

Ecz.Rida ŞİMŞEKEL

1978 Ankara doğumlu. Eczacılık öğrenimine 1995 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde başladı. 1999 yılında mezun olarak, bir sene yardımcı eczacılık yaptı. 2001 yılında Türk Eczacıları Birliği'nde çalışmaya başladı. Halen Türk Eczacıları Birliği'nde Koordinatör olarak görev yapmaktadır.

GERİ ÖDENME KOŞULLARINDA YAPILAN DÜZENLEMELER

2004 Yılından bu yana, Maliye Bakanlığı tarafından yayımlanmakta olan, Tedavi Yardımına İlişkin Bütçe Uygulama Talimatları, kapsam bakımından genişlemekte ve ilaçların geri ödenme koşulları ağırlaştırılmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumlarının aynı çatı altında birleştirilmesi çalışmaları kapsamında, Maliye Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlar ile Bağ-Kur Genel Müdürlüğü tarafından uygulanmakta olan Bütçe Uygulama Talimatının içeriği, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimatı hükümlerine uyumlu hale getirilmiştir.

2005 Mali Yılında, Maliye Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlar ile Bağ-Kur Genel Müdürlüğü tarafından, 09.02.2005 tarih 25722 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı; SSK Başkanlığı tarafından ise, 11.04.2005 tarih 25783 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2005 Yılı Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimatı uygulandı.

15.12.2005 tarih 26024 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı Tebliği ile, "Geri ödeme kurumları arasında uygulama birliğinin sağlanması ve oluşabilecek tereddütleri gidermek bakımından bedeli ödenecek olan ilaçların reçetelenmesi ve geri ödeme esaslarının yeniden düzenlenmesi gerekli görülmüş ve aşağıdaki değişiklikler yapıldığı" belirtildi. Böylelikle, Tebliğin yürürlüğe girdiği 20.12.2005 tarihi itibarıyla, geri ödeme kurumları tarafından tedavi yardımı karşılama esasları ilk defa, tek bir ortak talimata bağlanmış oldu.

Uygulama birliğinin devamına ilişkin çalışmalar sürmekte olup, 2006 Yılında da, tüm geri ödeme kurumları açısından bağlayıcı nitelikte Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği Sıra No:6 ve Sıra No:7, sırasıyla, 29.04.2006 tarih 26153 sayılı ve 31.05.2006 tarih 26184 sayılı Resmi Gazete'de yayımlandı.

İlaçların geri ödenme koşulları ile ilgili hükümleri için, yürürlük tarihinin 15.05.2006 olarak

belirlendiği Tebliğler ile, pek çok kalem ilaç için reçeteye yazım ve geri ödenme koşulları açısından yeni düzenlemeler yapılmış olmakla beraber, bunlar arasında en çok tepki çeken ve yankı uyandıran, hiperkolesterolemi tedavisinde kullanılan ilaçlar ile ilgili düzenlemeler oldu.

HİPERKOLESTEROLEMİ/HİPERLİPİDEMİ tedavisinde kullanılan ilaçların geri ödeme kurumlarınca ödenmesi için, 29.04.2006 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 6 Sıra Nolu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile, belirli kan şekeri ve kolesterol düzeylerine sahip olunması şartı getirildi. Ancak bu uygulama, uygulamanın yürürlüğe girdiği 15.05.2006 tarihinden önce rapor almış ve halihazırda söz konusu ilaçları kullanmakta olan kişilerin, düzenli ilaç kullanımına dayalı olarak kan kolesterol düzeylerinin düşmüş olması itibarıyla, bu ilaçları kullanamayacağı anlamına geldiğinden, 7 Sıra Nolu Tedavi Yardımına İlişkin Tebliğ ile, uygulama yeniden düzenlendi. Bu defa kriterler, kan kolesterol düzeyini düşürmek amacıyla kullanılan ilaçlara başlama kriterleri ve kullanmakta olan hastalar için devam kriterleri olarak iki ayrı başlık altında değerlendirildiğinden, yaşanan karmaşa büyük ölçüde çözümlendi.

Son tahlilde, kandaki kolesterol düzeyini düşürmek amacıyla kullanılan ilaçların reçeteye yazım ve geri ödenme koşulları için yapılan düzenleme Tablo 1'de gösterilmiştir.

ÜLSER TEDAVİSİNDE kullanılan bir grup etken maddeyi içeren ilaçların reçeteye yazım ve geri ödenme şartında yapılan değişiklikler, 2006 Yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile yapılan bir diğer yeni düzenlemedir. Bu düzenlemeye göre,

Duodenal ülser, gastrik ülser, orta ve ileri derecede gastroözofajeal reflü, özofajit, H.pylorinin

neden olduğu peptik ülserde nüks olasılığını azaltmak endikasyonlarında kullanılan, pantoprazol, esomeprazol ve rabeprazol etken maddesini içeren ilaçların; iki ay süreyle diğer proton pompa inhibitörleri ile tedavi görmesine rağmen iyileşme sağlanamadığı ikinci ayın sonundaki endoskopi raporuyla belgelenen hastalarda; iç hastalıkları, aile hekimliği, genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilebileceği hükmüne bağlanmıştır. Altıncı ayın sonunda ise, hasta değerlendirilmeye alınacak, ve aynı protokole göre tedavisi yapılarak bu hususların reçetede belirtilmesi gerekmektedir.

OSTEOPOROZ TEDAVİSİNDE kullanılan ilaç grupları hakkında, 15.05.2006 tarihine kadar söz konusu ilaçları kullanmakta olan hastaların bir kısmının, bu ilaçları kullanmayı sonlandırmasını gerektirecek düzenlemeler yapıldı. Yeni yapılan düzenleme ile, söz konusu kısıtlamaların, ilaçların senil ve postmenopozal osteoporoz tedavisinde kullanılması halinde geçerli olduğu Tebliğde açıkça ifade edilmekle birlikte, daha önce, kırık riski bulunan ve Kemik Mineral Yoğunluk değerleri belirli aralıklarda olan hastalar tarafından da kullanılabilmekte iken, yapılan düzenleme ile, 15.05.2006 itibarıyla bu imkan ortadan kalkmıştır. (Tablo 2)

ANTİDEPRESAN VE ANTİPSİKOTİK ilaçların kullanımı ile ilgili olarak yapılan düzenleme ile, bu grupta ilaçları doğrudan yani sağlık kurulu raporu olmaksızın reçete edebilecek ilgili uzman alanı genişletilmiştir. Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar, daha önce de olduğu gibi tüm hekimler tarafından reçete edilebilmektedir. Yeni nesil antidepresanları yazabilecek uzmanlık dalları daha önce psikiyatri, nöroloji ve aile hekimliği ile kısıtlı iken, bu uzmanlık dallarına 15.05.2006 itibarıyla üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye uzmanları da eklenmiştir. Sayılan uzmanlık dallarından biri tarafından çıkarılan ilaç kullanımı

raporu ile, tüm hekimlere bu grup ilaçları reçete edebilme olanağı sağlanmıştır. (Tablo 3)

AŞI UYGULAMALARI ile ilgili olarak 2004 yılına kadar, özel bir düzenleme mevcut değilken, 2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile, aşı uygulamaları özel bir başlık altında irdelenmeye başlamış, hangi vakalarda hangi aşı bedellerinin ödeneceği net bir şekilde ifade edilmiştir. Uygulamada 29.04.2006 tarihinde yayımlanan Tebliğ ile yapılan değişiklikler, Alerji aşılarının oral formlarının geri ödenmeyeceği ile, belli durumlarda splenektomisi olan veya splenektomi planlanan olgularda profilaksi amacıyla kullanım bedelinin ödendiği ifadelerinin eklenmesi olmuştur. (Tablo 4)

KANSER İLAÇLARI Verilme İlkelerinde uygulanan sınıflandırma, 29.04.2006 tarihli Tebliğ ile yapılan en önemli düzenlemelerden bir diğeridir. Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar ile ilgili olarak ortak bir standart bulunmayışı, ve bazı ilaç etken maddelerinin, kanser dışında da bazı endikasyonlarda kullanılması, bu ilaçların reçeteye yazım ve geri ödenme koşullarında bazı karışıklıklara neden olmaktadır. Tebliğ (Sıra No:6) ile yapılan düzenleme, kanser tedavisinde kullanılan ilaç etken maddelerini sınıflandırmak suretiyle değerlendirmektedir. Bu şekilde, ilacın etken maddesine göre geri ödeme kurumu tarafından reçete ekinde istenen belgelerin nitelikleri de farklılaşmaktadır. (Tablo 5)

KLOPIDOGREL etken maddesi ülkemizde ruhsat aldığı günden bu yana, geri ödeme koşulları ile ilgili sürekli farklı düzenlemeler yapılan, diğer antiagreganları kullanamayan hastaların tedavisi açısından çok önemli olmakla birlikte, reçeteye yazım ve geri ödenme koşulları bakımından çetrefilli bir ilaçtır. 29.04.2006 tarihli Tebliğ (Sıra No: 6) ile yapılan ve halen yürürlükte olan düzenleme ile, klopidoğrel içeren ilaçların reçete

edilebileceği hasta gruplarına bir bent daha eklenmiştir. (Tablo 6)

ÇÖLYAK HASTALIĞI son yıllarda daha bilinçli ve ciddi biçimde değerlendirilmekte olup, çölyak hastalığında tüketilmesi gereken besin maddeleri, bu hastalığa sahip kişiler ve yakınlarının da çabalarıyla, Devlet tarafından bedeli ödenen ürünler kapsamına alınmıştır. 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatında, Metabolik Hastalıklar ile Enzim Bozukluğu Hastalıkları başlığı altında değerlendirilen çölyak hastalarının kullanmaları gereken glutensiz un ve diğer gıdaların belirlenen miktarlarına ait bedeller geri ödeme kurumlarınca karşılamaktadır. 29.04.2006 tarihli Tebliğ (Sıra No:7) ile yapılan düzenleme ile de, bu ürünlerin bedellerine ait geri ödeme koşulları detaylandırılmış ve geri ödenen ürün kapsamı genişletilmiştir. Aynı madde içerisinde, daha önce ismen yer almayan fenilketonüri hastalarına ilişkin açıklama da yer almaktadır. (Tablo 7)

Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile yapılan düzenlemeler ile, geri ödeme kurumları arasında uygulama birliği sağlanması hedeflenmekle birlikte, söz konusu düzenlemelerin yürürlüğe girdiği 15.05.2006 tarihi itibarıyla, başta hiperlipidemi tedavisi görmekte olan hastalar olmak üzere, çeşitli hasta grupları, kullandıkları ilaçları temin ile ilgili olarak, geri ödeme sistemlerinden kaynaklı zorluklar yaşamışlardır. Geri ödenme koşullarının ifadelerinin sade ve net olmayışı, hastalardan, alışık olmadıkları bazı tahvil ve belgelerin istenmesi, eczacılar ve hastaları karşı karşıya getirmiştir.

Düzenlemeler, bilimsel esaslara dayandırılmakla birlikte, ilaçların reçeteye yazım ve geri ödenme koşullarının giderek daha zor ve karışık hale getirilmesi, Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğini bir ders kitabı haline getirmekte, meslektaşlarımızı ise öğrencilik günlerine geri götürmektedir.

TABLO I

HİPERLİPİDEMİ TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLARIN KULLANIM İLKELERİ

Fenofibrat, Gemfibrozil, Atorvastatin, Lovastatin, Simvastatin, Fluvastatin, Pravastatin, Rosuvastatin, Kolestamin	"Daha önce ilaç kullanmayan hastalarda ilaca başlanma kriterleri: a) Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar, trigiliserit düzeyinin 300'ün (Diabetes mellitus hastalarında 150) üstünde olduğu durumlarda, b) Statinler için LDL düzeyinin 160'ın (Diabetes mellitus, akut koroner sendrom ve geçirilmiş MI'da 130) üstünde olduğu durumlarda sadece (oıxoi) dozda, - 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, - Raporsuz reçete edilmesi halinde ise, tüm hekimlerce her altı ayda bir yapılan tetkik sonuçlarının bir örneğinin her reçeteye eklenmesi kaydıyla yazılır. İlaç tedavisi altındaki hastalarda ilaç kesilme kriterleri (istenmeyen etkiler hariç): LDL düzeyinin; yukarıda "b" bendinde belirtilen hastalıkları olan hastalar haricindeki kişilerde, 100'ün altına düşmesi halinde kesilir. - Yukarıda "b" bendinde belirtilen hastalıkları olan hastalarda 100'ün altına düştükten sonra idame doza geçilmesini takiben devam edilir veya kesilir."
---	---

TABLO 2

OSTEOPOROZ TEDAVİSİNDE İLAÇ KULLANIM İLKELERİ (MADDE 12.7.17)

Senil ve postmenopozal osteoporoz tedavisinde; 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,

"Sudek atrofisinde standart tedavilere (analjezik, fizyoterapi) rağmen yeterli cevap alınamadığının (6 ay) ve lokal kırığın raporda belirtilmesi halinde" sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır. Rapor süresi bitiminde KMY ölçümü tekrarlanacaktır.

Bu esaslar yatan hasta reçetelerinde de uygulanır.

TABLO 3

ANTİDEPRESANLAR VE ANTİPSİKOTİKLERİN KULLANIM İLKELERİ (MADDE 12.7.2)

a) Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir.

Yeni nesil (SSRI, SNRI, SSRE, RIMA, NASSA gibi gruplara giren) antidepresanlar, psikiyatri (erişkin ve çocuk), nöroloji (erişkin ve çocuk), **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, paranteral 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 hekimi 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.

TABLO 4

AŞI UYGULAMALARI (MADDE 12.7.3)

Hayati önemi haiz olan zehirlenmelerde kullanılan antidotlar (panzehirler) hekim tarafından hastanın reçetesine yazıldığında, sağlık kurulu raporu aranmaksızın, bedellerinin tamamı hastanın kurumunca ödenecektir.

Böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immüsupresif tedavi alan, bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık kurulu raporu bulunması halinde reçete edilen aşıların (Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamına dahil olan; kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz, hepatit B, polio ve BCG aşıları hariç (MMR ve H1B, Sağlık Bakanlığı tarafından kapsama dahil edildiğinde hariç tutulacak) bedeli kurumunca ödenir.

Bronşiyal astma, alerjik rinit, alerjik konjonktivit ve benzeri atopik (akar) duyarlılığı olan hastaların tedavisinde kullanılması immünoloji, çocuk hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen hastalara bu uzmanlar ve bunların bulunmadığı yerlerde dahiliye uzmanı veya aile hekimince reçete edilen enjektabl yolla alınan alerji aşısı bedeli, hasta katılım payı alınması kaydıyla ödenir. **Alerji aşılarının oral formları ödenmez.** Medikal tedavi ve izlemin 3 ay yapılması sonrası laboratuvar testlerine göre aşı uygulaması tam teşekküllü resmi sağlık tesisinde ve öncelikle hastayı alerji yönünden izleyen uzman hekimin kontrol ve sorumluluğunda, bu hekimin bulunmaması durumunda yukarıda belirtilen branş uzmanlarından biri tarafından yapılacaktır. Tedavi arı venom alerjisi hariç 5 yılı geçemez. Arı venomları sağlık kurulu raporu ile yukarıda belirtilen şartlardaki hekimler tarafından reçete edilebilir.

Grip aşıları için; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık kurulu raporu aranmaksızın, astım dahil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immüsupresif olan erişkin ve çocuklar ile 6 ay—18 yaş arasında olan ve uzun süreli aspirin tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten heyet raporuna istinaden, uzman hekimlerce reçete edildiğinde aşıların bedelleri kurumlarınca yılda bir defaya mahsus olmak üzere ödenir.

Pnömonokok aşısı 2 yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde astım dahil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi, **splenektomisi olan veya splenektomi planlanan olgularda profilaksi** amacıyla veya immüsupresif olan erişkin ve çocuklar ile 6 ay—18 yaş arasında olan ve uzun süreli aspirin tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten heyet raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde aşıların bedelleri kurumlarınca 5 yılda bir ödenir.

Yukarıda belirtilenlerin dışında kalan aşı bedelleri ödenmeyecektir. Sağlık Bakanlığı, UNICEF ile yapacağı protokol kapsamında aşı ve serum temin edebilir, bu aşı ve serumları ücretsiz olarak halka uygular.

Bu maddede bahsi geçen splenektomiler medikal, cerrahi ve otosplenektomileri kapsamaktadır.

TABLO 5

KANSER İLAÇLARI VERİLME İLKELERİ (MADDE 12.7.14)

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, sağlıkkurulu 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 hastalıktaki kullanım muhakkak belirtilecektir.

Ancak, klasik kemoteröpi 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.

TABLO 5 (Devam)

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 yapılamamış 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.

Interferon 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 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. Ibritumomab 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,

İmiquimod,

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.

TABLO 5 (Devam)

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 yapılamamış 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.

Interferon 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 CVP "siklofosfomid, 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. Ibritumomab 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,

İmiquimod,

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.

TABLO 6

KLOPIDOGREL KULLANIM İLKELERİ

- 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 edilebilir.
- b) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitifliği saptanmış ve belgelenmiş olan ST yükselmesi 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, tıkalı 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 kullanılamadığı 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 takdirde 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.

TABLO 7

METABOLİK HASTALIKLAR İLE ENZİM BOZUKLUĞU HASTALIKLARINDA KULLANILAN İLAÇ VE ÜRÜNLERİN VERİLME İLKELERİ (MADDE 12.7.16)

- a) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle listeye dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı, enzim bozukluğu olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, sağlık kurulu raporu alınması (**öncelikle pediatrik veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi tarafından, onların yokluğunda çocuk hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından çıkarılmış rapor**) koşuluyla tüm hekimler tarafından yazılabilir. Fenil ketonüri hastalarında da glutensiz un ayda maksimum 5 kg'a kadar ödenecektir.
- b) Çölyak hastalığında; özel formüllü un ve özel formüllü un içeren ürünler çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, 15 yaşın altında olan hastalarda bir aylık 2 kg'ı mamul (makarna), 250 gramı (çikolata, gofret vb) olmak üzere toplamda en fazla 5kg 250 gram olacak şekilde verilecektir. 15 yaş ve üzerinde olan hastalara bir aylık 2 kg mamul olmak üzere toplamda en fazla 5 kg olacak şekilde verilecektir. Sağlık kurulu raporunda bir aylık en fazla kullanım miktarı ve kullanım süresinin un ve ürün olarak ayrı ayrı belirtilmesi zorunludur. Bu ürünler en fazla üçer aylık dozlar halinde, sağlık kurulu raporunda belirtilen kullanım süresi ve miktarlara uygun olarak tüm hekimlerce reçeteye yazılabilecek ve unun 1kg'ı için ödenecek azami tutar 5 YTL'yi geçmeyecektir. Bu ürünlerin bedeli katkı payı alınmaksızın kurumlarca karşılanacaktır.

* Tablolarda yer alan bilgiler, 29.04.2006 tarih 26153 sayılı Resmi Gazete ile 31.05.2006 tarih 26184 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan ve 15.05.2006 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayan 6 ve 7 Sıra Nolu Tedavi Yardımına İlişkin Tebliğlerde yer alan düzenlemeler esas alınarak hazırlanmıştır.