

Sayı : B.13.2.SGK.0.11.05.00/72-617

09.07.2009

Konu : SUT ve eklerinde yapılan düzenlemeler

GENELGE
2009/91

Bilindiği üzere “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” 1/10/2008 tarihinden itibaren yürürlüğe girmek üzere 29/9/2008 tarihli ve 27012 mükerrer sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış bulunmaktadır. Bununla birlikte 22/10/2008 tarih ve 27032 sayılı Resmi Gazetede Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde değişiklik yapılmasına dair Tebliğ yayımlanmış olup; bu Tebliğin 10 uncu maddesinde; “Kurum bu Tebliğ hükümlerinde yapacağı değişiklikleri Genelge ile duyurur.” hükmü yer almıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63. ve 72. maddeleri gereği oluşturulan Ödeme Komisyonu; “Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” gereği 2009/1. dönem çalışmalarını tamamlamış olup, alınan kararlar ile ilgili olarak SUT ve eklerinde aşağıdaki şekilde değişiklik ve düzenlemeler yapılmıştır.

1- “12.7.1. Altın preparatları, biyolojik ajanlar, leflunomid ve subkutan/intramuskular metotreksat, Efalizumab, Romatoid artritte rituksimab kullanım ilkeleri” başlıklı bölümünün "ç" alt maddesinin son paragrafı olarak;

“Ülseratif Kolit hastalığında İnfliksımab; 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 uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzmanlar ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelendirilir”

ifadesi eklenmiştir.

2- “12.7.1. Altın preparatları, biyolojik ajanlar, leflunomid ve subkutan/intramuskular metotreksat, Efalizumab, Romatoid artritte rituksimab kullanım ilkeleri” başlıklı bölümünün "ç" alt maddesinin “Crohn hastalığında..” şeklinde başlayan fıkrasında yer alan;

“gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekimlerinden” ifadesi; "erişkin/çocuk gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden"

ifadesi şeklinde değiştirilmiştir.

3- “12.7.2. Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri” başlıklı maddesinin b bendinin 2. fıkrası çıkarılmıştır.

4- “12.7.6.” maddesinin, “ Büyüme hormonu kullanım esasları” başlığı;

“Büyüme Bozuklukları” olarak değiştirilmiştir. Bu başlığın altına **“12.7.6.1 Büyüme hormonu kullanım esasları”** alt başlığı eklenmiştir.

5- “12.7.6” maddesine; aşağıda belirtilen “12.7.6.2.” alt maddesi ilave edilmiştir.

“12.7.6.2. Laron sendromu tanı kriterleri ve rhIGF-I (mecasermin) kullanım ilkeleri:

(1)En az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.”

A-Başlama Kriterleri

(1)Tedaviye başlanabilmesi için hastanın ilgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyüme hızı izlendikten sonra büyümeyi etkileyen sistemik bir hastalığı veya beslenme bozukluğu olmayan hastalarda;

(2)Boy (-3) standart sapmanın altında, yıllık büyüme hızı yaş ve cinse göre 25 percentilin altında, serum IGF-I düzeyi < -2 SD, serum IGFBP-3 düzeyi < -1 SD, bazal veya uyarılmış büyüme hormonu düzeyi > 10 mcg/L, Somatomedin jenerasyon testinde büyüme hormonu uyarısına IGF-I artışının yetersiz olduğu durumlarda tedaviye başlanılır.

(3)Başlangıç dozu 120 mcg/kg/gün’e kadar çıkılabilir.

(4)Büyüme hormonu tedavisinin yerine kullanılmaz.

B-Devam Kriterleri:

(1)Tedavi alan hastalar en az 3 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olduğunun reçetede belirtilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy skalasına göre 25 percentile ulaşana kadar, tedavi ile yıllık büyüme hızının izlemde tedavi öncesi yıllık büyüme hızının 2 cm üstünde olan hastalarda yılda bir sağlık kurulu raporu yenilenerek tedavi devam ettirilir.

(2)Yenilenen raporlarda tedavi öncesi ve tedaviyle sağlanan büyüme hızı, ulaştığı boy skalası ve epifiz hatlarının durumu belirtilir.

C-Sonlandırma Kriterleri:

1. Epifiz hattı kapandığında veya
2. Yıllık büyüme hızı tedavi öncesi hıza göre + 2 cm’den düşük olduğunda veya
3. Boy uzunluğu kızlarda 155 ve erkeklerde 165 cm’e ulaştığında veya
4. Tedavi esnasında boy 25 percentile ulaştığında, tedavi sonlandırılacaktır. ”

6- “12.7.13. İnterferon kullanım ilkeleri” başlıklı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“12.7.13 Hepatit Tedavisi

(1) Akut ve Kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar çocuk veya erişkin gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

12.7.13.1. Kronik Hepatit B tedavisi:

(1) İlk tedaviye başlamak için; HBV DNA seviyesi: 10 000 (10^4) kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalar, bu durumun belirtildiği rapor ve eki tetkik sonuçlarına (HBV DNA sonucu ve karaciğer biyopsi raporu) göre;

- Erişkin Hastalarda; Karaciğer biyopsisinde HAI $\geq$ 9 veya fibrozis $\geq$ 2 ,
- 2-17 yaş grubu hastalarda ; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI $\geq$ 4 veya fibrozis $\geq$ 2 ,

olan hastaların tedavisine interferonlar, pegile interferonlar veya oral antiviraller ile başlanabilir.

(2) Klasik interferonların toplam dozu haftada 30 milyon, ayda 120 milyon üniteyi geçemez.

(3) İnterferonlar ve pegile interferonlar, kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

(4) Oral antiviral tedaviye günde 100 mg lamivudin ile başlanır. Tedavinin 24üncü haftasında HBV DNA pozitif olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir.

a. HBeAg pozitif olan hastalarda oral antiviral tedavi sırasında HBeAg serokonversiyonundan (HBeAg negatif, anti-HBe pozitif ve HBV DNA negatif olduktan) sonra en fazla 12 ay daha oral antiviral tedavi kullanılabilir. Her yenilenen raporda hastaların tedavi başlangıcındaki ve güncel HBeAg ve HBV DNA durumları belirtilmeli ve belgelenmelidir.

b. HBeAg negatif olan hastalarda Oral antiviraller, HbsAg pozitifliğini gösterir laboratuvar sonucu rapora eklenerek, HBsAg kayboluncaya kadar kullanılabilir.

(5) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, HBV DNA ve HBeAg durumları belirtilir, ALT yüksekliği bulunması koşulu aranmadan, hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun başlama kriterlerini gösteren, teşhisin konulduğu raporun fotokopisinin yeni rapora eklenmesi veya başlama kriterlerine uygun olduğunu gösteren, teşhisin konulduğu raporda belirtilen HBV DNA ve ALT değerleri ile raporun tarih ve sayısının, yeni raporda açık olarak belirtilmesi yeterlidir.

(6) Oral antiviral tedavi altındayken HBV DNA $>10\ 000$ (10^4) kopya/ml (2.000IU/ml) ise ve direnç analizinde lamivudin veya adefovir veya entekavir dirençleri tanımlanmış ise bir başka oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Ancak lamivudin kullananlarda entekavir veya telbivudine geçilemez veya eklenebilir, adefovir kullananlarda tenofovir eklenebilir. Oral antiviral değişimi yada tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

12.7.13.2. Karaciğer sirozunda tedavi:

(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanılabilir. Karaciğer biyopsisi yapmak için kontrendikasyon bulunanlarda ve dekompanse sirozlarda biyopsi koşulu aranmaz Tedavi süreleri kronik hepatit B' de olduğu gibidir.

12.7.13.3.

(1) İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan HBsAg (+) hastalarda, ALT yüksekliği, HBV DNA pozitifliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın uygulanmakta olan diğer tedavisi süresince ve bu tedavisinden sonraki en fazla 12 ay boyunca lamivudin kullanılabilir. İmmünsupresif, sitotoksik kemoterapi ve monoklonal antikor tedavisine ilişkin ilaç raporunun bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekir.

(2) İmmünesupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan kronik hepatit B hastalarında ise tedavi süreleri ve ilaç seçimi kronik hepatit tedavi prensiplerinde belirlendiği şekildedir.

12.7.13.4.

(1) HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-HBc(+) kişiden karaciğer alan hastalara; biyopsi, viral seroloji, ALT seviyesi yada HBV DNA bakılmaksızın oral antiviral tedavi verilebilir.

12.7.13.5. Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi

(1) Delta ajanlı Kronik Hepatit B tanısı konmuş anti HDV(+) hastalarda İnterferon veya pegile interferonlar, kronik hepatit B deki kullanım süre ve dozunda kullanılabilir. Bu hastalardan Kronik Hepatit B tedavi koşullarını taşıyanlarda tedaviye oral antiviral ilaçlardan biri eklenebilir. (anti HDV(+) ve HBV DNA sonucunu gösteren gösterir laboratuvar sonucu rapora eklenir)

12.7.13.6. Hepatit C Tedavisi:

(1) Akut Hepatit C tedavisi: Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç rapora eklenir) 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. haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.

(2) Kronik Hepatit C tedavisi:

1. Anti HCV ve HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.
2. Kronik hepatit C tedavisinde İnterferon + Ribavirin veya pegile interferon + Ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.
3. Tedavi süresi :
Genotip 1 ve 4 için 48 haftadır. Tedavi başladıktan sonra 12. hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24. haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28. hafta sonunda kesilir. 16. haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28. haftada HCV RNA (-) olan hastalarda yazılacak reçetelerine HCV RNA analiz raporunun fotokopisi eklenir.
Genotip 2 ve 3 hastalarda ribavirin dozu en fazla 800 mg olacak şekilde verilir. Bu hastalarda gerek interferonun gerekse ribavirinin tedavi süresi en fazla 24 haftadır. Genotip 2 ve 3 hastaların tedavisinde 12 hafta sonundaki HCV RNA azalması koşulu aranmaz.
4. Kronik hepatit C hastalarında yeniden tedavi:
 - a. Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12. haftadan önce son verilmiş olan Kronik hepatit C hastaları tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler.

- b. İnterferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin veya tedavisine cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izleminde HCV RNA yeniden pozitifleşen) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere yeniden pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16. haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12. haftada HCV RNA (-) olmalıdır.
- c. İnterferon veya pegileinterferon monoterapisi alan ve cevapsız olan hastalarda pegileinterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.
- d. İnterferon + Ribavirin veya Pegile interferon+Ribavirin tedavisine cevap vermeyen 17 yaşının üzerindeki hastalarda yeniden pegileinterferon ve ribavirin tedavisi yapılamaz.

12.7.13.7. Viral hepatit tedavisinde genel prensipler

1.Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre belirlenmiştir.

2.Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı < 80 000 veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya dekompanse karaciğer sirozunda) karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

7- “12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı bölümünün “c-3-d” bendinde yer alan Dasatinib etken maddesine ait düzenlemede;
“günlük 100mg ” ifadesi; “günlük 140 mg” olarak değiştirilmiştir.

8- “12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı maddesinin “c-3-d” bendinde yer alan “Azasitidin.” etken maddesine ait düzenlemeye; aşağıdaki bölüm ilave edilmiştir;

“Azasitidini 6 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50 den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5 in üstünde kalan) hastalarda 3 ay daha devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.”

9- “12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı bölümünün “c-2” bendinde yer alan Vinorelbine etken maddesine ait düzenlemede;
“120 mg/21 gün” ifadesi; “160 mg/21 gün” olarak değiştirilmiştir.

10- “12.7.25. Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri

a) Epilepside:” başlıklı maddesinde; parantez içinde yer alan “pregabalin” ifadesi çıkarılmıştır.

Aynı maddeye ikinci fıkra olarak;

“Pregabalin ve zonisamit, nöroloji uzmanı tarafından çıkarılacak rapor ile tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.” düzenlemesi ilave edilmiştir.

11- “12.7.33. Makula Dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri”; başlıklı madde aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir;

“Pegaptanib Sodyum, Ranibizumab ve Vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim rapora eklenerek, göz hastalıkları

uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır. Ömür boyu; Pegaptanib Sodyum her bir göz için en fazla 7 enjeksiyon, Ranibizumab her bir göz için en fazla 3 enjeksiyon uygulanabilir”

12- Tebliğ Eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” Ek:2 Listesine;

4.2.12. Molsidomin

6.4.3. L-Ornithin- L- Aspartat

6.4.4. Tauroursodeoksikolik asit

7.1.6. Laron Sendromu

7.1.6. 1 Mecasermin

7.3.2.2 Cinacalcet

10.4.22. Pregabalin

10.4.23. Zonisamit

10.12.4. Alfa lipoik asit (sadece diabetik nöropatide)

maddeleri eklenmiştir.

13- Tebliğ Eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” Ek:2 Listesinin;

“4.8. maddesinin başlığı, aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“4.8. Primer ve Ailevi Hiperkolesterolemi”

14-Tebliğ Eki “Sistemik Antimikrobik Ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları” Ek:2A Listesine;

31/B Sefdinir: KY,

203. Hidroksiklorokin sülfat: UH-P

maddeleri ilave edilmiştir.

15-Tebliğ Eki “Sistemik Antimikrobik Ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları” Ek:2A Listesinin;

172. maddesi;

“Yalnızca Parkinson Hastalığında, Nöroloji uzmanı veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelendiğinde bedeli ödenir”

176. maddesi;

“Yalnızca Parkinson Hastalığında, Nöroloji uzmanı veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelendiğinde bedeli ödenir”,

186. Maddesi;

“Isotretinoin+Eritromisin / Eritromisin+ Tretionin/ Eritromisin+ benzoilperoksit: Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince”,
şeklinde değiştirilmiştir.

16-Tebliğ Eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” (EK:2/B) nin;

39.Maddesi; “L-Ornithin- L- Aspartat parenteral formları (İç Hastalıkları veya Pediatri Uzmanları veya erişkin/pediatri gastroenteroloji uzman hekimi tarafından Sağlık Bakanlığınca onaylanmış endikasyonlarında reçete edilir) şeklinde yeniden düzenlenmiştir.

17-Tebliğ Eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi” (Ek:2C) nin;

14.Maddesinde yer alan ifadenin sonuna;

“(Lenograstim, 4 Flakona kadar kullanımı ancak “Kemoterapiden sonra periferik kan progenitör hücrelerinin mobilizasyonu” endikasyonunda mümkündür) ifadesi eklenmiştir.

26.Maddesinin;

"yüksek riskli olan hastalarda” ifadesinden sonraki bölümü, aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir;

“kalp damar cerrahi veya kardiyoloji veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu hekimlerce veya iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimlerince reçetelendiğinde bedeli ödenecektir. "

28.Maddesi;

“L-Ornithin- L- Aspartat oral formları; iç hastalıkları veya pediatri uzman hekimi veya erişkin/pediatri gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce Sağlık Bakanlığınca onaylanmış endikasyonlarında reçete edilir.” şeklinde düzenlenmiştir.

18- Bu Genelge ekleri ile birlikte yayımı tarihinden 7 gün sonra yürürlüğe girer.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Fatih ACAR
Kurum Başkanı V.

EK: 4 adet liste

Dağıtım:

Gereği:

Kurum Merkez Teşkilatına

Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerine

SSK Sağlık İşleri İl Müdürlüklerine(Devredilen)

Bilgi:

Sağlık Bakanlığına

Maliye Bakanlığına

EK-1

BEDELİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-2/D)'E EKLENEN İLAÇLAR

Kamu No:	Güncel Barkod	Ürün Adı	Eski Barkod-1	Eski Barkod-2	Eski Değer (Benzet) Ürün Grubu	Yüzde 22 barajı için 5 aylık sürenin başlatılacağı satış izni tarihi	Baz İndirim Oranı	Referans Fiyata Göre Azaltma	Ruhsat Tarihi	KDV'li Perakende Fiyatı 3,56 YTL'den FAZLA	KDV'li Perakende Fiyatı 3,56 YTL'den AZ		Yürürlük Tarihi	Eczacı İndirim Oranı (Tebliğin 14.1. maddesine göre)
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
A11092	8699543010625	ARLEC 3,125 MG 28 TB					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11093	8699738350567	BELOGENT 15 G KREM			E497A		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11094	8699738350581	BELOGENT 30 GR KREM			E497A		11,00%			19,96%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11095	8699704090015	BIPRETERAX 5MG/1.25MG 30 FTB			E475C		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11096	8699569090571	CEFTINEX 300 MG 10 FTB			E499A		11,00%			40,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11097	8699569090595	CEFTINEX 300 MG 20 FTB			E499A		11,00%			40,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11098	8699552090472	COVERSYL PLUS 5MG/1.25MG 30 FTB			E475C		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11099	8699606692317	DEKSTRAN 40 İZOTONİK %10 100 ML SOL(POLIFARMA SETLİ TORBA)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11100	8699606692324	DEKSTRAN 40 İZOTONİK %10 100 ML SOL(POLIFARMA SETSİZ TORBA)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11101	8699606692379	DEKSTRAN 40 İZOTONİK %10 1000 ML SOL(POLIFARMA SETLİ TORBA)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11102	8699606692386	DEKSTRAN 40 İZOTONİK %10 1000 ML SOL(POLIFARMA SETSİZ TORBA)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11103	8699606692331	DEKSTRAN 40 İZOTONİK %10 150 ML SOL(POLIFARMA SETLİ TORBA)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11104	8699606692348	DEKSTRAN 40 İZOTONİK %10 150 ML SOL(POLIFARMA SETSİZ TORBA)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11105	8699606692355	DEKSTRAN 40 İZOTONİK %10 250 ML SOL(POLIFARMA SETLİ TORBA)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11106	8699606692362	DEKSTRAN 40 İZOTONİK %10 250 ML SOL(POLIFARMA SETSİZ TORBA)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11107	8699538545361	DESMOVITAL %0,1 MG/ML 6 ML BURUN SPREY			E498A		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11108	8699844750183	DOBCARD 250 MG / 20 ML IV INF KONS 10 AMP			H010A		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0,0%
A11109	8699502151512	EXCEGRAN 100 MG 100 KAP					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11110	8696875610110	EYESTİL TEK GOZ DAMLASI			E250B		11,00%			35,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11111	8698792570102	FERRIPROX 100 MG/ML 500 ML SURUP					11,00%			50,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11112	8699638152735	FOXETEVİ 20 MG 20 KAP			E023A		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11113	8699638152742	FOXETEVİ 20 MG 30 KAP			E023A		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11114	8697629670015	GAMBROSOL TRIO 10 GEMİNİ 2000 ML					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11115	8697629670022	GAMBROSOL TRIO 10 GEMİNİ 2500 ML					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11116	8697629670077	GAMBROSOL TRIO 10 SYSTEM 2500 ML					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11117	8697629670039	GAMBROSOL TRIO 10 SYSTEM 5000 ML					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11118	8697629670046	GAMBROSOL TRIO 40 GEMİNİ 2000 ML					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11119	8697629670053	GAMBROSOL TRIO 40 GEMİNİ 2500 ML					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11120	8697629670084	GAMBROSOL TRIO 40 SYSTEM 2500ML					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11121	8697629670060	GAMBROSOL TRIO 40 SYSTEM 5000 ML					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11122	8699828010418	GRIPAMOL 30 TAB					11,00%			11,00%	11,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11123	8699563546029	İLİADİN MERCK %0,025 PED SPREY					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11124	8699582091029	KESTİNE 10 MG 20 FTB			E494A		11,00%			15,60%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11125	8699536010656	KINETRA 12,5 MG 90 TAB			E340B		11,00%			16,17%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11126	8699556981127	KIOVİG 100 MG/ ML 100 ML 1FLK (ECZACIBASI-BAXTER)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11127	8699556981103	KIOVİG 100 MG/ ML 25 ML 1FLK (ECZACIBASI-BAXTER)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11128	8699556981110	KIOVİG 100 MG/ ML 50 ML 1FLK (ECZACIBASI-BAXTER)					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11129	8699502151437	LOSEFAR 500 MG 21 KAP			E054C		11,00%			12,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11130	8697621050235	MINİRİN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT 30 TB					11,00%			12,71%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11131	8699502080300	MONAX 5 MG 90 CİG TAB			E327B		11,00%			11,76%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11132	8699708570346	NEFRO-CARNİTİN 50 ML SİR			E496A		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11133	8696875610127	NETİLDEX 5 ML GOZ DAMLASI					11,00%			34,30%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11134	8699624090102	NOOTROPİL 1200 MG 40 FTB					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11135	8697706952058	OPTİRAY 240-50 ML STERİL ENJ KULL HAZİR SİRİNGA					11,00%			29,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11136	8697706953079	OPTİRAY 300-100 ML STERİL ENJ KULL HAZİR SİRİNGA			E493B		11,00%			28,66%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11137	8697706953055	OPTİRAY 300-50 ML STERİL ENJ KULL HAZİR SİRİNGA			E493A		11,00%			28,72%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11138	8697706955097	OPTİRAY 350-100 ML STERİL ENJ KULL HAZİR SİRİNGA			E493C		11,00%			28,55%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11139	8697706955073	OPTİRAY 350-50 ML STERİL ENJ KULL HAZİR SİRİNGA			E493D		11,00%			28,13%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11140	8699502013667	OSALEN 70 MG 12 TAB			E242B		11,00%			25,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11141	8699560010769	PANALGİNE 30 TAB			E495A		11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11142	8699809097889	PLAQUENİL 200 MG 30 FTB					11,00%			11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11143	8697933090080	ROSUCOR 40 MG 84 FTB			E434C		11,00%			11,50%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11144	8699502151505	TAMPROST MR 0,4 MG 90 KAP			E409A		11,00%			16,20%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%

EK-3														
BEDELİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-2/D)'DEN ÇIKARILAN İLAÇLAR														
Kamu No:	Güncel Barkod	Ürün Adı	Eski Barkod-1	Eski Barkod-2	Eşdeğer (Benzer) Ürün Grubu	Yüzde 22 barajı için 5 aylık sürenin başlatılacağı satış izni tarihi	Baz İndirim Oran	Referans Fiyata Göre Azaltma	Ruhsat Tarihi	KDV'li Perakende Fiyatı 3.56 YTL'den 3.56 YTL'ye	KDV'siz Perakende Fiyatı 3.56 YTL'den 3.56 YTL'ye			Eczacı indirim Oranı (Tebliğ 14.1. maddesine göre)
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
A00812	8699527090018	APIKOBAL 10 FTB			E236A		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A00942	8699523070021	ASPARTIL 20 MG 100 TB			E085A		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A01638	8699651380146	CAPSALGINE 40 GR POMAD					11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A02448	8699502070202	DIYET-TAT 18 MG 100 TB			E085B		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A02449	8699502070233	DIYET-TAT 18 MG 150 TB			E085B		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A02450	8699502070257	DIYET-TAT 18 MG 400 TB			E085B		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A05606	8699560010325	NUTRA-TAT 20 MG 100 TB			E085A		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A05607	8699560010332	NUTRA-TAT 20 MG 100 TB			E085A		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A06346	8699552010555	PRETERAX 2/0.625 MG 30 TB*			E475A		11%			11,00%	4,00%		28.01.2009	0,5-2,0%
A06972	8699569070061	SANPA 10 MG 100 TB			E085C		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A06973	8699569070078	SANPA 10 MG 300 TB			E085C		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A06974	8699569070047	SANPA 20 MG 100 TB			E085A		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
A06975	8699569070054	SANPA 20 MG 300 TB			E085A		11%			11,00%	4,00%			0,5-2,0%
Not: * işaretli ilaçlar bu Genelgenin yayın tarihinden üç ay sonra yürürlüğe girer														

EK-2														
BEDELİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-2/D)'DE DÜZENLENEN İLAÇLAR														
Kamu No:	Güncel Barkod	Ürün Adı	Eski Barkod-1	Eski Barkod-2	Eşdeğer (Benzer) Ürün Grubu	Yüzde 22 barajı için 5 aylık sürenin başlatılacağı satış izni tarihi	Baz İndirim Oranı	Referans Fiyata Göre Azaltma	Ruhsat Tarihi	KDV İndirimi Fiyatı 3,56 YTL'den KDV İndirimi Fiyatı 3,56 YTL'den AZ ise				Eczacı İndirim Oranı (Tablğın 14.1. maddesine göre)
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
A08990	8699788696158	%5 FRUKTOZ 1000 ML SOL (BIOSEL SETLİ TORBA)			E286C		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A00266	8699788691115	%5 FRUKTOZ 1000 ML SOL (BIOSEL SETLİ SİSE)			E286C		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A08793	8699788690811	%5 FRUKTOZ 1000 ML SOL (BIOSEL SETSİZ SİSE)			E286D		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A08794	8699788697643	%5 FRUKTOZ 1000 ML SOL (BIOSEL SETSİZ TORBA)			E286D		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A00270	8699788695212	%5 FRUKTOZ 500 ML SOL (BIOSEL SETLİ SİSE)			E286A		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A08797	8699788690217	%5 FRUKTOZ 500 ML SOL (BIOSEL SETSİZ SİSE)			E286B		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A08798	8699788698213	%5 FRUKTOZ 500 ML SOL (BIOSEL SETSİZ TORBA)			E287B		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A09162	8699726014105	ABILIFY 10 MG 28 TB					11%		08.09.2005	16,00%	4,00%	O		0-2,5%
A09163	8699726014150	ABILIFY 15 MG 28 TB					11%		08.09.2005	16,00%	4,00%	O		0-2,5%
A09164	8699726014303	ABILIFY 30 MG 28 TB					11%		08.09.2005	16,00%	4,00%	O		0-2,5%
A10798	8699738380601	BELOGENT 15 GR MERHEM			E497A		11%			11,00%	4,00%		28.01.2009	0-2,5%
A01362	8699788695281	BIOHES %6 500 ML SOL (BIOSEL SETLİ SİSE)			E333B		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A08809	8699788690286	BIOHES %6 500 ML SOL (BIOSEL SETSİZ SİSE)			E333A		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A01398	8699788695298	BIOPLAZMA 500 ML SOL (BIOSEL SETLİ SİSE)			E333B		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A01665	8699527654326	CARNITENE %30 20 ML ORAL SOL			E496A		11%			11,00%	4,00%	J		0-2,5%
A09332	8699552090458	COVERSYL 5 MG 30 TB			E475C		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A03246	8699546778638	GADOVIST 604.72 MG/ML 15 ML 1 FLK	8699545776475				11%		07.10.2003	11,00%	4,00%	O		0-2,5%
A03247	8699546772438	GADOVIST 604.72 MG/ML 30 ML 1 FLK	8699545776482				11%		07.10.2003	11,00%	4,00%	O		0-2,5%
A10692	8699546773428	GADOVIST 604.72 MG/ML 7,5 ML 1 FLK					11%			11,00%	4,00%	O		0-2,5%
A03924	8699556694454	ISOHES %6 500 ML SOL (ECZ SETLİ)			E333B		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A03925	8699556694492	ISOHES %6 500 ML SOL (ECZ SETSİZ SİSE)			E333A		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A04270	8699582091012	KESTİNE 10 MG 10 FTB			E494A		11%		24.01.2005	11,00%	4,00%	O		0-2,5%
A05039	8697621540330	MINİRİN 0.1 MG/ML 2.5 ML NAZAL SPREY	8699538541776		E498A		11%			11,00%	4,00%		10.02.2009	0-2,5%
A09440	8697706773035	OPTIRAY 300 CAM SİSE 100 ML (636 MG/ML)			E493B		11%		07.03.2006	11,00%	4,00%	O		0-2,5%
A09441	8697706773011	OPTIRAY 300 CAM SİSE 50 ML (636 MG/ML)			E493A		11%		07.03.2006	11,00%	4,00%	O		0-2,5%
A09442	8697706775039	OPTIRAY 350 CAM SİSE 100 ML (741 MG/ML)			E493C		11%	-0,08%	06.03.2006	10,92%	4,00%	O		0-2,5%
A09444	8697706775015	OPTIRAY 350 CAM SİSE 50 ML (741 MG/ML)			E493D		11%		06.03.2006	11,00%	4,00%	O		0-2,5%
A05870	8699560010349	PANALGINE 20 TB			E495A		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A06201	8699630691003	PLASMASTERİL %6 250 ML (FRESENIUS SİSE)			E333C		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A08289	8699556694461	VARIHES %6 500 ML (ECZ CAM SİSE SETLİ)			E333B		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A08505	8699630697128	VOLUVEN® %6 IV 500 ML SOL			E333B		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%

Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis, İnek Sütü Alerjisi ve Çölyak Hastalığı) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi

Kamu No	Güncel Barkod	Ürün Adı	Eski Barkod-1	Eski Barkod-2	Eşdeğer (Benzer) Ürün Grubu	Baz İndirim Oran	Ruhsat Tarihi	KDV'li Perakende Fiyatı 3.56 YTL'dan FAZLA ise	KDV'li Perakende Fiyatı 3.56 YTL'dan AZ ise		Yürürlük Tarihi	Eczacı İndirim Oran (Tebliğ 14.1. maddesine göre)
A	B	C	D	E	F	G	H	K	L	M	N	O
A11145	8697869420197	DUSUK PROTEİNLİ DALIA LİKİT SUT(200 MLX24 ADET)				11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11146	8697617904245	GLUTENSİZ SCHAR HAZELNUT WAFERS 125 G			E314D	11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11147	8697617904269	GLUTENSİZ SCHAR PEPİTAS 200 G PARÇA ÇİKOLATALI BİSKUVİ			E314C	11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11148	8697617904238	GLUTENSİZ SCHAR VANİLLA WAFERS 125 G			E314D	11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11149	8698807000044	MSUD GEL 600 G (30X20 G SASE)				11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11150	8698807000037	PKU COOLER 15 PORTAKAL 4.4 KG (30X130 ML POS)				11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11151	8698807000020	PKU EXPRESS 750 G (30X25 G SASE)				11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11152	8698807000013	PKU GEL 600G (30X20 G SASE)				11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11153	8698807000075	TYR EXPRESS 750 GR 30x25 GR SASE				11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%
A11154	8698807000068	TYR GEL 600 GR 30x20 GR SASE				11,00%		11,00%	4,00%		17.07.2009	0-2,5%