

YÜRÜRLÜKTE BULUNAN SUT	26.09.2013 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİ
<p>2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları</p> <p>(6) İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri ile özel poliklinikler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimlerince sadece yetkili oldukları işyerlerinde hizmet akdi ile çalıştırılanlara, bu işyerlerinin kamu kurumu niteliğinde olması halinde ise o işyerinde hizmet akdiyle çalıştırılanlar ile birlikte 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerce ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>	<p>2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları (Yürürlük: Yayımlı tarihinde (26.09.2013))</p> <p>(6) İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri ile özel poliklinikler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimlerince sadece yetkili oldukları işyerlerinde; 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde sayılan sigortalılara, bu işyerlerinin kamu kurumu niteliğinde olması halinde ise, bu sigortalılara ek olarak, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerce ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>
<p>4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</p> <p>(11) Ülseratif kolit hastalığında infliksimab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.</p>	<p>4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar (Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>(11) Ülseratif kolit hastalığında infliksimab veya adalimumab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda; şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.</p>
<p>4.2.9.A-2 - Myelodisplastik Sendrom endikasyonunda</p> <p>(1) Hemoglobün değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500 mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobün değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.</p>	<p>4.2.9.A-2 - Myelodisplastik Sendrom endikasyonunda (Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>(1) Hemoglobün değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500 mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobün değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Eritropoietin alfa-beta için maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı, darbepoetin için maksimum doz haftada 150 µg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.</p>

<p>4.2.13 - Hepatit tedavisi</p> <p>(1) Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.</p>	<p>4.2.13 - Hepatit tedavisi (Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>(1) Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.</p>
<p>4.2.13.B – Karaciğer sirozunda tedavi</p> <p>(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) veya HCV RNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanılabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatit B tedavisinde, HCV RNA (+) olanlar için kronik hepatit C tedavisinde olduğu gibidir.</p>	<p>(Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra)</p> <p>4.2.13.B – Hepatit B'ye bağlı karaciğer sirozunda tedavi</p> <p>(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanılabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatit B tedavisinde olduğu gibidir.</p>

4.2.13.E-2 - Kronik Hepatit C tedavisi

(6) ~~Kompanse sirozu olan genotip I 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 olanlar) peginterferon + ribavirin + telaprevir tedavisi başlanabilir. Tedavi süresi 48 haftadır. Telaprevir 12 haftadan daha uzun süre kullanılamaz.~~

4.2.13.E-2 - Kronik Hepatit C tedavisi

(Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))

(6) Kronik hepatit C'ye bağlı karaciğer kompanse sirozu (karaciğer biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olanlar) olan genotip I hastalarda;

a) Daha önce hepatit C tedavisi almış hastalarda tedavi 4.2.13.E-3 maddesi kurallarına tabidir.

b) Daha önce hepatit C tedavisi almamış hastalarda ise peginterferon + ribavirin tedavisi veya peginterferon + ribavirin + telaprevir/bocepravir tedavisi başlanabilir. Peginterferon + ribavirin + telaprevir/bocepravir tedavisi başlanacak ise aşağıdaki tedavi şemalarından yalnızca biri kullanılabilir.

1) Peginterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi 12 haftaya, devamında peginterferon + ribavirin ile tedavi toplam 48 haftaya tamamlanır. Ancak tedaviye başlandıktan sonra 4 üncü hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 8 haftayı, 12 nci hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir.

2) Peginterferon + ribavirin + bocepravir (üçlü) tedavisine 4 hafta pegileinterferon + ribavirin ile başlanır, dördüncü haftadan sonra tedaviye bocepravir eklenerek üçlü tedavi 48 haftaya tamamlanır. Ancak tedavinin 12 nci hafta sonunda HCV RNA \geq 100 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir.

4.2.13.E-3 - Erişkin Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(2) İnterferon veya pegileinterferon monoterapisi ~~alan ve~~ cevapsız olan hastalar da tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak pegileinterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.

(3) İnterferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisine cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izleminde HCV RNA yeniden pozitifleşen) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki tedavi

4.2.13.E-3 - Erişkin Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(2) İnterferon veya peginterferon monoterapisi ~~olarak~~ cevapsız olan hastalar da tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak peginterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.

(3) İnterferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisine cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izleminde HCV RNA

<p>şemalarından yalnızca biri kullanılabilir.</p> <p>a) Yeniden interferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16 ncı haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12 nci haftada bakılan HCV RNA (-) ya da 2 log (100 kat) azalmış olmalıdır. Tedavi süresi 48 haftayı geçemez.</p> <p>b) Pegileinterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi alabilirler. Bu hastalarda tedavinin 4 üncü haftasında HCV RNA bakılır.</p>	<p>yeniden pozitifleşen) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki tedavi şemalarından yalnızca biri kullanılabilir.</p> <p>a) Yeniden interferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16 ncı haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12 nci haftada bakılan HCV RNA (-) ya da 2 log (100 kat) azalmış olmalıdır. Tedavi süresi 48 haftayı geçemez.</p> <p>b) Pegileinterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi alabilirler. Bu hastalarda tedavinin 4 üncü haftasında HCV RNA bakılır.</p> <p>(Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>c) Peginterferon + ribavirin + bocepravir (üçlü) tedavisi alabilirler. Tedavinin ilk 4 haftasında peginterferon + ribavirin kullanılır, 4. haftadan sonra tedaviye bocepravir eklenir. Bu hastalarda tedavinin 12 nci haftasında HCV RNA bakılır.</p> <p>1) Tedavinin 12 nci haftası sonunda HCV RNA ≥ 100 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez.</p> <p>2) Tedavinin 12 nci haftası sonunda HCV RNA (-) veya HCV RNA < 100 IU/ml olan hastalarda tedavinin 24 üncü haftasında HCV RNA düzeyine tekrar bakılır. Tedavinin 24 üncü haftasında HCV RNA (+) olan hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. HCV RNA (-) olan hastalarda ise tedavinin 36 ncı haftasına kadar üçlü tedavi, devamında peginterferon + ribavirin tedavisi ile toplam 48 haftaya tamamlanır.</p> <p>(5) Üçlü tedavi hayat boyu yalnızca bir defa alınabilir.</p>
<p>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p> <p>(2) Tioguanin, tiotepa, bortezomib, talidomid, kladribin, anagrelid, idarubisin, pentostatin, lipozomal doksorubisin, fludarabin, tretinoin; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.</p> <p>(3) Bu fıkrada belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi</p>	<p>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p> <p>(Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>(2) Tioguanin, tiotepa, bortezomib, talidomid, kladribin, anagrelid, idarubisin, pentostatin, lipozomal doksorubisin, fludarabin, tretinoin, klofarabine, bendamustin; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.</p> <p>(3) Bu fıkrada belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor</p>

<p>protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.</p> <p>ı) Dasatinib ve nilotinib; Sağlık Bakanlığınca onaylanan prospektüslerinde yer alan endikasyonlarda kullanılmak üzere, söz konusu ilaçların prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. (dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.)</p> <p>p) Everolimus;</p> <p>1) Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanmış ve direnç göstermiş olan metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p>	<p>süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.</p> <p>ı) Dasatinib ve nilotinib;</p> <p>1) Dasatinib; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.</p> <p>2) Nilotinib yalnızca; İmatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolerans, Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.</p> <p>3) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.</p> <p>p) Everolimus;</p> <p>1) Hastalığı VEGF (Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü) hedefli tedavi sırasında veya sonrasında progresyon gösteren metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p>
<p>4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel ve dabigatran kullanım ilkeleri</p>	<p>(Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran ve rivaroksaban kullanım ilkeleri</p>
<p>4.2.15.D- Dabigatran;</p> <p>(1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvüler atriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak</p>	<p>(Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>4.2.15.D–Dabigatran ve rivaroksaban;</p> <p>(1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvüleriatriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak</p>

<p>hastalığı veya ciddi mitral kapak hastalığı olmadığı gösterilen veya protez kapak hastalığı olmayan); en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran tedavisine geçilebilir.</p> <p>(2) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde doğrudan dabigatran tedavisine geçilebilir.</p> <p>(3) Dabigatran; yukarıdaki durumlarda bu durumun belirtildiği tedavisine geçişin gerekçesinin belirtildiği ve en az bir kardiyojji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce yada iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p>	<p>hastalığı veya ciddi mitral kapak hastalığı olmadığı gösterilen veya protez kapak hastalığı olmayan);</p> <p>a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran veya rivaroksaban tedavisine geçilebilir.</p> <p>b) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde doğrudan dabigatran veya rivaroksaban tedavisine geçilebilir.</p> <p>(2) Dabigatran veya rivaroksaban; yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği ve üç kardiyojji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kardiyojji ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir."</p>
<p>4.2.27.A - Faktörler</p> <p>(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır.</p> <p>b) Proflaksiye istinaden faktör kullanan hastalarda ayrıca akut kanama yaşanması ya da cerrahi girişim gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için hematoloji uzman hekimi tarafından 3 gün süreli yeni bir uzman hekim raporu düzenlenir.</p>	<p>4.2.27.A - Faktörler</p> <p>(Yürürlük: Yayımı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır.</p> <p>b) Hemofili hastalarında; akut kanama yaşanması ya da cerrahi girişim gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için, bu durumun belirtileceği 3 gün süreli yeni bir hematoloji uzman hekim raporu düzenlenir.</p>
<p>4.2.30 - Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan ve sildenafil kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların;</p>	<p>(Yürürlük: Yayımı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>4.2.30 - Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, sildenafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların;</p>

<p>a) Fonksiyonel kapasitelerinin NHYA sınıf II, III veya IV olması, b) Vazoreaktivite testinin başarısız (etkisiz) olması, c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması,</p> <p>gerekmektedir.</p> <p>(2) Üçüncü ay kontrolünde Pulmoner Arteriyel Basınçta (PAB) azalma olmaması (PAB'ın değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmaz. (3) Uygulanacak tedavi üçer aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar doğrultusunda sağlık kurulu raporunda belgelenecektir. (4) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilir. (5) Bağı dokusu hastalıklarına (skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.</p>	<p>a) Fonksiyonel kapasitelerinin NHYA sınıf II, III veya IV olması, b) Vazoreaktivite testinin negatif olması, c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması, gerekmektedir.</p> <p>(2) Üçüncü ay kontrolünde Pulmoner Arteriyel Basınçta (PAB) azalma olmaması (PAB'ın değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmaz. (3) Uygulanacak tedavi üçer aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar doğrultusunda sağlık kurulu raporunda belgelenecektir. (4) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilir. (5) Bağı dokusu hastalıklarına (skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.</p> <p>(6) Bosentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz.</p>
<p>4.2.35 Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji ortopedi veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(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 uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p>	<p>4.2.35 - Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri (Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(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 uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p>

<p>(3) Duloksetin; diyabetik periferel nöropatik ağrı tedavisinde; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(4) Alfa lipoik asit (kombinasyonları dahil); diyabetik nöropatik ağrı ve periferel diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(5) Duloksetin; fibromiyalji ve kronik kas-iskelet ağrısı tedavisinde romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p>	<p>(3) Duloksetin; diyabetik periferel nöropatik ağrı tedavisinde; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(4) Alfa lipoik asit (kombinasyonları dahil);</p> <p>a) Diyabetik nöropatik ağrı ve periferel diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>b) Nöropatik ağrı; 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.</p> <p>4.2.35.B-Fibromiyalji de ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Prospektüsünde fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından reçete edilebilir.</p>
<p>4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Metformin, sulfonilüreler, metformin+sulfonilüre kombinasyonları, akarboz ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.</p>	<p>4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>(1) Metformin, sulfonilüreler, metformin+sulfonilüre kombinasyonları, alfa glukozidaz inhibitörleri ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.”</p>
<p>4.4.2 - Eşdeğer ilaç uygulaması</p> <p>(4) Faktörler, plazma kaynaklı ve rekombinant kaynaklı ürünler olarak aynı fiyat karşılaştırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı eşdeğer gruplarda değerlendirilir.</p>	<p>4.4.2 - Eşdeğer ilaç uygulaması</p> <p>(Yürürlük: Yayımlı tarihinden 5 iş günü sonra (04.10.2013))</p> <p>(4) Faktörler, plazma kaynaklı ve rekombinant kaynaklı ürünler olarak solunum sistemi ilaçları ise cihaz farklılıklarına göre aynı fiyat karşılaştırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı eşdeğer gruplarda değerlendirilir.</p>
<p>5.3.2.D - Diğer belgeler</p> <p>(1) Sağlık kurumları fatura ekinde aşağıdaki belgeleri göndereceklerdir.</p>	<p>5.3.2.D - Diğer belgeler</p> <p>(1) Sağlık kurumları fatura ekinde aşağıdaki belgeleri göndereceklerdir.</p> <p>(Yürürlük: Yayımlı takip eden ayın birinci günü (01.10.2013))</p>

c) Özel sağlık kurumlarınca temin edilen tıbbi malzemeler için malzemeye ait alış faturasının bir örneği,

c) Özel sağlık kurumlarınca temin edilen ve SUT eki listelerde bedeli 100 TL'nin altında olan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere diğer tıbbi malzemelere ait alış faturalarının birer örneği,

EK-4/E: SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ

1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER		
B) Sefalosporinler		
3. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefiksim	UH-P

EK-4/E: SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ

1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER		
B) Sefalosporinler		
3. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefiksim	UH-P
1.1	Sefiksim-klavulanat (oral)	UH-P

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ