

1. ENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİ (SUT 4.2.8'e göre karşılanır.)

1.Yatan hastalar dışında ,herhangi bir nedenle malnütrasyon gelişmiş hastalarda enteral beslenme ürünleri verilir.Ancak;

-Kanser

-Kistik fibrozis

-Crohn hastalığı

-Yanık hastalarında

-Orogastrik sonda/nazoenterik sonda veya gastrostomi /jejunostomi ile beslenen hastalarda malnütrasyon şartı aranmaz

2.Malnütrasyon tanımı;

-Erişkin Hastalarda

a.Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı vardır.

b.Subjektif global değerlendirme kategorisi C veya D dir

Çocukluk Yaş Grubunda ;

Yaşına göre boy ve /veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altındadır.<-2SD

3.Enteral beslenme solüsyonlarında Rapor Süresi 6 AY dır.

4.Reçetede yazılan beslenme ürünlerinin adları açık olarak belirtilmelidir.

5.Hastanın günlük kalori ihtiyacı belirtilmeli ve verilen beslenme ürünlerinin günlük toplam kalori miktarı raporda belirtilen kalori miktarını geçmemelidir.

6.Enteral beslenme solüsyonları maximum 30günlük dozda ödenir.İlk kez karşılanırsa dahi 1 aylık dozda verilebilir.

YUKARIDAKİ MADDELERLE BİRLİKTE AŞAĞIDAKİ TEŞHİS VE ICD-10 KODLARINDA İLGLİ ÜRÜNLER MUAFİYET KAPSAMINDADIR.

(Malnutrisyon tanımı gerektiren teşhislerde bu tanım **raporda** mutlaka belirtilmelidir.)

-02.00 KANSER

(C00-C97)(D00-D48)

Herhangi bir ibareye gerek yoktur

-03.00 KBY,ORGAN DOKU NAKLİ

(N01-N08*)(N11)(N15-N16)(N18-N19)(N25-29*)(D63.8*)

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-04.04 PERİFERİK VE SEREBRAL DAMAR HASTALIKLARI,VENÖZ YETMEZLİKLER

Sadece(G46)(I69)veALT KODLARI

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-06.06 İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARI

(K51-K52)ve ALT KODLARI

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-06.06 İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARI

(K50)ve ALT KODLARI CHRON HASTALIĞI

Herhangi bir ibareye gerek yoktur.

-06.07 KRONİK KARACİĞER HASTALIKLARI

Sadece(K72-K74)ve ALT KODLARI

Malnütrasyon tanımı gerekiyor

-06.10 EKZOKRİN PANKREAS BOZUKLUKLARI

Sadece(K86.1)

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-08.01 KAN HASTALIKLARI

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-09.01.4 SKLERODERMA,MİKSTKONNEKTİF DOKU HASTALIĞI

(M34.9)

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-10.01.1 MYOPATİLER

(G71.0)(G71.2)(G71.8-G71.9)(G72.1-G72.2)(G72.4)

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-10.01.2 MİTOKONDRIAL SİTOPATİLER

(G71.3)

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-10.02.01 MYASTENİA GRAVİS

(G70.0)

Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-10.02.2 MOTOR NORON(A.L.S)

(G12.2)

Malnutrasyon tanımı gerekiyor.

-10.03.1 PARKİNSON HASTALIĞI
(G20) ve Alt kodları
Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-10.03.2 DİSTONİLER,HEMİFASYAL SPAZM
Sadece(G24.1)(G24.2)
Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

-10.05 DEMİYELİZAN HASTALIKLAR(LOKODİSTROFİ,MULTİPLE SKLEROZ V.B)
(G35)(G37)ve ALT KODLARI
Malnütrasyon tanımı gerekiyor

-10.06 SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT(SSPE)
(A.81.1)
Malnütrasyon tanımı gerekiyor

-10.07 DEMANS
Sadece (F00)(F02-F03) ve ALT KODLARI
Malnütrasyon tanımı gerekiyor

-10.09 SEREBRAL PALSY
(G80) ve ALT KODLAR
Malnütrasyon tanımı gerekiyor.

**-15.04 BARSAK OPERASYONUNDAN DOLAYI OLUŞAN MALABSORBSİYON VE
MALNUTRASYONLAR,DOĞUŞTAN METABOLİK VE KALİTSAHASTALIKLAR**

K.91.2,G71.0,K52.2,T78.1,E70.0,E70.1,E70.2,E70.8,E70.9,E71 VE ALT KODLARI ,E72 VE ALT
KODLARI,E74.0,E74.1,E74.2,E74.3,E74.4,E74.8,E75 VA ALT KODLARI,E76 ALT KODLARI,E77 VE ALT
KODLARI ,E79 VE ALT KODLARI,E80.0,E80.1,E80.2,E88.8

(E70.3,E74.9,E80.3,E80.4,E80.5,E80.6,E80.7,E88.0,E88.2,VE E88.9KODLARINDA muafiyet
bulunmamaktadır.)

-15.14 PİERRE ROBİN SENDROMU
(Q87.0)
Herhangi bir ibareye gerek yoktur.

-06.08 KOROZİV GASTROİNTESTİNAL YANIKLAR
(T28.0-T28.2)(T28.5-T28.7)
Herhangi bir ibareye gerek yok.

-15.05 KİSTİK FİBROZİS
(E84)VE ALT KODLARI
Herhangi bir ibareye gerek yoktur.

-15.15 GASTROSTOMİ DURUMU
(Z93.1)(Z93.4)(orogastrik sonda/nozagastrik sonda/nazoenteriksonda ,gasrosromi/jejunostomi
durumları)
Herhangi bir ibareye gerek yoktur.

-20.00 HASTA KATILIM PAYLI
PEM ve malnütrasyona sebep olduğu hekim tarafından belirtilen tüm hastalık ICD10 kodları
Malnütrasyon tanımı aranıyor.

2.KETOJENİK TIBBİ MAMA

-10.4 Epilepsi, Narkolepsi ve febrilkonvülsiyonlar(G40 ICD -10 kodlarında ve SUT eki Ek-4/F ilkelere göre)

-15.4.1.6 Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrasyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar .

(E74.4 ICD-10 kodu)

3.PARENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİ

-Parenteral beslenme solüsyonları için çıkartılan rapor açıklamalarında oral ve tüple beslenmediği belirtilmelidir.

-Maximum 30 günlük dozda verilir.

4.YOĞUNLAŞTIRICI –KIVAM ARTIRICI BESLENME ÜRÜNLERİ

A: 1 Yaş üstü yutma/yutkunma bozukluğu olan çocuklarda

-Yutma /yutkunma bozukluğu olduğu rapor açıklamalarında belirtilir.

-Çocuk gastroenteroloji,çocuk metabolizma ve çocuk yoğun bakım uzmanlarının en az birinin bulunduğu SAĞLIK KURULU raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı hekimlerince reçete edilebilir.

-Raporda ürünün adı ,günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla iki kutu yazılır.

B: İnme,kronik nörolojik bozukluklar ve baş boyun kanserleri ve cerrahi rezeksiyonda görülen yutma gücüğü çeken yetişkin hastalarda

-Bu durumun belirtildiği nöroloji,kulak burun boğaz ,genel cerrahi,beyincerrahi,anestezi yoğun bakım ve geriatri uzmanlarından en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilebilir.

-Raporda ürünün adı,günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.

5.GLİKOJEN DEPO HASTALIĞININ DİYET YÖNETİMİNDE KULLANILAN YÜKSEK AMİLOPEKTİN İÇEREN NİŞASTALI ENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİ

A: 2 yaş ve üzerindeki hastalarda ,bu durumun belirtildiği en az bir çocuk metabolizma veya gastroenteroloji hastalıkları uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak

çocuk metabolizma ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

B: Raporda ürünün adı ,günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla iki kutu verilir.

6.DALLI ZİNCİRLİ AMİNOASİTLERDEN ZENGİN BESLENME ÜRÜNLERİ

a.Karaciğer yetmezliği olan orta ve ağır(evre2 ve üzeri)ensefalopati gelişmiş hastalarda kullanılabilir.

b.Malnütrasyon kriterleri aranmaz.

c.Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekim raporuna dayanılarak

d.Tüm hekimlerce reçete edilebilir.

TIBBİ MAMA RAPORLARI/ENTERAL BESLENME SOLÜSYONLARI RAPORLARI ARASINDAKİ FARKLAR		
TÜRÜ	Tıbbi Mama/Özel Diyet Ürünü (Neocate,Progamın AS vb)	Enteral Beslenme Solüsyonları (Ensure 2 Cal, Resource 2.0 vb)
Rapor Türü	Uzman Hekim Raporu	Sağlık Kurulu Raporu
Rapor Çıkarabilecek Branş	İlgili Uzman	Herhangi 3 Uzman Hekim
Maksimum Rapor Süresi	1 yıl	6 ay
Malnütrasyon Tanımı	ARANMAZ	İstisnalar haricinde ARANIR
Günlük Kalori İhtiyacı	Belirtilmese de geçerlidir	Mutlaka belirtilmelidir.
Fatura Grubu (Sıralı Dağıtım)	A (Sıralı Dağıtım kapsamında değildir.)	C (Sıralı Dağıtım kapsamındadır.)
1 Reçetede maksimum süre	3 Aylık verilebilir	30 Günlük verilebilir
SUT Etken madde kodu	Her ürünün kendi ticari ismine özeldir	Enteral Beslenme Solüsyonu (SGKEZB)