

21 NİSAN 2022 TARİHLİ SUT	01 HAZİRAN 2022 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİ
	MADDE 1
1.7.1 - Yurt dışı sigortalı müracaatları (1) Kurum bilgi işlem sisteminde müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar; yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, Kurumca düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” ne istinaden sağlanacaktır. Ancak Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Fransa ve Hollanda ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamındaki kişiler için MEDULA sistemi üzerinden provizyon alınacaktır.	1.7.1 - Yurt dışı sigortalı müracaatları (1) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, MEDULA sistemi üzerinden provizyon alınarak gerçekleştirilecektir.
	MADDE 5
3.3.3.Ç – Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemelerde Elektronik Reçete Uygulaması (3) Kurum tarafından gerekli düzenlenmeler tamamlanıncaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler; a) Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler (YUPASS kapsamındakiler hariç) için düzenlenen reçeteler;	KALDIRILDI
	MADDE 6
3.3. - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları 3.3.37-Hasta Alt Bezi/Külotlu Hasta Alt Bezi (1) Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarınca düzenlenecek (en fazla 2 yıl süreli) uzman hekim raporunda; a) Mesane veya rektum kontrolü olmadığının veya, b) Kolostomi/ileostomili hastalarda idrar inkontinansı olduğunun veya, c) Ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun, ve idrar/gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere sağlık raporunda öngörülen günlük kullanım adedi doğrultusunda 18 yaş üstü hastalar için A10049 SUT kodlu “Hasta Alt Bezi/Külotlu Hasta Alt Bezi”, 3-18 yaş hastalar için A10118 SUT kodlu “Çocuk Hasta Alt Bezi/Çocuk Külotlu Hasta Alt	YENİ EKLENDİ

	Bezi" tıbbi malzeme fiyatı dikkate alınarak 1 (bir) aylık tutar ödenir. (2) 3-18 yaş hastaların boy, kilo ve/veya bel çevresi ölçülerinin çocuk hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezine uyum sağlamadığının sağlık raporunda belirtilmesi kaydıyla 18 yaş üstü hastalar için ödenen tutar üzerinden ödeme yapılır. (3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı nedeniyle erişkin/çocuk hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi ödemesi alan hastalarda; SUT hükümleri doğrultusunda düzenlenen sağlık raporu ve reçeteye istinaden hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda bedeli Kurumca karşılanır. (4) Sadece idrar inkontinansı nedeniyle erişkin/çocuk hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi ödemesi alan hastalarda; hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda bedeli Kurumca karşılanmaz. (5) Bu madde kapsamında yapılacak ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.
4.2.10.C - Mukopolisakkaridoz Tip I, II ve VI (glikozaminoglikan) hastalığı tedavi esasları 4.2.10.C-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri (1) Hastalarda; multiple sülfataz eksikliği olmamalıdır. (2) 24 aylığın altındaki ve 72 ay üzeri çocuk hastalar ile erişkin hastalarda teşhis için gerekli kriterler olması halinde tedaviye başlanır. (3) 24 ayın bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; ayrıca "Denver Gelişim Envanteri" veya "Ankara Gelişim Envanteri" uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilir. Değerlendirme sonucuna göre ileri derecede zekâ özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ geriliği saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz.	MADDE 7 4.2.10.C - Mukopolisakkaridoz Tip I, II ve VI (glikozaminoglikan) hastalığı tedavi esasları 4.2.10.C-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri 4.2.10.C-1.1-Başlama Kriterleri (1) Tip II ve VI hastalarında; multiple sülfataz eksikliği enzimatik veya mutasyon analiz sonuçları ile dışlanmış, ilerleyici hastalığı olmayan, ventilatör bağımlılığı bulunmayan ve 6 dakika yürüme testi uygulayabilen hastalarda tedaviye başlanır. (2) Tedaviye 24 ay (2 yaş) bitiminden sonra başlayacak hastalarda birinci fıkraya ek olarak, hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilerek, ileri derecede zeka özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zeka geriliği saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz. (3) 24 ay (2 yaş) ve altındaki hastalarda 6 dakika yürüme testi ve zeka testi kriterleri aranmaz.

(4) Tip I Mukopolisakkaridozda; enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmış ve başarılı olmuş hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir. (5) Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin yapılamadığı (gerekçesi raporda belirtilmek koşuluyla) veya başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir. (6) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra hastanın tedaviden fayda gördüğünün raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.	(4) Tip I Mukopolisakkaridozda; enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. 30 ay altı, Developmental Quotient (DQ) skoru 70'in üzerinde olan hastalarda kemik iliği replasman tedavisi uygulanabilir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmış ve başarılı olmuş hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir. Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin yapılamadığı (gerekçesi raporda belirtilmek koşuluyla) veya başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir. (5) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra hastanın devam kriterine göre tedaviden fayda gördüğünün raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. 4.2.10.C-1.2-Devam Kriteri: İlk defa enzim replasman tedavisi alan hastalarda; (1) Bir yılın sonunda, başlangıç değerine göre, 6 dakika yürüme testinde %10 ve üzerinde iyileşme görülen hastalarda tedaviye devam edilir. Ancak, 24 ay (2 yaş) ve altındaki hastalarda 6 dakika yürüme testi şartı aranmaz. (2) Sonraki yıllarda, bir yılın sonunda kazanılan iyileşmenin sabit kalması veya gerilememesi gerekmektedir. 4.2.10.C-1.3-Sonlandırma Kriteri: Devam kriterlerini karşılayamayan hastaların tedavileri sonlandırılır. MADDE 8
--	--

4.2.10.E - Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları

(1) Mukopolisakkaridoz tip ~~III, IV~~-ve VII, wolman hastalığı ve kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları ~~veya gastroenteroloji veya nöroloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı~~, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine ~~bu hekimlerce~~ reçete edilecektir.

(2) Mukopolisakkaridoz Tip IV A (Morque A Sendromu) hastalığının tedavisinde; Periferik kandan veya dokudan enzim (N-asetilgalaktozamin 6-sülfataz) düzeyinin ~~veya~~ mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş hastalardan; ~~60 ay ve üzeri desteksiz yürüeyebilen hastalarda; tanıya esas kriter /kriterlerin ve 6 dakika yürüme testi sonuçlarının belirtildiği, 60 ay altı hastalarda ise tanıya esas kriter/kriterlerin belirtildiği üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında düzenlenen en az bir çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, göğüs hastalıkları, ortopedi ve nöroloji uzmanı tarafından reçete edilir.~~

(3) Mukopolisakkaridoz tip VII tedavisinde vestronidase alfa kullanımı; enzimatik (beta glucuronidase) ve genetik (GUSB geni) olarak MPS Tip7 tanısını kesin olarak almış olan hastalara,

4.2.10.E - Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları

(1) Mukopolisakkaridoz tip ~~IV A~~ ve VII, wolman hastalığı ve kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde ~~en az biri~~ çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları ~~olmak üzere~~, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine ~~çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya bu hekimlerin olmadığı çocuk hastalıkları uzman hekimleri tarafından~~ reçete edilecektir.

(2) Mukopolisakkaridoz Tip IV A (Morque A Sendromu) hastalığının tedavisinde; Periferik kandan veya dokudan enzim (N-asetilgalaktozamin 6-sülfataz) düzeyinin ~~ve~~ GALNS mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş hastalardan, ~~ilerleyici hastalığı olmayan, ventilatör bağımlılığı bulunmayan, 6 dakika yürüme testi ve solunum fonksiyon testlerini uygulayabilen hastalarda tedaviye başlanır. Ancak, 7 yaş ve altındaki hastalarda solunum fonksiyon testi, 2 yaş ve altındaki hastalarda ise 6 dakika yürüme testi şartı aranmaz.~~

a) Devam kriteri: İlk defa enzim replasman tedavisi alan hastalarda;

1. Bir yılın sonunda, başlangıç değerine göre 6 dakika yürüme testinde %10 ve üzerinde iyileşme görülmesi,
2. Bir yılın sonunda, başlangıç değerine göre FVC veya FEV1'de %5 ve üzerinde iyileşme görülmesi, koşulları aranır.
3. 7 yaş ve altındaki hastada solunum fonksiyon testi, 2 yaş ve altındaki hastada 6 dakika yürüme testi şartı aranmaz.
4. Sonraki yıllarda, bir yılın sonunda kazanılan iyileşmenin sabit kalması veya gerilememesi gerekmektedir.

b) Sonlandırma Kriteri: Devam kriterlerini karşılayamayan hastaların tedavileri sonlandırılır.

(3) Mukopolisakkaridoz tip VII tedavisinde vestronidase alfa kullanımı: enzimatik (beta glucuronidase) ve genetik (GUSB geni) olarak MPS Tip7 tanısını kesin olarak almış olan

üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile üçüncü basamak sağlık kurumlarında adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	hastalara, üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna istinaden Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde bulunan “İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile üçüncü basamak sağlık kurumlarında adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2.13.3.2- Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler (1) HCV RNA’sı pozitif hastalarda Genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuvar tetkikinde Genotip 1 subtipi belirlenemeyen olgular Genotip 1a olarak kabul edilir) sağlık raporunda belirtilir. (2) Kronik Hepatit C’ye bağlı Child-Pugh A karaciğer sirozu olan hastalarda; trombosit sayısının 100.000/mm³’ün altında veya protrombin zamanının 3 saniye ve/veya üzerinde olması koşulu aranır. (3) Kronik Hepatit C’ye bağlı Child-Pugh B veya Child-Pugh C karaciğer sirozu olan hastalarda; asit sıvısının varlığı veya hepatik ensefalopati veya özefagus varis kanaması olması koşulları aranır. (4) Kronik Hepatit C tedavisinde aşağıda belirtilen tedavi şemaları kullanılır. Ancak hastaların diğer hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçlarla ilaç etkileşiminin belirlenmesi halinde, belirtilen tedavi şemaları dışında kullanım Sağlık Bakanlığından reçete bazında alınacak endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkün olabilecektir. Bu şekildeki kullanımın gerekçesi hasta adına düzenlenecek sağlık raporunda belirtilecektir. (5) Tedavide kullanılan ilaçlar, üçüncü basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, ekinde Child-Pugh sınıflamasını kanıtlayıcı bilgi/belgelerin yer aldığı ve tedavi şemasının belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, iki defaya	MADDE 9 4.2.13.3.2- Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler (1) HCV RNA pozitifliğine bakılır. (2) Kronik Hepatit C’ye bağlı kompanse (Child-Pugh A) karaciğer sirozu olan hastalarda; histopatolojik tanı olmadığı durumda trombosit sayısının 150.000/mm³’ün altında veya protrombin zamanının 3 saniye ve/veya üzerinde olması koşulu aranır. (3) Kronik Hepatit C’ye bağlı dekompanse (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) karaciğer sirozu olan hastalarda; asit sıvısının varlığı veya hepatik ensefalopati veya sarıklık (total bilirubin >3 mg/dl) veya özefagus varis kanaması olması koşulları aranır. Dekompanse karaciğer sirozu olan erişkin hastalarda HCV genotip tayini yapılır. Bunun dışındaki erişkin hastalar için genotip tayini gerekmez. (4) Çocuk hastalarda “4.2.13.3.2.B-Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C Tedavisi” maddesinde tanımlı durumlarda genotip tayini yapılır. (5) Tedavide kullanılan ilaçlar, üçüncü basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.

mahsus kullanılabilir. İkinci defaya mahsus olarak düzenlenecek Kronik Hepatit C hastalığının tedavisinde; a) Nonsirotik veya Child-Pugh A karaciğer sirozu olan hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir)+Ribavirin ile maksimum tedavi süresi toplam 16 haftadır. b) Child-Pugh B veya Child-Pugh C karaciğer sirozu olan Genotip 1, 4, 5 veya 6 hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile maksimum tedavi süresi toplam 24 haftadır.	(6) Düzenlenecek uzman hekim raporunda; HCV RNA pozitifliği, hastanın nonsirotik veya sirotik olma durumu, hastanın siroz olduğu belirtiliyorsa siroz varlığını, Child-Pugh B veya Child-Pugh C karaciğer sirozu var ise bu durumu kanıtlayıcı bilgi/belgeler, dekompanse siroz hastalığında veya genotip tayini yapılması gerekli görülen çocuk hastalarda genotipi gösterir bilgi/belgeler, hastanın daha önce hepatit C tedavisi alıp almadığı, eğer daha önce hepatit C tedavisi almış ise tedavisinde NS5A inhibitörü olan ilaç kullanıp kullanmadığını da belirterek hangi tedaviyi almış olduğu ve hasta için planlanan tedavi şeması belirtilecektir.
4.2.13.3.2.A- Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi	
4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (1) Genotip 1 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik hastalarda; 1 Genotip 1a: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır. 2 Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır. b) Sirotik hastalarda; 1 Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 24 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. 2 Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. 3- Genotip 1a veya Genotip 1b (Child-Pugh B veya Child-Pugh C): (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (2) Genotip 2 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.	4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (1) Nonsirotik hastalarda tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 8 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 8 haftadır. (2) Kompanse sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 8 haftadır. (3) Dekompanse sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) Genotip 1a, 1b, 4, 5, 6 hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi 12 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (3) Genotip 3 hastalarda tedavi: a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır. b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (4) Genotip 4 hastalarda tedavi: a) Nonsirotik hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır. b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (5) Genotip 5 hastalarda tedavi: a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır. b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (6) Genotip 6 hastalarda tedavi: a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır. b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.	
4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (1) Daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin tedavisi alan ve komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 ne haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedavi edilebilirler. (2) Yeniden tedavi, daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin+Bocepravir/Telaprevir tedavi deneyimli HCV RNA'sı pozitif hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki şekilde yapılır ve hastanın daha önce aldığı tedavi sağlık raporunda belirtilir. (3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi: a) Nonsirotik hastalarda; 1 Genotip 1a: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)	4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (1) Daha önce NS5A inhibitörü olan ilaçlar haricindeki ilaçlar ile tedavi deneyimli, nonsirotik hastalarda tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 8 haftadır. (2) Daha önce NS5A inhibitörü olan ilaçlar haricindeki ilaçlar ile tedavi deneyimli, kompanse sirotik hastalarda tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 12 haftadır. (3) Daha önce NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü olan ilaçlar ile tedavi deneyimi olan, nonsirotik veya kompanse sirotik hastalarda tedavi süresi

2- ~~Genotip 1b:~~
(Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)
b) Sirotik hastalarda;
1- ~~Genotip 1a (Child-Pugh A):~~
(Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)
2- ~~Genotip 1b (Child-Pugh A):~~
(Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)
3- ~~Genotip 1a veya Genotip 1b (Child-Pugh B veya Child-Pugh C):~~ (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.
(4) ~~Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi:~~
a) ~~Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.~~
b) ~~Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.~~
(5) ~~Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi:~~
a) ~~Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Herhangi bir tedavi deneyimi olan hastalarda kullanılır.)~~
b) ~~Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Herhangi bir tedavi deneyimi olan hastalarda kullanılır.)~~
(6) ~~Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi:~~
a) ~~Nonsirotik hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)~~
b) ~~Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16~~

(Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 12 hafta ya da Sağlık Bakanlığınca hasta bazında verilen ilaç kullanım onayı ile mümkün olacak şekilde (Glekaprevir+Pibrentasvir)+Ribavirin veya (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 16 haftadır.
(4) Daha önce NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü olan ilaçlar ile tedavi deneyimi olan dekompanse sirotik Genotip 1a, 1b, 4, 5, 6 hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.) c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (7) Genotip 5 hastalarda yeniden tedavi: a) Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (8) Genotip 6 hastalarda yeniden tedavi: a) Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.	
4.2.13.3.2.B- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi YENİ EKLENDİ	4.2.13.3.2.B- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi (5) 12-18 yaş daha önce tedavi almamış çocuklarda; genotip tayinine gerek duyulmaksızın tedavi süresi (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 8 haftadır.
4.2.13.3.2.B.1- 3 ilâ 18 yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nci haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar, 12 hafta içinde 12 doz ilacı alamamışsa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla tedavi 12 haftalık doza tamamlanır.	4.2.13.3.2.B.1-Çocuk Hastalarda Kronik Hepatit C'nin yeniden tedavisi (1) İnterferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin tedavisi almış ve komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nci haftadan önce son verilmiş olan 3 ilâ 18 yaş Kronik Hepatit C çocuk hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar, 12 hafta içinde 12 doz ilacı alamamışsa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla tedavi 12 haftalık doza tamamlanır.

	(2) Daha önce Hepatit C tedavisi deneyimli 12 ila 18 yaş Kronik Hepatit C çocuk hastalarında tedavi süresi; a) (Sofosbuvir+Ledipasvir) ile; Genotip 1 için nonsirotik hastalarda 12 hafta, kompanse sirozu olan hastalarda toplam 24 hafta; Genotip 4, 5, 6 nonsirotik hastalarda veya kompanse sirozu olan hastalarda toplam 12 haftadır. b) (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile; Genotip 1, 2, 4, 5 ve 6 nonsirotik olan NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü tedavisi almamış hastalarda toplam 8 hafta; Genotip 1, 2, 4, 5 ve 6 kompanse sirozu olan NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü tedavisi almamış hastalarda toplam 12 hafta; Genotip 3 nonsirotik veya kompanse sirozu olan hastalarda daha önce interferon içeren (ribavirinli ya da ribavirinsiz) veya sofosbuvir almış fakat NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü almamış hastalarda toplam 16 hafta; Genotip 1 nonsirotik ya da kompanse sirozu olan daha önceden proteaz inhibitörü kullanmış fakat NS5A inhibitörü almamış hastalarda 12 hafta; Genotip 1 nonsirotik ya da kompanse sirozu olan daha önceden NS5A inhibitörü kullanmış fakat proteaz inhibitörü almamış hastalarda 16 haftadır.
	MADDE 10
4.2.52- Febuksostat kullanım ilkeleri; (1) Ürat depozisyonunun gerçekleşmiş olduğu erişkin hastalarda; a) Serum ürik asit düzeylerinin; gut artriti atağı bulunması durumunda 6 mg/dl'nin üzerinde, gut artriti atağı bulunmaması durumunda ise 8 mg/dl'nin üzerinde olduğu kronik hiperürisemi hastalarında, allopurinol ile 3 ay süreli tedaviye rağmen serum ürik asit düzeyi 6 mg/dl'nin altına düşmeyen veya allopurinol intoleransı olan ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	4.2.52- Febuksostat kullanım ilkeleri; (1) Ürat depozisyonunun gerçekleşmiş olduğu erişkin hastalarda; a) Serum ürik asit düzeylerinin; gut artriti atağı bulunması durumunda 6 mg/dl'nin üzerinde, gut artriti atağı bulunmaması durumunda ise 8 mg/dl'nin üzerinde olduğu kronik hiperürisemi hastalarında, allopurinol ile 3 ay süreli tedaviye rağmen serum ürik asit düzeyi 6 mg/dl'nin altına düşmeyen veya allopurinol intoleransı olan ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Serum ürik asit düzeyleri 3,5 mg/dl'nin altına düşen hastalarda tedavi sonlandırılır. Tedaviye 6 aydan uzun süre ara verildiği durumlarda başlangıç kriterleri aranır.
	MADDE 11
5.2 – Fatura düzenlenmesi (1) Sağlık hizmeti sunucuları; b) MEDULA sisteminden provizyon alınamaması nedeniyle MEDULA sistemine kaydedilemeyen	5.2 – Fatura düzenlenmesi (1) Sağlık hizmeti sunucuları; b) MEDULA sisteminden provizyon alınamaması nedeniyle MEDULA sistemine

aşağıda sayılan hizmetler için ayrı manuel fatura düzenler. 1) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan ve YUPASS entegrasyonu olmaması nedeniyle sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait her türlü işlemler ülke bazında ayrı ayrı manuel faturalandırılır. 2) Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle provizyon numarasının alınamadığı süre zarfında sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca karşılandığını yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstehak olmadığı tespit edilenlere ait tüm işlemler ayrı faturalandırılır. 3) Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda Kuruma fatura edilemeyen sağlık hizmeti bedelleri ile provizyon alınamadan vefat eden hastaların tedavi bedelleri manuel olarak fatura edilebilir.	kaydedilemeyen aşağıda sayılan hizmetler için ayrı manuel fatura düzenler. 2) Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle provizyon numarasının alınamadığı süre zarfında sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca karşılandığını yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstehak olmadığı tespit edilenlere ait tüm işlemler ayrı faturalandırılır. 3) Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda Kuruma fatura edilemeyen sağlık hizmeti bedelleri ile provizyon alınamadan vefat eden hastaların tedavi bedelleri manuel olarak fatura edilebilir.
5.2.1 – Sağlık kurum/kuruluşları faturalarının düzenlenmesi (2) Aşağıdaki nedenlerle verilen sağlık hizmetleri Kurumca örneklemeye dâhil edilmeksizin tamamı incelenir; c) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan ve sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ve “Yurt dışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS)” numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişilere sunulan sağlık hizmetleri,	MADDE 12 5.2.1 – Sağlık kurum/kuruluşları faturalarının düzenlenmesi (2) Aşağıdaki nedenlerle verilen sağlık hizmetleri Kurumca örneklemeye dâhil edilmeksizin tamamı incelenir; c) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan ve “Yurt dışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS)” numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişilere sunulan sağlık hizmetleri,
5.3.1.Ç – Diğer belgeler (1) MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilme sağlanıncaya kadar aşağıdaki incelemeye esas belgeler manuel olarak gönderilir. d) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri	MADDE 13 5.3.1.Ç – Diğer belgeler (1) MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilme sağlanıncaya kadar aşağıdaki incelemeye esas belgeler manuel olarak gönderilir.

Kurumca karşılanan kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” ya da nüshası (YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler hariç),	KALDIRILDI
MADDE 19 (EK-3/C-4) TIBBİ SARF MALZEMELER LİSTESİ	
A10049 HASTA ALT BEZİ/KÜLOTLU HASTA ALT BEZİ (1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır. (2) Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi bedellerinin karşılanmasında, Kurum TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz. (3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olan hastalara hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi ve hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sond a fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. (4) Sadece idrar inkontinansı olan hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi kullanan hastalara hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sond a fatura edilmesi halinde, hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sond a Kurumca bedeli karşılanmaz. (5) Sağlık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde hasta alt bezinin/ külotlu hasta alt bezinin Kurumca bedeli karşılanır.	KALDIRILDI
A10118 ÇOCUK HASTA ALT BEZİ/ÇOCUK KÜLOTLU HASTA ALT BEZİ (1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) çocuk hasta alt bezi/çocuk külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır. Ancak hastaların boy, kilo ve/veya bel çevresi ölçülerinin çocuk hasta alt bezine uyum sağlamadığı durumlarda, bu durumun sağlık	KALDIRILDI

raporunda belirtilmesi ve "A10049" SUT kodlu "Hasta Alt Bezi/Külotlu Hasta Alt Bezi" alan tanımlı malzemenin öngörülmesi halinde "A10049" SUT kodlu malzeme bedeli Kurumca karşılanır. (2) Çocuk hasta alt bezi/çocuk külotlu hasta alt bezi bedellerinin karşılanmasında, Kurum TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz. (3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olan hastalara çocuk hasta alt bezi/çocuk külotlu hasta alt bezi ve hidrofilik kendinden kayganlaştırıcılı sonda fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. (4) Sadece idrar inkontinansı olan çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi kullanan hastalara hidrofilik kendinden kayganlaştırıcılı sonda fatura edilmesi halinde, hidrofilik kendinden kayganlaştırıcılı sonda Kurumca bedeli karşılanmaz. (5) Sağlık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde çocuk hasta alt bezinin/çocuk külotlu hasta alt bezinin Kurumca bedeli karşılanır.	KALDIRILDI		
MADDE 21 EK-4/E SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ 1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER B) Sefalosporinler 3. Kuşak Sefalosporinler			
6.1 Seftazidim pentahidrat ve Avibaktam sodyum	Komplike intraabdominal enfeksiyon, piyelonefrit dahil komplike idrar yolu enfeksiyonu veya ventilatör ile ilişkili pnömoni dahil hastanede kazanılmış pnömoni tedavisinde; karbapenem, aminoglikozid ve 3 üncü kuşak diğer sefalosporinlere dirençli ve seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisine duyarlı olduğu in-vitro olarak ispatlanmış hastalarda enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen sağlık raporuna istinaden ikinci ve/veya üçüncü basamak yoğun bakım tedavilerinde kullanılması	6.1 Seftazidim pentahidrat ve Avibaktam sodyum	Komplike intraabdominal enfeksiyon, piyelonefrit dahil komplike idrar yolu enfeksiyonu veya ventilatör ile ilişkili pnömoni dahil hastanede kazanılmış pnömoni tedavisinde; aminoglikozid ("ventilatör ile ilişkili pnömoni" tanılı hastalarda aranmaz) ve karbapenem ile 3 üncü kuşak diğer sefalosporinlere dirençli ve seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisine duyarlı olduğu in-vitro olarak ispatlanmış hastalarda yalnızca enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen sağlık raporuna istinaden ikinci

		halinde Kurumca bedelleri karşılanır.			ve/veya üçüncü basamak yoğun bakım tedavilerinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Tedavisi bu şartlarda yoğun bakımda başlamış en az 72 saat anılan etkin madde ile tedavi edilen hastanın servise nakli uygun görüldüğü takdirde de seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisi devam edebilir. Seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyumun toplam 14 günden daha uzun süre kullanımı halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.
--	--	---------------------------------------	--	--	---

MADDE 20-Aynı Tebliğ eki;

- a) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-3’teki şekilde,
 - b) “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis Ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri İle Tıbbi Mamalar Listesi (Ek-4/B)” Ek-4’teki şekilde,
- değiştirilmiştir.

MADDE 22-Bu Tebliğin;

- a) 1., 5., 11 ila 13. maddeleri 1/3/2022 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - b) 4., 6. ve 19. maddeleri 1/7/2022 tarihinde,
 - c) 20. maddesinin (a) ve (b) bentlerinde düzenlenen ekli listelerde; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listeye giriş tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra, ilaç adında (**) işareti bulunan ilaçların ödeme listesinden çıkarılması yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
 - e) Diğer hükümleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- yürürlüğe girer.