

Sayı : B.13.2.SGK.0.11.05.01/GSS/ 1077
Konu :SUT ve eklerinde yapılan düzenlemeler

30.12.2009

GENELGE
2009/ 158

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

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü maddesi gereği oluşturulan Ödeme Komisyonu; “Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” gereği 2009/3. dönem çalışmalarını tamamlamış olup, alınan kararlar ile SUT güncellenmesine ilişkin çalışmalar sonucu SUT ve eklerinde aşağıdaki şekilde değişiklik ve düzenlemeler yapılmıştır.

1- Tebliğin “12.7.10. Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri” başlıklı maddesinin “A” maddesinin 6’ncı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6) Enzim dışındaki tedavi seçenekleri (substrat inhibisyonu tedavisi gibi)

(a)Çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekimlerinden birisinin bulunduğu bir yıl süreli sağlık kurulu raporunda enzim tedavisinin mümkün olmama gerekçelerinin belirtilmesi halinde bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.

(b) Miglustat:

1. Enzim tedavisine ağır alerjik reaksiyonlar veya hipersensitivite geliştirenler veya
2. Enzim tedavisine kısmi veya tam yanıtı olmadığı olanlarda;
 - Hemoglobün düzeyi kadınlarda 11 erkeklerde 12 nin altında olanlar
 - Enzim tedavisi altında, splenektomi yapılmamış hastalarda trombosit düzeyinde tedavinin başlangına göre 1,5 kattan az artış varsa
 - Dalak volümünün %50 den az küçüldüğü durumlarda
 - Karaciğer volümünün %30 dan az küçüldüğü durumlarda
 - Enzim tedavisine rağmen akut kemik krizlerinin devam ettiği hallerde
 - Enzim tedavisi altında transaminaz düzeylerinin normalin üst sınırının 3 kat ve üzerinde seyretmesi halinde
 - Akciğer tutulumunda düzelme olmadığında (pulmoner hipertansiyonun devamı, oksijenasyonun düzelmemesi, hepatopulmoner sendrom varlığı)

Yukarıdaki koşulların en az birinin varlığında enzim tedavisine yanıtı kabul edilir.

Miglustat tedavisine yanıt, enzim tedavisinden miglustat tedavisine geçişe neden olan parametre açısından takip edilir. Yanıt ilk bir yıl sonunda bu parametre açısından değerlendirilir. Tedaviye yanıtı yoksa tedavi sonlandırılır.

1/4

Halen miglustat tedavisi almakta olan hastaların tedaviye devamı da bu madde kapsamında değerlendirilir.”

2- Tebliğin “12.7.13 başlıklı maddesinin;

“12.7.13.1. Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı alt maddesinin;

a) (1) inci fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“b. 2-18 yaş grubu hastalarda ; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek karaciğer biyopsisinde HAI>4 veya fibrozis > 2,”

b) (3) üncü fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

(3) “a) Erişkin hastalarda İnterferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen ve HBV DNA <107 kopya/ml olan hastalarda kullanılabilir. İnterferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

b) 2-18 yaş grubu hastalarda tedaviye lamivudin yada interferonlar ile başlanabilir. Çocuklarda İnterferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra (1)-b. Maddesinde tarif edilen koşulları yeniden taşıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir İnterferon tedavisi daha verilebilir.”

c) (4) üncü fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(4)Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye HBV DNA <107 kopya/ml ise günde 100 mg lamivudin ile başlanır. Tedavinin 24üncü haftasında HBV DNA pozitif olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir. HBV DNA >107 kopya/ml olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir. Çocuk hastalardan, HBV DNA seviyesi: 10 000 (10⁴) kopya/ml olanlarda lamivudin tedavisine 3mg/kg/gün dozunda başlanabilir.”

d) (6)ıncı fıkrasında yer alan düzenlemenin başına “Erişkin hastalarda” ifadesi eklenmiştir.

“12.7.13.7. Viral hepatit tedavisinde genel prensipler” başlıklı alt maddesinin;

1’inci alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“1. Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre (Pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.”

3- Tebliğin “12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı maddesinin c-3-d alt bendinde yer alan “Trastuzumab” etken maddesine ait düzenlemede “Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır.” cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki ifade eklenmiştir.

“Erken evre meme kanseri endikasyonunda tedavi süresi 9 haftadır.”

4- Tebliğin “12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı maddesinin c-3-d alt bendinde yer alan “Ritüksimab” etken maddesine ait düzenleme aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Ritüksimab: Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı 3. basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş tedavi protokolünü de gösterir uzman hekim raporuna istinaden; yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisi konmuş hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemiş evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda kombinasyon kemoterapisine 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 küre kadar kullanımı halinde geri ödenir.

Foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada; rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen (daha önce aynı tedaviye yanıt vermiş olduğu için kombinasyon kemoterapisi olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. İndüksiyon tedavisine yanıt vermiş (en fazla 8 kür kullanılmış) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.

CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar geri ödenir.”

5-12.7.24. Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri başlıklı maddesine 4 üncü fıkra olarak aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“4. Mevsimsel veya yıl boyu devam eden allerjik rinit tedavisinde kullanılan nasil kortikosteroid preparatları; 2-5 yaş grubu hastalarda (2 ve 5 yaş grubu dahil), yalnızca Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Alerji, Klinik İmmünoloji veya KBB Hastalıkları Uzmanları tarafından reçete edilebilir.”

6-Tebliğın “12.7.25. Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri” başlıklı maddesinin (b) bendi, 12.7.35 numaralı maddesi olarak yeniden düzenlenmiştir.

“12.7.35. Nöropatik ağrı:

Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Pregabalin; üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Duloksetin; diyabetik periferik nöropatik ağrı tedavisinde, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında Nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edildiğinde, bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Alfa Lipoik Asit; periferik diyabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde, nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon,immünoloji, romatoloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.”

7- Tebliğin “12.7.28. Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri” başlıklı maddesine (F) alt bendi eklenmiştir.

“F) Rosuvastatin etken maddesini 40 mg dozda içeren preparatlar, yalnızca kardiyoloji ve endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.”

8 -Tebliğın “12.8. Güvenlik ve endikasyon formu ile Uyuşturucu ve Psikotrop İlaçlar” başlıklı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları ve varsa rapor süreleri, koşulları ile reçeteleme koşulları (SUT’ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla) konusunda Sağlık Bakanlığınca belirlenen kurallara uyulacaktır.”

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

a) 4.10.6. Sildenafil sitrat *

b) 10.12.5. Duloksetin (sadece diyabetik periferel nöropatik ağrıda)
maddeleri ilave edilmiştir.

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

a)167. Maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.”

“167. Kollojen:

Yalnızca Dekübitüs yaralarında;

Genel Cerrahi, Plastik cerrahi,Cildiye ve Ortopedi uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile

1)-Bası yaralarının (Grade 1-2) tedavisinde, aynı yara için en çok bir kez 3 hafta süre ile,

2)-Cerrahi yapılamayacak durumda olan hastalarda (ileri derecede kronik rahatsızlığı olan hastalar ve anestezi açısından risk grubu olarak ASA 3 ve üzerinde olan hastalar) en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile en fazla birer aylık dozda reçetelenmek koşulu ile kullanılabilir”

b) “204. Albendazol; 400 Mg lık formlarının büyük ambalajları yalnızca “Kisthidatik ve nöstisarkosis hastalığı” endikasyonlarında ödenir.” maddesi eklenmiştir.

c) “205. Çinko preparatları (Kombine olanlar hariç); Yalnızca 2.veya 3.basamak sağlık tesislerinde reçete edilir” maddesi eklenmiştir.

d) 190. maddesi, 12.7.35. maddesi kapsamında yer alacak şekilde düzenlenmiştir.

13- Bu Genelge, Kurum resmi internet sitesinde yayımlandığı tarihi itibariyle üç iş günü sonra yürürlüğe girer.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

M. Emin ZARARSIZ
Kurum Başkanı

Ek:1-Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (Ek 2/D)ne Eklenen İlaçlar Listesi

2-Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (Ek 2/D)nden Çıkarılan İlaçlar Listesi

3-Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (Ek 2/D)nde Düzenlenen İlaçlar Listesi

Dağıtım:

Gereği:

Kurum Merkez ve Taşra Teşkilatına

Bilgi:

Sağlık Bakanlığına

Maliye Bakanlığına

EK-1														
BEDELİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-2/D)'NE EKLENEN İLAÇLAR														
Kamu No:	Güncel Barkod	Ürün Adı	Eski Barkod-1	Eski Barkod-2	Eşdeğer (Benzer) Ürün Grubu	Yüzde 15 barajı için 5 aylık sürenin başlatılacağı satış izni tarihi	Baz İndirim Oranı	Referans Fiyata Göre Azaltma	Ruhsat Tarihi	KDV'li Perakende Fiyatı 5.24 TL'den FAZLA ise	KDV'li Perakende Fiyatı 5.24 TL'den AZ ise			Eczacı indirim Oranı (Tebliğ 14.1. maddesine göre)
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
A11374	8699606692577	%5 DEKSTROZ %0.9 NaCl 250 ML SOL (POLIFARMA TORBA SETLİ)					11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11375	8699606692584	%5 DEKSTROZ %0.9 NaCl 250 ML SOL (POLIFARMA TORBA SETSİZ)					11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11376	8699606692256	1/3 POLIFLEKS POLIDEKS 100 ML SOL (POLIFARMA SETLİ TORBA)					11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11377	8699606692263	1/3 POLIFLEKS POLIDEKS 100 ML SOL (POLIFARMA SETSİZ TORBA)					11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11378	8699606692294	1/3 POLIFLEKS POLIDEKS 1000 ML SOL (POLIFARMA SETLİ TORBA)					11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11379	8699606692300	1/3 POLIFLEKS POLIDEKS 1000 ML SOL (POLIFARMA SETSİZ TORBA)					11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11380	8699606692270	1/3 POLIFLEKS POLIDEKS 150 ML SOL (POLIFARMA SETLİ TORBA)					11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11381	8699606692287	1/3 POLIFLEKS POLIDEKS 150 ML SOL (POLIFARMA SETSİZ TORBA)					11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11382	8699821190100	ACTRETIN 10 MG 30 YUM JELATİN KAP			E393A		11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11383	8699821190094	ACTRETIN 20 MG 30 YUM JELATİN KAP			E393B		11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11384	8699704610046	ACULAR LS %0,4 STERİL GOZ DAMLASI ML					11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11385	8699523010317	ACYL 200 MG 25 TB			E007A	08.05.2009	11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11386	8699630697593	AMINOMIX-1 NOVUM 1.000 ML SOL					11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11387	8699630697609	AMINOMIX-1 NOVUM 1.500 ML SOL					11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11388	8699630697616	AMINOMIX-1 NOVUM 2.000 ML SOL					11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11389	8699630697609	AMINOMIX-2 NOVUM 1.000 ML SOL					11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11390	8699630697616	AMINOMIX-2 NOVUM 1.500 ML SOL					11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11391	8699630697593	AMINOMIX-2 NOVUM 2.000 ML SOL					11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11392	8699578090098	ANDAZOL 400 MG 3 FTB			E359B		11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11393	8699578090104	ANDAZOL 400 MG 60 FTB			E359B		11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11394	8699790550615	ASMANEX TWISTHALER 200 MCG 30 DOZ INH			E527B		11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11395	8699790550622	ASMANEX TWISTHALER 200 MCG 60 DOZ INH			E527B		11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11396	8699790550639	ASMANEX TWISTHALER 400 MCG 30 DOZ INH			E527A		11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11397	8699790550646	ASMANEX TWISTHALER 400 MCG 60 DOZ INH			E527A		11%			23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11398	8699738340032	BENZAOLIN TOPIKAL JEL 25 GR			E137C		11%			11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%

A11399	8697930020141	CALCIDAY D3 45 EFF TB		E524A		11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11400	8699584340248	CLINDOXYL 25 G JEL		E137C		11%		16,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11401	8699569610168	COMBIDEX 5 ML STERIL OFTALMIK SUSP		E525A		11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11402	8699514550013	EASYHALER COMBIPACK 12 MCG / 200 MCG INH TOZU		E492A		11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11403	8699514550020	EASYHALER COMBIPACK 12 MCG / 400 MCG INH TOZU		E492B		11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11404	8699514040019	ECOPIRIN 100 MG 30 TB		E084C		11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11405	8699514096542	EPIXX 750 MG 50 TB		E372D		11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11406	8699532958044	FRAGMIN 7500 IU/0.3 ML 10 TEK DOZ ENJ				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11407	8699514610021	GANFORT GOZ DAMLASI 3ML				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11408	8699514440048	LIPOTEAR % 0,2 10 GR OFTALMIK JEL		E133A		11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11409	8699844750169	METILPREDNISOLON SOPHARMA 125 MG 5 AMP				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0,00%
A11410	8699844750176	METILPREDNISOLON SOPHARMA 15,78 MG 5 AMP				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0,00%
A11411	8699540099012	MIVUX 100 MG 84 FTB		E500A		11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11412	8697933020131	NEWCAL D3 30 EFF TB		E524A		11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11413	8697706774032	OPTIRAY 320 CAM SISE 100 ML (678 MG/ML)		E493E		11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11414	8697706774056	OPTIRAY 320 CAM SISE 200 ML (678 MG/ML)		E493E		11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11415	8697706774018	OPTIRAY 320 CAM SISE 50 ML (678 MG/ML)		E493E		11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11416	8697797790027	OXALIMEDAC 100 MG IV INF ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK		E421B	06.11.2009	11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11417	8697797790010	OXALIMEDAC 50 MG IV INF ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK		E421A	06.11.2009	11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11418	8699548993305	PEDIASURE FIBER MUZ 200 ML SOL				11%		31,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11419	8699548993312	PEDIASURE FIBER VANILYA 200 ML SOL				11%		31,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11420	8699580010183	PENVASC 10 MG 30 TB		E002B		11%		14,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11421	8699580010176	PENVASC 5 MG 30 TB		E002A		11%		27,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11422	8699522092857	REQUIP 0.5 MG 21 FTB				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11423	8699522030231	REQUIP XL 2 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TB		E526A		11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11424	8699522030255	REQUIP XL 4 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TB				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11425	8699522030262	REQUIP XL 8 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TB				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11426	8697933090011	ROSUCOR 5MG 28 FTB.				11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11427	8699569270133	SEFBAKTAM 0,5 G IM/IV ENJEKTABL FLK				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11428	8699790051327	SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB				11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11429	8699790051341	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB				11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11430	8699704097571	VENOTREX RETARD 50 MG 60 FTB				11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11431	8699559770025	VITAX 300 MG/50 ML 1 FLK				11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11432	8697542150014	ZAVESCA 100 MG 84 KAP				11%		15,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11433	8699514070016	ZESTAT 15 MG 30 AGIZDA ERIYEN TB				11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11434	8699514070023	ZESTAT 30 MG 30 AGIZDA ERIYEN TB		E351A		11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11435	8699514070030	ZESTAT 45 MG 30 AGIZDA ERIYEN TB				11%		11,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11436	8699591570294	ZINCO 30 MG FORT SURUP				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%
A11437	8698613572018	ZINFORT 110 MG /5 ML 100 ML SURUP				11%		23,00%	4,00%		05.01.2010	0-2,5%

EK-2

BEDELİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-2/D)'NDEN ÇIKARILAN İLAÇLAR

Kamu No:	Güncel Barkod	Ürün Adı	Eski Barkod-1	Eski Barkod-2	Eşdeğer (Benzer) Ürün Grubu	Yüzde 22 barajı için 5 aylık sürenin başlatılacağı satış izni tarihi	Baz İndirim Oranı	Referans Fiyata Göre Azaltma	Ruhsat Tarihi	KDV'li Perakende Fiyatı 5.24 TL'den FAZLA ise	KDV'li Perakende Fiyatı 5.24 TL'den AZ ise	M	N	Eczacı indirim Oranı (Tebliğ 14.1. maddesine göre)
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
A05508	8699543590011	NORODOL 2 MG/ML 10 ML DAMLA			E373B		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A10534	8699540092532	SEFPOTEC 200 MG 10 FTB			E443A		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%

EK-3

BEDELİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-2/D)'DE DÜZENLENEN İLAÇLAR

Kamu No:	Güncel Barkod	Ürün Adı	Eski Barkod-1	Eski Barkod-2	Eşdeğer (Benzer) Ürün Grubu	Yüzde 22 barajı için 5 aylık sürenin başlatılacağı satış izni tarihi	Baz İndirim Oranı	Referans Fiyata Göre Azaltma	Ruhsat Tarihi	KDV'li Perakende Fiyatı 5.24 TL'den FAZLA ise	KDV'li Perakende Fiyatı 5.24 TL'den AZ ise	M	N	Eczacı indirim Oranı (Tebliğ 14.1. maddesine göre)
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
A10850	8699559190014	AKNETRENT 10 MG 30 YUM JELATİN KAP			E393A		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A00449	8699708340031	AKNILOX %2 30 GR JEL			E137A		11%			23,00%	4,00%			0-2,5%
A00450	8699708340048	AKNILOX %4 30 GR JEL			E137A		11%			23,00%	4,00%			0-2,5%
A01241	8699738340131	BENZAMYCIN TOPIKAL 23.3 GR JEL			E137B		11%			23,00%	4,00%			0-2,5%
A01242	8699738340544	BENZAMYCIN TOPIKAL 46.6 GR JEL			E137B		11%			23,00%	4,00%			0-2,5%
A01768	8699622090821	CEPHIX 200 MG 10 TB	8699622090401				11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A01883	8699633482714	CLAMIN-T 10 MG/ML 30 ML LOSYON			E033F		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A01902	8699502650206	CLEOCIN-T %1 30 ML TOPIKAL SOL			E033F		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A10682	8699278340028	ERITRETİN 30 GR JEL	8699708340482		E137B		11%			23,00%	4,00%			0-2,5%
A02805	8699727340074	ERYACNE %4 30 GR JEL	8699510340502		E137A		11%			23,00%	4,00%			0-2,5%
A02845	8699637090106	ETODİN 200 MG 10 FTB			E019A	01.01.3000	11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A02847	8699637090151	ETODİN 300 MG 10 FTB			E019B	01.01.3000	11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A09562	8699540098404	İRDA 75 MG 28 FTB			E374C	01.01.3000	11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A09297	8699584340255	ISOTREXİN 30 GR JEL			E137B		11%			23,00%	4,00%			0-2,5%
A04564	8699525124814	LAROXYL 25 MG 40 DRJ	8699505120508				11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A11233	8699566096453	LEV-END 750 MG 50 TB			E372D		11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A05230	8699839010155	MYSOLINE 250 MG 30 TB	8699786010048	8699631015013			11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A05509	8699543590028	NORODOL 2 MG/ML 20 ML DAMLA					11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A06336	8696875440045	PRENACID %0.25 5 GR GOZ POMADI	8699514440826				11%			11,00%	4,00%			0-2,5%
A06686	8699522096626	REQUIP 2 MG 21 FTB			E526A		11%		18.06.2002	23,00%	4,00%			0-2,5%
A11274	8699760710063	TOBRADEX 5 ML STERİL OFTALMIK SUSP			E525A		11%			23,00%	4,00%			0-2,5%
A10892	8699525094469	ZELEFT 100 MG 14 FTB			E064A	01.01.3000	11%			13,83%	4,00%			0-2,5%
A10885	8699525094445	ZELEFT 50 MG 14 TB			E064B	09.09.9999	11%			15,00%	4,00%			0-2,5%