A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar	<table><tr><td>15</td><td>Dolutegravir</td><td>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.</td></tr></table>	15	Dolutegravir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.
15	Dolutegravir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.			
		<table><tr><td>15</td><td>Dolutegravir</td><td>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığında dolutegravir maksimum 2x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.</td></tr></table>	15	Dolutegravir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığında dolutegravir maksimum 2x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.
15	Dolutegravir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığında dolutegravir maksimum 2x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.			

11-ANTİVİRAL İLAÇLAR A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar	11-ANTİVİRAL İLAÇLAR A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar			
YENİ EKLENDİ.	<table><tr><td>18</td><td>Abacavir + Dolutegravir + Lamivudin</td><td>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanları tarafından düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanları, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</td></tr></table>	18	Abacavir + Dolutegravir + Lamivudin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanları tarafından düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanları, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
18	Abacavir + Dolutegravir + Lamivudin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanları tarafından düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanları, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.		
EK-4/F - Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi				
36) Kollajen (Yalnızca dekübitis yaralarında; [bası yaralarının (Grade 1-2) tedavisinde(aynı yara için en çok bir kez 3 hafta süre ile) ve cerrahi yapılamayacak durumda olan hastalarda (ileri derecede kronik rahatsızlığı olan hastalar ve anestezi açısından risk grubu olarak ASA 3 ve üzerinde olan hastalar)] genel cerrahi, plastik cerrahi, cildiye ve ortopedi uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce birer aylık dozda reçetelenir.	36) Kollajen (Yalnızca dekübitis yaralarında; [bası yaralarının (Grade 1-2) tedavisinde(aynı yara için en çok bir kez 3 hafta süre ile) ve cerrahi yapılamayacak durumda olan hastalarda (ileri derecede kronik rahatsızlığı olan hastalar ve anestezi açısından risk grubu olarak ASA 3 ve üzerinde olan hastalar)] genel cerrahi, plastik cerrahi, cildiye, geriatri ve ortopedi uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce birer aylık dozda reçetelenir.			
39) Risperidon ve paliperidonun parenteral formları (Psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince)	39) Risperidon, aripiprazol ve paliperidonun parenteral formları (Psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince)			
45) Solifenasin, Tolterodine-L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin, Duloksetin; Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)	45) Solifenasin, Tolterodine-L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin, Duloksetin ; Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. Duloksetin, erişkin kadınlarda orta dereceli ve şiddetli Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)'ntedavisinde uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.			
51) Anjiyotensin reseptör blokerleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan,Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil) (Raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresinin belirtilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.)	51) Anjiyotensin reseptör blokerleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan,Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil) (Raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresinin belirtilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.) Anjiyotensin reseptör blokerlerinin diğer antihipertansifler ile kombinasyonlarının kullanılmasında; hastanınmonoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamadığının raporda belirtilmesi gerekmektedir			

55) Gingko glikozidleri (65 yaş ve üzeri hastalarda yalnızca alzheimer tipi demans, vasküler demans ve miks formlarındaki demans sendromları endikasyonlarında, nöroloji uzman hekimlerince düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce)	55) Gingko glikozidleri (65 yaş ve üzeri hastalarda yalnızca alzheimer tipi demans, vasküler demans ve miks formlarındaki demans sendromları endikasyonlarında, nöroloji veya geriatri uzman hekimlerince düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce)
YENİ EKLENDİ.	65. Potasyum Iyodur tablet; uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir
YENİ EKLENDİ.	66. Nitisinon; Tirozin ve fenilalanin kısıtlaması olan diyet ile birlikte, Tip 1 herediter tirozinemi (HT-1) tanısı doğrulanmış hastaların tedavisinde; bu durumun belirtildiği en az biri çocuk metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.
YENİ EKLENDİ.	67. Adrenalin oto enjektör formları: İmmunoloji ve alerji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.
Ek-4/G - Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi	
4) Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem, Doripenem, Sulbaktam, Kolistimetat ve Daptomisin EK-4/E' ye göre)	4) Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem, Doripenem, Sulbaktam, Kolistimetat, Sefuroksim sodyum intrakameral enjeksiyonlu k çözelti ve Daptomisin EK-4/E' ye göre)
Bu Tebliğin; a. 2 nci maddesinin (b) bendi, 4, 5, 43, 44 üncü maddenin (a),(c),(ç),(d),(e) ve (ı) bentleri ile 45 inci maddenin (a),(c),(ç),(d), (e) bentleri 3/9/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde, b. 1, 2 nci maddenin (a) bendi, 3,6,7,8,9,13,41,42, 44 üncü maddenin (b), (f), (g), (ğ), (h) bentleri, 45 inci maddenin(b), (f), (g), (ğ) bentleri, 47 ilâ 51 inci maddeleri yayımı tarihinden 10 gün sonra, c. 20 ve 21 inci maddeleri ile 22 nci madde ile değiştirilen "4.2.13.3.2 - Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler" başlıklı maddesinin altıncı fıkrası hariç diğer hükümleri 18/6/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde, ç. 12,14, 15 ilâ 19, 23 ilâ 40, 52 ilâ 54 üncü maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra, d. 46 ncı maddesi 1/10/2014 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde, e. 10 ve 11 inci maddeleri ile 22 nci maddesi ile değiştirilen "4.2.13.3.2 - Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler" başlıklı maddesinin altıncı fıkrası ve diğer maddeleri yayımı tarihinde, yürürlüğe girer. Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.	