

2006 SSK SÖZLEŞMESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

Değerli meslektaşım,

Odamız yönetim kurulu ve mevzuat komisyonumuz tarafından SSK protokolü incelenmiş olup farklılıklar ve değişiklikler aşağıdadır.

1) SSK Tıp Sözleşme ve Eki Protokolü 15.05.2006 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

2) SSK sözleşme yenileme için 12.06.2006 Pazartesi son gündür.

3) Eczacı meslektaşlarımızın SSK' ılı hastalara ait ilaç kullanım ve/veya ilaç muafiyet raporlarına "ASLI GİBİDİR." onayı yapma yetkisi kaldırılmıştır. Sağlık Kurulu raporunun fotokopisinin aslına uygunluğu, reçeteyi yazıp onaylayan sağlık kurumu veya kuruluşu tarafından onaylanacaktır.

4) Reçetede yazılı ilaçlar, reçete sahibine (hastaya) verilirken hastanın sağlık karnesi kontrol edilir, reçete arkasına kaç kalem ilaç alındığı (.....kalem,kutu ilacı aldım), telefonu ve/veya açık adresi ve bizzat kendi el yazısıyla adı ve soyadı yazdırılarak imza ettirilir. Okuma yazma bilmeyenlere ait reçetelere yukarıda belirtilen bilgiler eczane görevlilerince yazılır ve ilacı alan kişi imza atamıyor ise parmak bastırılır. Reçetede yazılı ilaçlar hastanın bir yakınına verilirken, reçete arkasına kaç kalem ilaç alındığı (.....kalem,kutu ilacı aldım), telefonu ve/veya açık adresi ve T.C. kimlik numarası veya ilacı alan kişinin T.C kimlik numarası bilinmiyor ise kimlik bilgileri (adı, soyadı , kimlik no) belirtilerek imza ettirilir.

Bu hükme uymayan reçetelerin bedeli Eczane'ye ödenmez.

Ancak, söz konusu eksikliğin (hastanın adresi ve/veya telefonu, adı soyadı, imzası ve kaç kalem ilaç alındığı) reçetede giderilmesi halinde, reçete bedeli Eczane'ye ödenir.

Eksikliği giderilmeyen reçetelerin bedeli eczaneye ödenmez ve eczacı konu hakkında kurum tarafından yazılı olarak uyarılır. Yapılan yazılı uyarıya rağmen bir sözleşme döneminde bu hükme uymayan reçete sayısı 10'u geçen eczanelerin durumu alışkanlık hali olarak kabul edilir. " Sözleşmenin feshini gerektiren hususlar " başlıklı bölümde yer alan hüküm uygulanır.

5) Yatan hasta reçetelerine mutlaka başhekimlik onayı bulunmalıdır.

6) Eşdeğer ilaç uygulaması için BUT'ta belirlenen % 22' lik dilimin üzerinde ve eczane tarafından bu ilaç verilmiş ise en ucuz ilaç + % 22' lik tutarda ödeme yapılır.

Ancak, ilaç katkı payının en ucuz ilaç + Eşdeğer ilaç uygulaması için BUT'ta belirlenen % 22' lik tutarı üzerinden alınması ve eczacının, sigo rta lı ve hak sahibini reçetede yazılı ilaç yerine eşdeğer ilaç alabileceği hususunda bilgilendirmesine rağmen, sigortalı ve hak sahibinin isteği doğrultusunda " Kuruma kabil-i rücu olmamak şartıyla Kurumca verilen eşdeğer

ilaç yerine reçetede yazılı ilacı kendi rızam ile fiyat farkı ödeyerek aldım." ifadesinin yazdırılıp imzalatılması kaydıyla sigortalı ve hak sahibinden fark alınarak reçetede yazılı ilacın verilmesi mümkündür.

Yukarıdaki altı çizili ifade kaşe halinde yaptırılıp, reçete arkasına basılarak hastaya ("okudum kabul ediyorum" veya "anladım kabul ediyorum" yazdırılmalıdır.) imzalatırılmalıdır.

7) Tüm reçetelere mutlaka teşhis açık olarak yazılacaktır. Teşhis yazılmayan reçeteler eczaneler tarafından kabul edilmeyecektir. Bu hükme uymayan reçetelerin tutarları eczaneye ödenmez, reçete eczaneye iade edilir, bu eksiklik reçeteyi düzenleyen hekim tarafından düzeltilip kaşelenir, eksikliği tamamlanan reçete bedeli ödenir. Reçetelerde Tıbbi literatüre uygun olan teşhis kısaltmaları (DM, HT, KOAH vb.) kabul edilecektir.

8) Sigortalı ve hak sahibinin yatarak tedavisinde gerekli ilaçların hastane eczanesinden temin edilememesi durumunda, gerekli ilaçlar sözleşmeli eczanelerden Bölge Eczacı Odası koordinasyonunda dönüşümlü olarak karşılanabilir. Bu uygulamada Bütçe Uygulama Talimatı hükümleri esas alınır.

9) Majistral, psikotrop ve uyuşturucu ilaçları içeren reçeteler ile mor ve turuncu reçeteler, eczane reçete kayıt defterine geçirilerek numara verilir. Verilen numara reçetede ilgili ilacın yanına yazılır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallara uyulur. Mor ve turuncu reçeteye yazılması zorunlu olan ilaçlar diğer ilaçlardan ayrı fatura edilir ve bu reçetelerin kontrolü ile ödenmesine öncelik tanınır.

10) SSK fatura **avans bedelleri %100 olarak** ödenecektir.

11) Sağlık Kurum ve Kuruluşlarınca düzenlenen reçete muhteviyatı ilaçlar için otokopili sağlık karnelerinin kullanılması esastır. Ancak; Sağlık karnelerinin reçete sayfaları biten ve yenilenmeyenler için 07.1000.013.00 kod numaralı matbu reçete kağıtları kullanılacaktır.

Gerek Sağlık Bakanlığı gerekse Kurumumuzla anlaşmalı Üniversite ve Özel Sağlık Tesisleri ya da Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesislerince sevk yapılmış Üniversite Hastaneleri tarafından kendi Kurumlarına ait reçeteler de kullanılacaktır.

Gerek Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesisleri gerekse Kurumumuzla anlaşmalı Üniversite veya Özel Sağlık Tesislerine ait reçeteler veya 07.1000.013.00 kod numaralı matbu reçete kağıtları kullanıldığında; bu reçetelere, hastanın adı-soyadı, T.C Kimlik Numarası, sigorta ya da tahsis numarası ve karne seri numarasının yer aldığı otokopili sağlık karnesinin ön yüz bilgilerinin yazılması gerekmektedir.

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI'NDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

Değerli Meslektaşım,

2006 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) 29.04.2006 tarihinde yayımlanarak 15.05.2006 tarihinde yürürlüğe girmiştir. BUT 'ta; dikkat edilecek hususlar ve 2006 Mali Yılı BUT' nın 20.12.2005 tarihinde yayımlanan BUT'dan farklılıklarını aşağıda bulabilirsiniz. Bilgilerinize.I.BÖLÜM:

Dikkat Edilecek Hususlar:

1) 2006 Mali Yılı BUT' nın ilaç yazım kuralları, eşdeğer ilaç uygulaması ve eczacı indirimine ilişkin yapılan düzenlemeler **15.05.2006** tarihinde yürürlüğe girmiştir.

2) **Yatan hasta reçeteleri, mutlaka başhekimlik tarafından onaylanacaktır.**

3) Sağlık Kurulu raporlarından, aslına sadık kalmak kaydıyla Tebliğ hükümlerine göre eksikliği bulunan raporlar (doz, ilaç yazılım kurallarına ait tıbbi bilgiler) raporun çıktığı hastanede **raporu düzenleyen ilgili dal uzmanı tarafından kaşeli ve imzalı düzeltmesi ve bunun Başhekimlik tarafından onaylanmak koşuluyla süresinin sonuna kadar geçerlidir.** Raporlarda yapılan düzeltmeler düzeltme tarihinden itibaren geçerlidir.

4) Ayaktan tedavide genel kural dört kalem ilaç ve yedi günlük tedavi dozudur. **Pnömoni, Bronşektazi, Osteomiyelit** teşhislerinde hekim gerekli gördüğü takdirde 10- 14 günlük tedavi dozunda antibiyotik reçete edebilir.

5) **Yanık, anemi, reflü ve GIS ülserlerinde** en fazla 1 aylık dozda ilaç yazılabilir.

6) Antidepresan verilme ilkelerinde; antidepresanları yazabilecek doktor branşlarında ilaveler yapılmıştır. (Bakınız, 2.Bölüm; "12.7.2. Antidepresanlar ve Antipsikotiklerin Kullanım İlkeleri")

7) "Eritropoietinler, Altın Preparatları, Kanseri İlaçları Verilme İlkeleri" mutlak surette BUT' nın ilgili maddelerine bakılarak karşılanmalıdır.(Bakınız, 2. Bölüm; "12.7.1, 12.7.9, 12.7.14 maddeleri")

8) "Osteoporoz İlaçları Verilme İlkesi" maddesinden "Kırık riski mevcuttur" bölümü kaldırılmıştır.(Bakınız, 2.Bölüm; "12.7.17 maddesi")

9) "Montelukast" adlı müstahzar "Mevsimsel allerjik rinit tedavisinde KBB hekimleri tarafından yazılabilecektir.

10) 2006 Mali Yılı BUT' nda ilk kez **tek**

ilgili uzman hekim tarafından "ilaç kullanımı ve hasta katılımı payı muafiyet raporu" düzenlenecek ifadesi mevcuttur.

11) 20.12.2005 tarihinde değişen 2005 Mali Yılı BUT' nda yer alan; "Tonsillit ve faranjit teşhislerinde, penisilin, eritromisin..... kullanılacaktır." İfadesi 15.05.2006 tarihi itibarı ile kaldırılmıştır.

12) **Etodolak 400 mg tb. Uzman Hekim** tarafından reçetelenebilecektir.

13) Gingo Glikozitleri' ni içeren müstahzarların tümü geri ödeme listesinden (EK-2D) çıkarılmıştır.

14) **Kolesterol ve Lipid düşürücüler**(Fenofibrat,Gemfibrozil, Kolestramin, Atorvastatin, Lovastatin, Simvastatin, Fluvastatin, Provastatin, Rosovastatin), bazı Antiülser ilaçlar(Pantoprazol, Esomeprazol, Rabeprazol) ve bazı antihipertansiflerin (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan, Valsartan, Rilmeriniden, Moksininidin, Olmesartan) verilme ilkelerinde köklü değişiklikler mevcuttur.

Reçeteler karşılanırken konuya azami özen gösterilmesi gerekmektedir. (Bakınız, 2.Bölüm;SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI EK-2A)

II. BÖLÜM:

Bu bölüm 2006 BUT'nın kapsamlı bir özeti olup; 2005 BUT- 2006 BUT farklılıkları "Kırmızı Yazı" ile aktarılmıştır.

2. Hasta Sevk İşlemleri***2.1. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Tanımı**

Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu: Resmi kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ile sağlık merkezlerini,

5258 sayılı Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin bedeli kurumlarca karşılanmayacaktır.

Birinci basamak özel sağlık kuruluşu: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikleri,

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

İkinci basamak resmi sağlık kurumu: Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan Devlet hastaneleri (bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri dahil), özel dal hastaneleri, ilçe/belde gün hastaneleri (Bunların listesi Sağlık Bakanlığı tarafından geri ödeme kuruluşlarına bildirilir), Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,

İkinci basamak özel sağlık kurumu: Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezlerini,

Üçüncü basamak sağlık kurumu: Eğitim ve araştırma hastaneleri (bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri dahil), özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerini, ifade eder.

2.2. Sevk İşlemleri

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, öncelikle aile hekimine başvurulması, aile hekimince lüzum görülmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına aile hekimince sevk yapılması esastır.

Aile hekimliği uygulaması bulunmayan illerde, aktif çalışanlar, kurumu tarafından yeterli sayıda nüshalı hasta muayene istek formu ile var ise kurum tabibine gönderilecek, kurum tabibinin gerekli görmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumuna sevk edilebilecektir. Kurum tabibi bulunmadığı takdirde aktif çalışanlar, kurumu tarafından düzenlenen muayene istek formu ile belediye sınırları ve mücavir alan içinde bulunan birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşuna doğrudan başvurabilirler. Kurum hekimliği veya diğer birinci basamak sağlık kuruluşundan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılacak sevk işlemlerinde hastane ve hekim adı belirtilmez.

Aktif çalışanların bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri, kurum hekimliğine veya belediye sınırları ve mücavir alan içerisindeki birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan başvurabilirler.

Emekliler ve bunların bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertleri, geçerli sağlık karneleri ile birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan başvurabilirler.

12. Reçete Yazımı, Rapor Düzenlenmesi ve İlaç Kullanım İlkeleri

b) Sağlık Kurulu raporlarından, aslına sadık kalmak kaydıyla Tebliğ hükümlerine göre eksikliği bulunan raporlar (doz, ilaç yazılım kurallarına ait tıbbi bilgiler) raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen ilgili dal uzmanı tarafından kaşeli ve imzalı düzeltilmesi ve bunun Başhekimlik tarafından onaylanmak koşuluyla süresinin sonuna kadar geçerlidir.

Raporlarda yapılan düzeltmeler düzeltme tarihinden itibaren geçerlidir.

*12.1. Reçetelere Yazılabilecek İlaç Miktarı

Ayaktan yapılan tedavilerde; aşağıda 12.4 üncü maddede belirtilen durumlar dışında; reçetelere en fazla dört kalem ve yedi günlük tedavi dozunu aşmayacak şekilde ilaç yazılacaktır.

İlacın yedi günlük tedavi dozunu belirlemek üzere, reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu da belirtilecektir.

İlacın piyasada bulunan en küçük ambalajı, yedi günlük tedavi dozundan fazla ise, bu ilaç bir kutu olarak verilecektir.

Ancak, aynı eşdeğer gruptaki ilaçların piyasadaki yedi günlük ambalaj formlarından bir tanesinin bir kutu olarak verilmesi uygulamasına 1/10/2006 tarihinden itibaren geçilecektir.

(PULCET TB.,LUSTRAL TB. NEROX B, BENEXOL B12....)

Pnömoni, bronşektazi, osteomyelit teşhislerinde hekim gerekli gördüğü takdirde 10-14 günlük tedavi dozunda antibiyotik reçete eder. Diğer endikasyonlarda 5-7 günlük antibiyotik tedavisi uygulanır.

İlaç verilmesinde genel kural en fazla dört kalem ilaç, yedi günlük tedavi dozu ve her kalemden de bir kutu ilacın hekim tarafından reçeteye yazılmasıdır.

Ancak, bir kutu ilacın yedi günlük tedavi dozunu karşılamaması durumunda gerekli miktardaki ilaç hekim tarafından reçeteye

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

yazılabilecektir.

a) İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar listesinde (EK-2) yer almamakla birlikte, uzun süreli kullanımı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen ilaçlarda (hasta katılım payı alınmak kaydıyla), tüm hekimlerce,

b) Menopoz (Kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve aile hekimi uzmanları tarafından ve sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce) ve disfonksiyonel uterin kanamalarda (kadın hastalıkları ve doğum ve aile hekimliği uzmanı tarafından ve sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce) rapor aranmaksızın,

en fazla üç aylık tedavi dozu yazılabilir.

c) 1. Yanık tedavilerinde, anemilerde, reflüde ve GIS ülserlerinde,

2. Yalnız dermatoloji uzmanlarınca reçete edilebilen oral retinoidlerde (izotretionin, asitretin),

3. Yatış sonrasında taburcu edilen hastaların idame tedavisi için düzenlenen reçetelere,

hekim tarafından tedavi süresi belirtilmek kaydıyla,

en fazla bir aylık dozda ilaç yazılabilir.

*12.2. Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Bu Tebliğ'e ekli Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde (EK-2) yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçlar sağlık kurulu raporuna istinaden en fazla 3 aylık miktarda yazılabilecektir.

Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde (EK-2) bulunan hastalıklarda rapora istinaden bir reçetede 4 kalem sınırlaması bulunmamaktadır.

a) İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler (Tebliğin 12.7 bölümü ve EK-2/C hükümleri) saklı kalmak kaydıyla, Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde (EK-2) yer alan ilaçlar, ilacın reçete edilme koşulunda belirtilmiş olan uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete tekrarında diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

b) Ayaktan yapılan I.V.P. ve HSG tetkiklerinde kullanılacak non-iyonik radyo-opak maddelerden 50 ml.lik bir kutu

kullanılması halinde yalnızca tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzmanı tarafından reçete düzenlenecek, reçeteye radyo-opak madde ve yapılacak tetkikin ne olduğu açıkça yazılacaktır. 50 ml.yi aşan dozda non-iyonik radyo-opak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılma gerekçesi reçeteye yazılacaktır.

c) Ayaktan yapılacak radyolojik tetkikler için kullanılacak tüm iyonik ve non-iyonik radyo-opak maddelerden katkı payı alınmayacaktır. Reçeteye ön tanı ve istenilen tetkik, ilgili hekim tarafından yazılıp imzalanacaktır.

Tedavi için yurtdışından getirilecek ilaçlar, reçeteye sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekim veya ilgili uzman hekim tarafından 3 aylık doza kadar yazılabilecektir. Onkoloji ilaçları en fazla 3 aydaki kür sayısı kadar dozda getirilebilecektir.

*12.7. Bazı Özel Hastalıklara ve İlaç kullanımına İlişkin Düzenlemeler

12.7.1. Altın Preparatları, Biyolojik Ajanlar, Leflunomid ve Subkütan Metotreksat Kullanım İlkeleri

a) Altın preparatları kullanımından önce diğer antiromatizmal ilaçlar ile tedavi yapılacaktır. Bu tedaviye cevap alınmaması durumunda ve tedavinin devamı gerektiğinde; yapılan tedaviden alınan sonuçlar, tedavinin ne kadar süredir devam ettiği, ilacın adı, dozu ve kullanım süresi ile ayrıntılı tedavi şemasını belirten sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

b) Romatolojide biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçların (infliksımab, etanarsept, adalimumab gibi) kullanım ilkeleri; en az 2 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az 3'er ay olmak üzere kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru DAS 28 > 5.1) veya yan etki nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı resmi sağlık kurulu raporunda belirtilen romatoid artritli hastalarda, biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 2 nonsteroid antiinflamatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan veya yan etkileri nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda, sulfasalazin veya metotreksat

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

kullanılmasına rağmen cevap alınamayan veya yan etkileri nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda, sulfasalazin veya metotreksat kullanılmasına rağmen cevap alınamayan veya yan etkileri nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi BASDAİ > 4, Visual Analog Skoru VAS 0-10cm), Hastalık modifiye edici ajanlardan en az ikisi (tek tek veya kombinasyon şeklinde) standart dozda en az altı ay kullanılmışsa ve yanıt alınmamışsa (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) veya toksisiteden dolayı altı aydan daha kısa sürede yukarıdaki ilaçlar kesilmek zorunda kalmışsa psöriatik artrit tedavisinde, Anti TNF ilaçlar kullanılabilir.

c) Bu maddenin (a) ve (b) bentlerinde belirtilen ilaçlar; fizik tedavi ve rehabilitasyon, romatoloji veya immünoloji **(erişkin veya pediatrik)** uzman hekimlerinin en az birinin bulunduğu üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ve immünoloji ve/veya romatoloji ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilebilecektir. İntravenöz formları, mutlaka ilacın başlandığı üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde veya immünoloji ve/veya romatoloji ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık tesisinde uygulanacaktır. Subkütan formlarının ilk dozları ilacın başlandığı üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde veya immünoloji ve/veya romatoloji uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık tesisinde hekim gözetiminde yapılacak, uygun enjeksiyon tekniği konusunda hastaya veya hasta yakınına eğitim verildikten sonra ilgili uzman hekim uygun gördüğü ve sağlık kurulu raporunda “Mahallinde tedavisi sürdürülebilir” ibaresine yer verdiği taktirde hastane dışında uygulanmak üzere iki aylık dozlar halinde reçete edilebilecektir. Hastalar iki ayda bir üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde veya immünoloji ve/veya romatoloji uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık tesisinde muayene edilecek, ilk ilaç etkinliği iki ay sonunda değerlendirilecek,

yeterli cevap alınamamışsa (Romatoid artrit için, DAS 28’de 0.6 puandan, ankilozan spondilit için, BASDAİ’de 2 birimden daha az düzelme olması, psöriatik artrit için, psöriatik artrit yanıt kriterlerine “PSARC” göre yanıt alınmaması durumunda) ilaca devam edilmeyecektir.

Bu ürünler raporda belirtilmek koşuluyla, yukarıda belirtilen şartlarda kombine olarak da kullanılabilir.

d) Psoriyazis vulgariste üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastanelerinde cilt hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli olduğunu, kullanılacak ilacın miktar ve süresini belirten sağlık kurulu raporuna dayanılarak cilt hastalıkları uzman hekimlerince yazılabilecektir.

e) Crohn hastalığında; diğer tedavilere cevap vermeyen fistülize vakalarda hastalığın teşhisi, kullanılan ilacın ismi, günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten iç hastalıkları **gastroenteroloji (çıkıtı)** veya genel cerrahi, uzmanlarının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanacaktır.

Bu grup ilaçlar sağlık kurulu raporuna dayanılarak iç hastalıkları, **gastroenteroloji,(çıkıtı)** genel cerrahi uzmanlarınca reçete edilir.

f) Leflunomid Kullanım İlkeleri; diğer hastalık modifiye edici ilaçlarla kontrol altına alınamadığı veya bu ilaçlara kontrendikasyonu olduğu belgelenmiş romatoid artritli hastalarda iç hastalıkları, romatoloji, immünoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile verilebilir. Tedavinin devamında reçete bu uzman hekimler tarafından düzenlenir.

Raporda tedavinin ne kadar süre devam edeceği, ilacın adı, dozu ve kullanım süresi belirtilecektir.

g) Subkütan Metotreksat Kullanım İlkeleri; romatoid artrit tanısında fizik tedavi ve rehabilitasyon, romatoloji veya immünoloji (erişkin veya pediatrik) uzman hekimlerinin en az birinin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, tüm hekimlerce reçete edilebilecektir.

*12.7.2. Antidepresanlar ve Antipsikotiklerin Kullanım İlkeleri

a) Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir.

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

Yeni nesil (SSRI, SNRI, **SSRE**, RIMA, NASSA gibi gruplara giren) antidepresanlar, psikiyatri (erişkin ve çocuk), nöroloji (erişkin ve çocuk), **geriatri yan dal, (çıktı) üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye** veya aile hekimliği uzman hekimleri tarafından veya **bu hekimlerden birinin çıkardığı ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından** yazılacaktır. Yatan hastalarda, yatışı yapan ilgili uzman hekim tarafından da tek kutu olarak reçete edilebilecektir.

b) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol) oral formları psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerince, parantral formları ise yalnızca psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerince yazılır.

Yeni nesil (Atipik) antipsikotikler, en az bir psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, diğer hekimler tarafından da yazılabilir.

Yeni nesil (Atipik) antipsikotikler dışındaki antipsikotik ilaçlar diğer hekimlerce de yukarıdaki kısıtlamalar olmaksızın yazılabilir.

Acil hallerde, acil servislerde yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları (**uzun salınımlı/depo etkili formları hariç**) tek doz olarak diğer hekimlerce klinik şartlarda kullanılabilir.

Demansa, atipik antipsikotik ilaçlar, psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekim tarafından veya bu hekimlerden birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer hekimlerce yazılacaktır.

c) Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek raporda, hastanın tedavisinde kullanılacak ilaç veya ilaçların; etken madde ismi, günlük kullanım dozu, ilacın kullanılacağı süre belirtilecektir. Bu süre bir yılı aşamayacaktır.

***12.7.4. Rasburicase Kullanım İlkeleri**
Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli, urikoliz ve hidrasyon tedavisine rağmen böbrek fonksiyonları bozulmuş (kreatin > 2 mg/dl, kreatin klerensi < 50 ml/dakika) ve urikoliz kontrendike olduğu

günlük tedavi) göre yatan hastalarda kullanılır. Pediyatrik veya erişkin hematoloji, onkoloji veya nefroloji uzman hekimleri tarafından çıkartılmış ilaç raporu doğrultusunda bu uzmanlardan birinin yazdığı reçeteye göre, raporda laboratuvar sonuçlarının yer alması kaydıyla geri ödenir.

*12.7.9. Eritropoietin Alfa-Beta, Darbepoetin ve **Sevelamer** Kullanım İlkeleri

a) Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin içeren ilaçların kronik böbrek yetmezliği tedavisi gören hastalara kullanımı ve reçeteye yazımı aşağıda belirtilen esaslara göre yapılacaktır.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/ veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/ veya ferritin <100 µg/ L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ? %20 ve/ veya ferritin ? 100 µg /L olduğunda hemoglobin değeri 10 (on) gr/dl altında ise eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin tedavisine başlanabilir. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasındadır. Hemoglobin değeri 11 (onbir) gr/dl'ye ulaşmaya kadar başlangıç dozunda eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin ile tedaviye devam edilecek ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilecektir. Hb seviyesi 12 (oniki) gr/dl'yi aşınca tedavi kesilecektir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınacak ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilecektir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/ L olacaktır. Bu değerlere **3 ayda** bir bakılacak ve tetkik sonuç belgesi reçeteye eklenecektir.

Diyaliz Merkezleri Yönetmeliğine göre 3 ayda bir yapılan ferritin tetkiki esas alınarak düzenlenen reçeteler, anılan yönetmeliğin yürürlük tarihi itibarı ile geriye dönük olarak uygulanır.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, nefroloji uzmanı veya diyaliz sertifikalı uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile nefroloji uzmanı, diyaliz sertifikalı uzman veya diyaliz sertifikalı

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

hekimlerce yazılabilir.

Eritropoietin alfa-beta ile tedaviye başlangıç dozu 50- 150 IU/ kg/ hafta ve idame dozu 25- 75 IU/ kg/ haftadır. Darbepoetin ile tedaviye başlama dozu 0.25-0.75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0.13-0.35 mcg/kg/haftadır.

b) Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin içeren ilaçların kronik böbrek yetmezliğinin dışında kullanımı; eritropoietin türevlerini ve darbepoetin içeren ilaçların kronik böbrek yetmezliği dışında kullanımında Sağlık Bakanlığınca belirlenen endikasyonlara ve kurallara uyulacaktır. Yeni doğanda eritropoietin kullanımı: doğum ağırlığı 1500 gr'ın altında veya 32 gebelik haftasından önce doğan bebeklere 200 IU/kg/hafta 3 kez 6 hafta süre ile uygulanabilir.

Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilebilecektir. Sağlık kurulu raporlarında ilacın adı, kullanım dozu ve süresi belirtilecektir. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler.

c) Sevelamer ile tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların 3 ay süreyle kullanılmış olması gerekmektedir. Bu süre sonunda:

1) kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya kemik biyopsisi sonucuna göre dinamik kemik hastalığı olduğu belgelenen,

2) hastanın Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan,

3) Kt/V 1.4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pmol/dl ve üzerinde ve D3 kullanma endikasyonu olan,

hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı dahiliye/pediatri uzman hekimlerinin düzenlediği sağlık kurulu raporu ile nefroloji veya diyaliz sertifikalı dahiliye/pediatri uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Fosfor düzeyi 3.5mg/dl'nin altında olduğu durumlarda sevelamer tedavisi kesilir.

*12.7.14. Kanser İlaçları Verilme İlkeleri

a) Ayaktan tedavide kemoterapi yapılacak kanserli hastalara kür tedavisi uygulanıyor ise kür protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak bir kürlük, kür tedavisi uygulanmayanlarda ise en fazla 3 aylık dozda ilaç verilebilir.

Ancak; hormonlar ve hormon antagonistleri ile maligniteye bağlı metastatik olgularda kullanılan yardımcı ilaçlar, sağlık kurulu raporu ile 3 aylık dozlarda verilebilir.

b) Kanser ilaçları diğer ilaçlarda olduğu gibi Sağlık Bakanlığının izin verdiği endikasyonlarda kullanılacaktır. Ruhsatlı endikasyonda kemoterapi seçeneğini kullanmış olan ve kemoterapi dışında seçeneği olmayan kanserli hastalar için; cevap alınabilecek veya sağ kalım avantajı sağlayabilecek kanser ilaçlarının bedeli, yeterli literatür desteği ile birlikte Sağlık Bakanlığınca onaylandığı takdirde ödenir. Bu durumda sağlık kurulu raporunda ilk tedavi veya tekrarlayan hastalıkta kullanım muhakkak belirtilecektir.

Ancak, klasik kemoteröpiik ilaçlar (Adriamisin, dakarbazin, epirubisin, etoposid, fluorourasil, ifosfamid, karboplatin, metotreksat, siklofosfamid, sisplatin, tamoksifen, vinblastin, vinkristin, mitoksantron, klorambusil, melfalan, busulfan, merkaptourin, bleomisin, mitomisin C, hidroksiüre ve mitotan) (a) bendindeki nitelikleri taşıyan sağlık kurulu raporu ile, tıbbi sorumluluğu, tedaviyi planlayan uzman hekime ait olmak üzere, uygun görüldüğü durumlarda kullanılabilir.

c) Aşağıda belirtilen ilaçların onkolojik tedavide kullanımında hastalığın teşhisi, teşhise esas teşkil eden patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, (patoloji veya sitolojik inceleme yapılmamış ise teşhise esas teşkil eden bilgiler içeren bir epikriz) evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kemoterapiler, planlanan kemoterapi ve planı yapan ilgili uzman hekimin adı, unvanı ve imzasının bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

İnterferon alfa 2a-2b, eritropoietin alfa-beta, darbepoetin, trastuzumab, rituximab, (rituximab; nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma tanılı hastaların tedavisinde, evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

CVP “siklofosomid, vinkristin, prednisolon” tedavisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanımı endikedir. Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 dozda kullanımı geri ödenir. Bu iki durumda rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen olgularda ilave olarak 4 doz daha kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 doza kadar geri ödenir. İbritumomab tiuxetan terapötik rejiminin bir parçası olarak kullanıldığında maksimum iki doza kadar geri ödenir., interleukin-2, bevacisumab, cetuximab, ibritumomab, imatinib (**Imatinib; onkoloji veya hematoloji uzmanının bulunduğu en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu uzmanlar tarafından reçete edilir.**), gefinitib, erlotinib, octreotid (**Octreotid; akromegali tedavisinde endokrinoloji uzmanlarınca reçete edilir.**), bortezomib, talidomit, **imiquimod, temozolomide** etken maddelerini içeren ilaçlar tıbbi onkoloji ile pediatrik onkoloji, hematoloji veya pediatrik hematoloji uzmanlarınca, ayrıca bu uzmanların bulunduğu hastanelerde diğer hekimlerce tavsiye edildiğinde yukarıda sayılan uzmanların uygun görüşüyle (raporda onay kaşe ve imzası ile), sayılan uzmanların bulunmadığı hastanelerde ise hastalıkla ilgili branşlarda diğer uzmanlarca düzenlenmiş sağlık kurulu raporlarına istinaden tüm hekimlerce yazılabilir. **Bu ilaçların onkoloji dışı kullanımları ilgili alanlarındaki uzman hekimler tarafından yapılabilir.**

*12.7.15. Klopidoğrel Kullanım İlkeleri
a) Koroner artere stent uygulanacak hastalarda kardiyoloji, iç hastalıkları veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere 24 saat öncesinden başlanabilir. İlaç salınımsız stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir. Diğer (ilaç salınlı) stentlerde ise stent uygulama tarihinden itibaren 6 ayı geçmeyecek şekilde bu hekimlerden birinin bir defaya mahsus olmak üzere hazırladığı sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete

hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitifliği saptanmış ve belgelenmiş olan ST yükselmez miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında kardiyoloji, iç hastalıkları, kalp damar cerrahisi veya **acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere kullanılabilir.** Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden birinin hazırladığı sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

c) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, koroner arter hastalığı, tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan ve belgelenen hastalarda; gastrointestinal entolerans veya diğer tıbbi nedenlerden dolayı asetilsalisilik asit ve diğer antiagregan ilaçların kullanılmadığı durumlarda gerekçenin belirtilmesi halinde kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya **acil tıp uzman hekimlerinden** birinin hazırladığı ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da yazılabilir. Burada bahsedilen durumlarda rapor süresi dolduğunda durumun devam ettiği belgelendiği taktirde hastaya tekrardan rapor çıkarılabilir.

d) **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 radyolog tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile ilaç salınımsız stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir. Diğer (ilaç salınlı) stent takılan hastalarda girişimsel uygulama tarihinden itibaren 6 ayı geçmeyecek şekilde bu hekimlerden birinin hazırladığı sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.**

*12.7.17. Osteoporoz İlaçları Kullanım İlkeleri

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

Aşağıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçların (calcitonin, raloksifen, stronsiyum ranelat) kullanımında raporda tedavi süresi belirtilecek, omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği reçeteye eklenecektir.

Bu grup ilaçlar;

1. Osteoporotik patolojik kırık bulunan ve lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde total L2-4 (veya total L1-4) veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde total femur veya femur boynundan elde edilen "T" değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olduğu hastalarda,

2. Lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan KMY ölçümünde total L2-4 (veya total L1-4) veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde total femur veya femur boynundan elde edilen "T" değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olduğu hastalarda,

Sağlık Kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır. Rapor süresi bitiminde KMY ölçümü tekrarlanacaktır.

"3.-Osteoporozla ve kırık oluşumu ile ilgili diğer risk faktörleri bulunan lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan KMY ölçümünde total L2-4 (veya L1-4) veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde total femur veya femur boynundan elde edilen "T" değerlerinden herhangi birinin -1,5 ile -2,5 arasında olduğu hastalarda, kullanılacaktır. (ÇIKTI)"

***12.7.24. Solunum Sistemi Hastalıkları İlaçları Kullanım İlkeleri**

Bu grup ilaçların ayaktan tedavide kullanımı aşağıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

1. Astım tedavisinde;

Formeterol, salmeterol ve kombinasyonları, reçeteye göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından yazılacaktır.

Bu uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

Montelukast, zafirlukast, reçeteye iç

hastalıkları, çocuk hastalıkları göğüs hastalıkları ve alerji uzman hekimleri tarafından yazılacaktır.

Bu uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

2. KOAH tedavisinde;

Formeterol, salmeterol ve tiotropium, reçeteye göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimleri tarafından yazılacaktır. Bu uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

Formeterol ve salmeterol'ün inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, reçeteye iç hastalıkları, çocuk hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından yazılacaktır. Bu uzman hekimin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

3. Mevsimsel alerjik rinit tedavisinde: Montelukast kulak burun boğaz uzman hekimleri tarafından yazılabilecektir.

***20.7.1. İlaç ve Sarf Malzemesi Kullanımı, Katkı Payı Muafiyeti ve İstirahat Raporları**

Hastalara kullanılacak sarf malzemelerinin reçete yolu ile temini ve istirahat (tek hekim tarafından verilen istirahat raporları hariç) için gerekli olan sağlık kurulu raporları; var ise ilgili daldan üç uzman hekimin katılımı ile, aynı daldan üç uzman hekim bulunmaması halinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere başhekimin seçeceği diğer dallardan iki uzman hekimin katılımı ile, üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

İlaç kullanımı ve hasta katılım payı muafiyeti için düzenlenen raporlar, ilgili tek uzman hekim tarafından başhekimlik mühürü onayı ile çıkarılır.

***SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI EK-2A**

Tedavi için gerekli görülen antibiyotikler,

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

aşağıda belirtilen esaslara göre reçete edilecektir.

Aşağıdaki Listedeki kısaltma ve ibareler için liste sonunda "AÇIKLAMALAR" bulunmaktadır. 20.12.2005 tarihinde yürürlüğe giren 18 Nolu Tedavi Yardımı Tebliği'nin EK-2/A Listesinin Açıklamalar başlıklı bölümünün 9.Maddesinde yer alan "Üst solunum yolu enfeksiyonlarında reçeteye antibiyotik yazılabilmesi için, teşhisin bakteriyel farenjit, tonsillit, tonsillo-farenjit, sinüzit ya da otitis media olduğunun reçetede belirtilmesi gerekir. Tonsillit ve faranjitte penisilin, penisilin türevleri(Kombine preparatları hariç), eritromisin ve 1 inci kuşak sefalosporin haricinde antibiyotik yazılması için kültür-antibiyoqram sonucu istenir." Hükümü 15.05.2006 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere kaldırılmıştır.

1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER**A) PENİSİLİNLER**

1	Amoksisilin	KY
2	Amoksisilin-Klavulanat (Parenteral)	UD
2.1	Amoksisilin-Klavulanat (Oral)	KY
3	Ampisilin	KY
4	Ampisilin Sulbaktam (Parenteral)	UD
4.1	Ampisilin Sulbaktam Oral	KY
5	Azidosilin	KY
6	Bakampisilin	KY
7	Mezlosilin	UD-A 72
8	Penisilin (Prokain, Benzatin, Kristalize, Pen V, Fenoksimetil)	KY UD-A 72
9	Piperasilin	EHU
10	Piperasilin-Tazobaktam	<u>EHU</u>
<u>12</u>	<u>Tikarsilin Klavulanat</u>	<u>(önceki şekli UD A-72)</u>

B) SEFALOSPORİNLER**1. Kuşak Sefalosporinler**

13	Karbenisilin	UD-A 72
14	Sefadroksil	KY
15	Sefaleksil	KY
16	Sefazolin	KY
17	Sefradin	KY
18	Sefalotin	KY

2. Kuşak Sefalosporinler

19	Sefaklor	KY
20	Sefoksitin	UD
21	Sefprozil	KY
22	Sefuroksim (Parenteral)	UD
22.1	Sefuroksim Aksetil	KY
23	Lorakarbef	KY

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

3. Kuşak Sefalosporinler		
24	Sefiksim	KY
25	Sefodizim	UD
26	Sefoperazon	UD-A 72
27	Sefoperazon-Sulbaktam	EHU
28	Sefotaksim	UD – A 72
29	Seftazidim	UD-A 72
30	Seftizoksim	UD-A 72
31	Seftriakson	UD-A 72 APAT'TA
32		KY (bakınız 7/a)
<u>31/A</u>	<u>Sefditoren</u>	<u>KY (önceki şekli UD)</u>
4. Kuşak Sefalosporinler		
C) DİĞER BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER		
Monobaktamlar		
33	Aztreonam	UD-A 72
Karbapenemler		
34	İmipenem	EHU
35	Meropenem	EHU
2-MAKROLİD VE LİNZOLİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
A) MAKROLİDLER		
36	Azitromisin	KY
37	Diritromisin	KY
38	Eritromisin	KY
39.1	Klaritromisin Oral	KY
39.2	Klaritromisin MR	KY
39.3	Klaritromisin Parantral	UD
40	Roksitromisin	KY
41	Spiramisin	KY
42	Treoleandomisin	KY
43	Telitromisin	KY
B) LİNZOLİDLER		
44	Klindamisin	KY
45	Linkomisin	KY
46	Doksisiklin	KY
47	Tetrasiklin	KY

|||||

FARMAKTÜEL

FARMAKTÜEL

FARMAKTÜEL

FARMAKTÜEL

|||||

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

48	Tetrasiklin – Nistatin	KY
49	Oksitetrasiklin	KY
3- AMFENİKOLLER		
50	Kloramfenikol	KY
51	Tiamfenikol	KY
4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
52	Amikasin	UD
53	Gentamisin	KY
54	İsepamisin	EHU
55	Kanamisin ve Türevleri	KY
56	Neomisin ve Kombinasyonları	KY
57	Netilmisin	UD
58	Streptomisin	KY
59	Tobramisin Parenteral	UD
5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
60	Siprofloksasin Oral	KY
60.1	Siprofloksasin Parenteral	UD-A 72
61	Enoksasin	KY
62	Levofloksasin Oral	KY
62.1	Levofloksasin Parenteral	UD-A 72
63	Norfloksasin	KY
64	Ofloksasin Oral	KY
64.1	Ofloksasin Parenteral	UD-A 72
65	Pefloksasin Oral	KY
65.1	Pefloksasin Parenteral	KY
66	Moxifloksasin Oral	KY
66.1	Moxifloksasin Parenteral	UD-A 72
67	Lomefloksasin	KY
6-ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER		
A)ANTİSTAFİLOKOKAL PENİSİLİNLER		
68	Flukloksasilin	KY
69	Nafsilin	UD
B) GLİKOPEPTİD ANTİBİYOTİKLER		
70	Vankomisin	EHU
71	Teikoplanin	EHU APAT'TA
		KY (bakınız 7/b)
72	Basitrasin	KY

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

73	Polimiksin B	KY
74	Kolistin ve Türevleri	KY
C) DİĞER ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER		
75	Fusidik Asit ve Tuzları	KY
76	Mupirosin	KY
77	Linezolid	EHU
7- ANSAMİSİNLER		
77	Rifabutin	UD
78	Rifamisin	KY
79	Rifampisin	KY
8- SULFONAMİD ANTİBİYOTİKLER VE TRİMETOPRİM KOMBİNASYONLARI		
80	Sulfisoxazole	KY
81	Sulfadiazin	KY
82	Sulfametoksipridazin	KY
83	Sulfametoksazol	KY
84	Trimetoprim	KY
85	Trimetoprim Sulfametoksazol	KY
9-ANTİANAEROBİK ETKİLİ ANTİBİYOTİKLER		
86	Metronidazol Parenteral	KY
87	Metronidazol	KY
	(üre kombinasyonları dahil)	
88	Ornidazol	KY
89	Seknidazol	KY
90	Tinidazol	KY
10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER		
91	Amfoterisin B (Klasik)	UD-A 72
92	Kaspofungin	(madde 12.7.23. esaslarına uygun olarak)
93	Flukonazol Parenteral	UD-A 72
93.1	Flukonazol Oral ve Diğer Formları	KY
94	Itrakonazol	UD
95	Ketokonazol	KY
96	Lipid Kompleks Amfoterisin B	(madde 12.7.23. Esaslarına uygun olarak)

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

97	Lipozomal Amfoterisin B	(madde 12.7.23. esaslarına uygun olarak)
98	Terbinafin	KY
99	Griseofulvin	KY
100	Varicanazole	(madde 12.7.23. esaslarına uygun olarak)
101	Sertakonazole	KY
102	Nistatin (Tetrasiklinle kombine şekli dahil)	KY
103	Natamisin (Pimarisin)	KY
104	Mikonazol	KY
105	Oksikonazol	KY
106	İzokonazol	KY
11-ANTİVİRAL İLAÇLAR		
A) HIV/AIDS TEDAVİSİNDE KULLANILAN SPESİFİK İLAÇLAR		
107	Abacavir	EHU
108	Stavudin	EHU
110	Zalsitabin	EHU
113	İndinavir	EHU
114	Lamivudin 150mg (Zidovudin kombinasyonları dahil)	EHU
115	Nevirapin	EHU
116	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	EHU
117	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	EHU
B) DİĞER ANTİVİRALLER		
118	Asiklovir Oral	KY
118.1	Asiklovir Parenteral	EHU
119	Famsiklovir	UD
120	Gansiklovir	EHU
121	Valasiklovir	UD
122	Lamivudin 100 mg	UD
123	Ribavirin	UD
124	Didanozin	EHU

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

125	Efavirenz	EHU	
126	Adefovir	(12.7.13. madde esaslarına göre)	
127	Zanamivir	EHU*	
128	Oseltamivir	UD*	
129	Brivudine Oral	UD	
12-ANTİTÜBERKÜLOZ İLAÇLAR *			
130	Etambutol (İzonikotinic Asit Hidrazidi ile kombinasyonları dahil)	KY	
131	İzoniazid (B6 Vitamini, Rifampisin ve Etambutol kombinasyonları dahil)	KY	
132	P-Aminosalisilik Asit ve Tuzları	UD	
133	Pirazinamid	KY	
134	Etionamid	UD	
135	Sikloserin	UD	
136	Tiasetazon	UD	
137	Morfozinamid	KY	
138	Protionamid	UD	
139	Rifabutin	UD	
140	Rifampisin	KY	
141	Streptomisin	KY	
* Tedavi başlangıcında UD veya Verem Savaş Dispanserlerinde yazılması durumunda ve idamesinde KY			
13- DİĞERLERİ			
142	Üriner Antiseptikler	KY	ÖNCEKİ ŞEKLİ
143	Fosfomisin	KY	
144	Nimesulid, <u>Etodolak 400 mg</u>	<u>UD (topikal preparatları, KY)</u>	
145	Morfin, Petidin	U D	
146	Rosiglitazon, Pioglitazon, Glukagon, Insulin AVANDIA TB ROSENDA TAB GLIFIX TAB GLUCAGEN ACTRAPID HUMULIN, MIXTARD ORGASULİN, NOVOMIX NOVORAPİD LANTUS INSULATARD HUMALOG	Dahiliye, Çocuk Hastalıkları, <u>Kardiyoloji</u> ile Aile Hekimliği uzman hekimleri <u>veya bu hekimlerden biri tarafından çıkarılan ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimlerce yazılabilir.</u>	Dahiliye, Çocuk Hastalıkları ile Aile Hekimliği uzman hekimleri

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

147	Fenofibrat, Gemfibrozil, Atorvastatin, Lovastatin, Simvastatin, Fluvastatin, Provastatin, Rosuvastatin, Kolestramin LIPANTHYL, LIPOFEN, GEMFIBRİL, LOPİD, ATOR, KOLESTOR LIPITAKSİN, LIPITOR SAPHIRE TARDEN LOVAKOR MEVACOR LIPOVAS SİMVAKOL ZOCOR ZOVATİN LESCOL LESCOL XL KOLESTRAN	<p>a) <u>Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar, trigiliserit düzeyinin 300'ün (Diabetes Mellitus hastalarında 150) üstünde olduğu durumlarda,</u></p> <p>b) <u>Statinler için LDL düzeyinin 160'ın (Diabetes Mellitus, Akut koroner sendrom ve geçirilmiş MI'da 130) üstünde olduğu durumlarda sadece (01x01) dozda,</u></p> <p>-<u>Dahiliye, çocuk hastalıkları, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, nöroloji ile aile hekimliği uzman hekimlerinden birinin düzenlediği, ilaca başlama kriterlerinin belirtildiği ilaç kullanım raporuna dayanılarak iki yıl süreyle tüm hekimlerce,</u></p> <p>-<u>Raporsuz reçete edilmesi halinde ise, tüm hekimlerce her altı ayda bir yapılan tetkik sonuçlarının bir örneğinin her reçeteye eklenmesi kaydıyla yazılır.</u></p> <p>-<u>LDL düzeyinin; yukarıda "b" maddesinde belirtilen hastalıkları olan hastalar haricindeki kişilerde, 100'ün altına düşmesi halinde idame doza geçilir veya doz azaltılarak kesilir.</u></p>	Kolesterol düzeyi belirlenip, diyet ve spor kuralına uyan takipli hastalarda başlanır. Dahiliye, Çocuk Hastalıkları, Kardiyoloji ile Aile Hekimliği uzman hekimleri.
148	Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin XATRAL , FLOMAX, HYTRIN	<u>UD, raparla tüm hekimlerce</u>	
149	İrbesartan, Kandesartan, Losartan, T e l m i s a r t a n , Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan KARVEA, KARVEZİDE ATACAND, AYRA COZAAR, EKLİPS SARVAS, MİCARDİS PRİTOR, DİOVAN CO-DİOVAN, HYPERİUM CYNT, PHYSİOTENS	<u>Dahiliye, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, nöroloji, aile hekimliği, anestezi, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, göğüs hastalıkları, acil tıp uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ilaç kullanım raporuyla tüm hekimlerce</u>	UD
150	Apomorfin	<u>UD, raparla tüm hekimlerce</u>	
151	Finasterid	<u>UD (Saç dökülmesi için kullanılan formu hariç, bu form ödenmemektedir), raparla tüm hekimlerce</u>	
152	Pantoprozol, Eesomeprazol, Rabeprazol PANTPAS PANTHEC PANTO PROTONEX PULCET ULCOREKS NEXIUM PARIET	<u>İki ay süreyle diğer proton pompa inhibitörleri ile tedavi görmesine rağmen iyileşme sağlanmadığı ikinci ayın sonundaki endoskopi raporuyla belgelenen hastalarda; İç hastalıkları, Aile hekimliği, Genel Cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Altıncı ay sonunda hasta değerlendirilir ve gerektiğinde, aynı protokole göre tedavisi yapılır. Bu hususlar reçetede belirtilir.</u>	<u>İç hastalıkları, Aile hekimi, Genel cerrahi uzman hekimleri</u>

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

153	Suni gözyaşı	Göz hastalıkları uzman hekimi <u>veya bu hekimin bulunduğu heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
154	Suni gözyaşı	Göz hastalıkları uzman hekimi <u>veya bu hekimin bulunduğu heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
155	Oksimetolon	İç hastalıkları ve Çocuk hastalıkları uzman hekimi <u>veya bu hekimlerden birinin bulunduğu heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
156	Disülfiram	Psikiyatri uzmanı <u>veya bu hekimin bulunduğu heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
157	Kabergolin	UD <u>veya heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
158	Kenodoksikolik Asit	İç hastalıkları ve Genel cerrahi uzmanı <u>veya bu hekimlerden birinin bulunduğu heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
159	Entakapon ve kombinasyonları	Nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzmanın bulunduğu sağlık kurulu raporu ile tüm hekimlerce
160	Allantoin + heparin + excraftum cepae	UD, <u>veya heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
161	Demir-Dextran	UD ve diyaliz sertifikalı hekimler
162	Deferoksamin metansülfonat	İç hastalıkları, Çocuk hastalıkları uzman hekimi <u>veya bu hekimlerden birinin bulunduğu heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
163	Lizürid Maleat	UD <u>veya heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
164	Pimekrolimus	İç hastalıkları ve Çocuk hastalıkları uzman hekimi <u>veya bu hekimlerden birinin bulunduğu heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
165	Amifostin	Kemoterapi ve radyoterapide raporla

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

166	Üre içeren preparatlar	İç hastalıkları, Dermatoloji, Çocuk hastalıkları, Aile hekimleri, Diyaliz Sertifikalı hekimler <u>veya bu hekimlerden birinin bulunduğu heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
167	Fondaparinux	<u>Ortopedi uzmanınca</u>
168	Deferipron	Erişkin veya Çocuk Hematoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile tüm hekimlerce
169	Kollojen	<u>UD, veya heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
170	8- Metoksipsoralen	<u>UD, veya heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
171	Iloprost trometamol	Üniversite, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik raporları eklenmiş; Ortopedi, Genel Cerrahi, Kardiyoloji ve Çocuk Kardiyoloji veya Kalp Damar Cerrahi Uzman Hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile yalnızca Sağlık Bakanlığınca izin verilen endikasyonlarda kullanılabilir.
172	Modafinil	<u>UD, veya heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>
173	Pergolid mezilat	<u>Nöroloji uzmanı veya bu uzmanın bulunduğu heyet raporu ile tüm hekimlerce</u>
174	Pramipexol Hidroklorür	<u>Nöroloji uzmanı veya bu uzmanın bulunduğu heyet raporu ile tüm hekimlerce</u>
175	Bornaprin Hidroklorür	Nöroloji uzmanının yer aldığı heyet raporu ile tüm hekimlerce
176	Dornaz alfa	Yalnızca kistik fibrozisli hastalarda Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin verdiği heyet raporu ile tüm hekimlerce

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

177	Ranitidin Bizmut Sitrata	UD <u>veya heyet raporu ile tüm hekimlerce</u>	
178	Ropinirol	Nöroloji uzmanının yer aldığı heyet raporu ile tüm hekimlerce	
179	Tolterodine-L	Üroloji ve Nöroloji (erişkin ve çocuk), <u>pediatri, kadın doğum, pediatrik cerrahi, FTR, geriatri uzman hekimlerince reçete edilebilir. Sağlık kurulu raporlarında üroloji ve nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanları bulunmak zorundadır. Heyet raporuyla tüm hekimlerce yazılabilir.</u>	Üroloji ve Nöroloji uzman hekimlerince Üroloji ve Nöroloji uzman hekimlerince Üroloji ve Nöroloji uzman hekimlerince
180	Oksibutin		
182	Naferalin Asetat	UD, <u>heyet raporuyla tüm hekimlerce</u>	
183	Testosteron	Üroloji, Endokrin, <u>Çocuk Cerrahi Uzman hekimlerince veya bu hekimlerden birinin bulunduğu heyet raporuyla bütün hekimlerce</u>	
184	Ursedoksikolik Asit	İç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince <u>veya bu hekimlerden birinin bulunduğu heyet raporuyla bütün hekimlerce</u>	
185	Tagaserod maleat	UD ve diyaliz sertifikalı hekimlerce	
186	Demir III hidroksit Sükroz	Gastroenteroloji veya İç hastalıkları uzman hekimlerince <u>veya bu hekimlerden birinin bulunduğu heyet raporuyla bütün hekimlerce</u>	
187	<u>Potasyum sitrat (5 mEq ve 2,4277 gram)</u>	<u>Nefroloji ve üroloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunduğu ilaç kullanım raporu ile tüm hekimlerce</u>	

NOT: Antibiyotiklerin topik formları bu hükümler dışındadır.

2006 MALİ YILI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**AÇIKLAMALAR:**

1. KY: Kısıtlama olmayan antibiyotikler.
2. UD: Kullanımı için uzman doktorun reçete edilmesi gereken ilaçlar.
3. UD*: Kullanımı için yalnızca Enfeksiyon, İç hastalıklar, KBB, Aile Hekimliği ve Çocuk Hastalıkları Uzmanları tarafından reçete edilebilir.
4. EHU*: Böbrek yetmezliği, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immüsupresif tedavi alanlara bu hastalıklar kurul raporunda belirtilmek kaydıyla.
5. EHU: (ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANI): Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU'nun olmadığı yerlerde İç Hastalıkları Uzmanının yazabileceği, Çocuk hastalarda, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olmadığı yerlerde Çocuk Hastalıkları Uzmanının yazabileceği antibiyotikler.
Acil durumlarda, (endikasyonları dahilinde kullanılmak kaydıyla) iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanları tedaviye başlayabilir, ancak takip eden ilk iş günü, bu uzmanlar tarafından yazılan reçetenin EHU tarafından onaylanması zorunludur.
Hastane enfeksiyon komitesinin belirlediği kurallar ve/veya protokollere uygun olarak enfeksiyon hastalıkları uzmanı aranmaksızın hastayı tedavi etmekte olan uzman hekim tarafından da yazılabilecektir.

6. A-72: Reçete edilme için EHU onayı gerekmeyen, ancak, aynı ilaç 72 saatten daha uzun süre kullanılacak ise (en geç ilk 72 saat içinde) EHU'nun onayının alınması gereken antibiyotikler.

Bu antibiyotikler için, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olmayan yerlerde, İç Hastalıkları ve Çocuk Hastalıkları Uzmanı onayı yeterlidir.

7. APAT: "AYAKTAN PARENTERAL ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ"
Bu uygulama, hastanın ayaktan parenteral antibiyotik tedavisinin uygun olduğunu gösteren "APAT" ibaresinin reçetede belirtilmesi ile işleme alınır.

A-72 kapsamındaki ilaçlardan biri kullanıldıktan sonra diğerleri EHU olmaksızın peş peşe kullanılamaz.

APAT uygulamasına aşağıdaki durumlar girer:

a. Akut Bakteriyel menenjitte tek doz Seftriakson 2 gr. KY. Hasta, LP'nin yapılabileceği merkeze ortalama 4 saatten daha uzak ise 2 gram seftriakson yapılabilir.

b. Hastanın enfeksiyonunun APAT'a uygun olduğunu belgeleyen EHU' nun da içinde bulunduğu bir sağlık kurulu raporu ile KY

8. Cerrahi proflakside kullanılmayacak antibiyotikler: 9-13, 24-35, 36-42, 52-59, 60, 60.1, 66, 66.1, 70, 71 (Bu antibiyotikler cerrahi proflaksi amacıyla ancak "Açıklama 5" şartları dahilinde kullanılabilir)

NOT: Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir