

TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ**

MADDE 1 – 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 2.2.2.B numaralı maddesinin beşinci fıkrasında yer alan “%20” ibaresi “%30” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 2 – Aynı Tebliğin 2.4.4.H numaralı maddesinin altıncı fıkrasında yer alan “ATC kodu “L04AC07” olan ilaçların intravenöz formları” ibaresinden sonra gelmek üzere “, ATC kodu “J01DD52” olan ilaç” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 3 – Aynı Tebliğin 2.4.4.I numaralı maddesinin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) Göz hastalıkları branşında ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 4,5 ile çarpılması ile bulunur. Küsurlu rakamlar üste tamamlanır. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükârda 45’i geçemez. SUT eki EK-2/B Listesindeki 617340, 617341, 617342 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P617340, P617341, P617342 kodlu işlemlerin yapılması halinde her bir işlem için hekim çalışma saatinden 30 dakika düşülerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. SUT eki EK-2/B Listesindeki 602200, 616510, 616520, 616550, 616780, 616790, 616800, 616810 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P602200, P616510, P616520, P616550, P616780, P616790, P616800, P616810 kodlu işlemlerin yapılması halinde ise her bir işlem için hekim çalışma saatinden 60 dakika düşülerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. SUT eki EK-2/B Listesindeki 602200, 616510, 616520, 616550, 616780, 616790, 616800, 616810 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P602200, P616510, P616520, P616550, P616780, P616790, P616800, P616810 kodlu işlemlerden bir göz hastalıkları uzman hekimini günlük en fazla toplam 8 adet, bir sağlık hizmeti sunucusu ise en fazla toplam 16 adet Kuruma fatura edebilir.”

MADDE 4 – Aynı Tebliğin 3.3.1 numaralı maddesinin onuncu fıkrasının (a) bendinde yer alan “üçüncü derece yanıklarda” ibaresinden sonra gelmek üzere “yanık merkezi ve/veya” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 5 – Aynı Tebliğin 3.3.6 numaralı maddesinin ikinci fıkrasına “cihaz bedelleri” ibaresinden sonra gelmek üzere “(maske, filtre, hasta devresi, su kabı, chamber (su haznesi), nazal kanül, başlık, nemlendirici, ısıtıcı nemlendirici vb. aksesuarlar dahil)” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 6 – Aynı Tebliğin 3.3.6.A-1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“d) Kompleks uyku apnesi.”

b) Üçüncü fıkrasında yer alan “kurulunda” ibaresi “kurulu raporunda” şeklinde değiştirilmiş ve “yer alması” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve bu hekimler tarafından reçete edilmesi” ibaresi eklenmiştir.

c) Sekizinci fıkrasında yer alan “etkin kullanılıp kullanılmadığına yönelik yıllık olarak Kurumca yaptırılacak kontrollerde, cihazın” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 7 – Aynı Tebliğin 3.3.6.A-2 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Kronik solunum yetmezliğinde yalnızca BPAP-S ve BPAP-S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılanacak olup, teminine ilişkin düzenlenecek sağlık kurulu raporunda göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, yoğun bakım sorumlu uzmanı ile çocuk göğüs hastalıkları hekimlerinden en az birinin yer alması ve bu hekimler tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.”

MADDE 8 – Aynı Tebliğin 3.3.6.B numaralı maddesinin beşinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 9 – Aynı Tebliğin 3.3.35 numaralı maddesinin beşinci fıkrasının (a) bendinde yer alan “tek taraflı veya bilateral” ibaresi ile (b) bendinde yer alan “tek taraflı” ibaresi ve (ç) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 10 – Aynı Tebliğin 4.2.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Madde başlığında yer alan “tosilizumab” ibaresinden sonra gelmek üzere “, **sekukinumab, iksekizumab, barisitib**” ibaresi eklenmiştir.

b) 4.2.1.C numaralı maddesinin başlığında yer alan “iksekizumab” ibaresinden sonra gelmek üzere “, **barisitinib**” ibaresi eklenmiştir.

c) 4.2.1.C-6 numaralı madde başlığına “**ve barisitinib**” ibaresi eklenmiştir.

ç) 4.2.1.C-6 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “Tofacitinib,” ibaresi “Tofacitinib ve barisitinib” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 11 – Aynı Tebliğin 4.2.9 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Madde başlığında yer alan “parikalsitol,” ibaresinden sonra gelmek üzere “**cinacalcet, etelkalsetid,**” ibaresi eklenmiştir.

b) 4.2.9.C numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.9.C - Parikalsitol kullanım ilkeleri

(1) Albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi 10,2 mg/dl ve serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl’nin altında olmak koşuluyla; parathormon (PTH) düzeyi 600 pg/ml’nin üzerinde olan hastalarda veya PTH düzeyi 300 pg/ml’nin üzerinde olmak koşuluyla PTH düzeyinde bir önceki ölçüme göre %25’in üzerinde artış tespit edilen hastalarda parikalsitol tedavisi başlanabilir.

(2) PTH düzeyinin 150 pg/ml’nin altına düşmesi, albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyinin 10,5 mg/dl’nin üzerine çıkması veya serum fosfor düzeyinin 6 mg/dl’nin üzerine çıkması durumunda parikalsitol tedavisi sonlandırılır.

(3) Parikalsitolün parenteral formlarının yalnızca hemodiyaliz hastalarına yukarıda belirtilen koşullarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli sağlık raporuna istinaden nefroloji veya diyaliz sertifikalı uzman hekimi tarafından en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(4) Parikalsitolün oral formlarının yukarıda belirtilen koşullarda periton diyalizi hastalarına nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli sağlık raporuna istinaden nefroloji uzman hekimi tarafından en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(5) En fazla 3 ay öncesine ait albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi, serum fosfor düzeyi ve PTH düzeyi sonuçları her reçetede veya raporda belirtilir.”

c) 4.2.9.Ç numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “700” ibaresi “600” şeklinde, üçüncü fıkrasında yer alan “400” ibaresi “300” şeklinde değiştirilmiş ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(6) Cinacalcet ve etelkalsetid etken maddeli ilaçların birlikte kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.”

ç) Aşağıdaki madde eklenmiştir.

“4.2.9.E -Etelkalsetid kullanım ilkeleri

(1) Hemodiyaliz tedavisi altında bulunan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 8,5$ mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 600 pg/ml ve üzerinde olduğu belgelenen hastalarda etelkalsetid tedavisi başlanabilir.

(2) Hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değerinin $\leq 8,4$ mg/dl olması veya PTH düzeyinin 300 pg/ml’nin altına düşmesi halinde etelkalsetid tedavisi sonlandırılır.

(3) Etelkalsetid yalnızca hemodiyaliz hastalarına yukarıda belirtilen koşullarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli sağlık raporuna istinaden nefroloji veya diyaliz sertifikalı uzman hekimi tarafından en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(4) En fazla 3 ay öncesine ait albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi ve PTH düzeyi sonuçları her reçetede veya raporda belirtilir.

(5) Etelkalsetid etken maddeli ilacın yalnızca; hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek hastalığı olan yetişkin hastalardaki sekonder hiperparatiroidizmin tedavisinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(6) Etelkalsetid etken maddeli ilacın; paratiroid karsinomu ve primer hiperparatiroidizm endikasyonlarında ya da hemodiyaliz tedavisi görmeyen kronik böbrek hastalığı olan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.

(7) Cinacalcet ve etelkalsetid etken maddeli ilaçların birlikte kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.”

MADDE 12 – Aynı Tebliğin 4.2.10.E numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

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

MADDE 13 – Aynı Tebliğin 4.2.12.B numaralı maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“f) Kronik İnflamatuvar Polinöropati ve Multifokal Motor Nöropati endikasyonlarında;

1) Kronik İnflamatuvar Polinöropati endikasyonunda steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında 2-5 aralıklı günde bölünmüş dozlarda en fazla 2 g/kg/gün yükleme dozunda, yükleme dozuna yanıt alınamaması durumunda 3 haftada bir 1 g/kg total dozda 1 veya 2 günde verilir ve 2 ay sonunda yanıt alınamazsa tedavi sonlandırılır. Başlangıç tedavisine yanıt alınması halinde 3 haftada bir 0,4-1 g/kg total doz 1-2 günde uygulanır.

2) Multifokal Motor Nöropati endikasyonunda aralıklı günde bölünmüş dozlarda en fazla 2g/kg/gün yükleme dozunda, yükleme tedavisine yanıt alınması durumunda 2-4 haftada bir en fazla 1g/kg/gün veya 4-8 haftada bir en fazla 2g/kg/gün idame dozunda uygulanır.

3) Kronik İnflamatuvar Polinöropati ve Multifokal Motor Nöropati endikasyonlarında yukarıda tanımlanan koşullarda nöroloji uzman hekimleri tarafından,”

MADDE 14 – Aynı Tebliğin 4.2.14.B numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “filgrastim,”, “lenograstim,” ve “, pegfilgrastim, lipegfilgrastim” ibareleri yürürlükten kaldırılmış ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(2) Filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim ve lipegfilgrastim; en az bir hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanarak hematoloji, tıbbi onkoloji, iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla birer aylık dozlarda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Lenograstim etken maddeli ilacın günde 4 flakona kadar kullanımı yalnızca periferik kan progenitor hücrelerinin mobilizasyonu işleminde mümkündür.”

MADDE 15 – Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (ç) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“ç) **Fulvestrant;**

1) Hormon reseptörü pozitif ve endokrin tedavi [tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozol, eksemestan veya letrozol)] sırasında veya sonrasında nüks gelişen postmenopozal (doğal veya yapay yollarla) lokal ileri veya metastatik meme kanseri olan hastalarda, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

2) Östrojen Reseptörü en az %10 pozitif ve İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü 2 (HER- 2) negatif, postmenopozal nüks/metastatik meme kanseri olan hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde aşağıda yer alan kriterler çerçevesinde Kurumca bedelleri karşılanır.

a. Nüks/metastatik meme kanseri tedavisi için birinci sıra aromataz inhibitörü tedavisini 6 aydan daha uzun süre kullandıktan sonra klinik ve/veya radyolojik hastalık progresyonu varlığında ribosiklib veya palbosiklib ile kombine olarak kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Daha önce fulvestrant tedavisi almış veya adjuvan aromataz inhibitörü tedavisinin ilk 12 ayı içinde relaps yapan veya metastatik hastalık için bir sıradan daha fazla aromataz inhibitörü almış hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.

b. Adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi devam ederken (en az 12 ay tedavi almış olmak şartıyla) ya da bu tedavi tamamlandıktan sonraki 12 ay içinde nüks/metastaz görülen hastalarda ribosiklib veya palbosiklib ile kombine olarak kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Daha önce fulvestrant tedavisi almış veya adjuvan aromataz inhibitörü tedavisinin ilk 12 ayı içinde relaps yapan veya metastatik hastalık için bir sıradan daha fazla aromataz inhibitörü almış hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.

c. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.”

b) (i) bendinin (a) alt bendinin yedinci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“7) Bosutinib; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intoler (yukarıdaki 4. ve 5. maddede belirtilen koşullarda) kronik faz (KF), akselere faz (AF) veya blastik faz (BF) Philadelphia kromozomu pozitif (PH+) kronik miyeloid lösemisi olan yetişkin hastaların tedavisinde; bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.”

c) (z) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“z) Dabrafenib, trametinib, vemurafenib ve kobimetinib;

1) Dabrafenib;

a) Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış, ECOG performans skoru 0 veya 1 olan, BRAF V600 mutasyonu pozitif, lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadığı relaps malign melanom/metastatik malign melanom hastalarında progresyona kadar; tek ajan olarak veya trametinib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

b) BRAF V600 E mutasyonu pozitif Evre III malign melanomu olan hastaların tam rezeksiyonu takiben adjuvan tedavisinde progresyona kadar en fazla 12 ay süreyle; trametinib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

2) Trametinib;

a) Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış, ECOG performans skoru 0 veya 1 olan, BRAF V600 mutasyonu pozitif, lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadığı relaps malign melanom/metastatik malign melanom hastalarında progresyona kadar; dabrafenib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

b) BRAF V600 E mutasyonu pozitif Evre III malign melanomu olan hastaların tam rezeksiyonu takiben adjuvan tedavisinde progresyona kadar en fazla 12 ay süreyle; dabrafenib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

3) Kobimetinib; daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış, ECOG performans skoru 0 veya 1 olan, BRAF V600 mutasyonu pozitif, lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadığı relaps malign melanom/metastatik malign melanom hastalarında progresyona kadar; vemurafenib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

4) Vemurafenib; daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış, ECOG performans skoru 0 veya 1 olan, BRAF V600 mutasyonu pozitif, lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadığı relaps malign melanom/metastatik malign melanom hastalarında progresyona kadar; tek ajan olarak veya kobimetinib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

5) Dabrafenib, trametinib, vemurafenib ve kobimetinib etken maddeli ilaçların ardışık olarak kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. Dabrafenib, trametinib, vemurafenib ve kobimetinib etken maddeli ilaçların kombine kullanımı ise yukarıda tanımlandığı şekilde mümkün olup bunun dışında kombine kullanımları halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.”

ç) (bb) bendinin üçüncü alt bendinde yer alan “Alektinib” ibaresinden sonra gelmek üzere “, brigatinib, lorlatinib” ibaresi eklenmiştir.

d) (§§) ve (tt) bentlerinin üçüncü alt bentlerinde yer alan “krizotinib” ibaresinden sonra gelmek üzere “, brigatinib” ibaresi eklenmiştir.

e) (ğğğ) bendinin birinci ve üçüncü alt bentlerinde yer alan “alektinib” ibaresinden sonra gelmek üzere “, brigatinib” ibareleri eklenmiştir.

f) Fıkra aşağıdaki bentler eklenmiştir.

“hhh) Brigatinib;

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarda doğrulanmış ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Daha önce krizotinib ile tedavi edilmiş ve sonrasında progresyon gelişmiş Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarda doğrulanmış metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) Brigatinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib, alektinib veya seritinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

4) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığının belirtilmesi gerekmektedir.

III) Dinutuksimab beta;

1) Uluslararası Nöroblastom Risk Grup Evreleme Sistemi (INRGSS)’ne göre yüksek risk grubuna giren 1 yaş ve üzeri nöroblastom tanılı hastalarda idame tedavileri veya relaps/refrakter hastalık durumunda;

a) Konvansiyonel kemoterapide indüksiyon tedavi kürlerinin bitiminde (kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi sonrası) tam remisyon veya çok iyi kısmi remisyon sağlandıktan sonra idame tedavisi amaçlı ve eş zamanlı olarak,

b) Ototop kök hücre sonrası tam remisyon veya çok iyi kısmi remisyon sağlandıktan sonra idame tedavisi amaçlı ve eş zamanlı olarak,

c) İlk tedavisi sonu (first-line tedavi) remisyon sağlandıktan sonra hastalığı tekrarlamış olanlarda (relaps hastalarda) farklı kemoterapi protokolü ile birlikte,

ç) İlk tanıdan itibaren rezistans gösteren ya da progresyon gösteren hastalarda [en az iki kür sonrası minimum parsiyel remisyon (%50-90) sağlanamayan olgularda] farklı kemoterapi protokolü ile birlikte,

yukarıdaki kriterlerden herhangi birinin bulunması durumunda kullanılması halinde,

2) Sadece üçüncü basamak sağlık kurumlarında kullanılması halinde,

3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında hazırlanacak en az bir çocuk onkoloji uzmanının imzası bulunan sağlık kurulu raporuna istinaden sadece çocuk hematoloji onkoloji ve/veya çocuk onkoloji uzman hekim tarafından reçete edilmesi halinde,

bedelleri Kurumca karşılanır.”

MADDE 16 – Aynı Tebliğin 4.2.16 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler) yukarıda belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;

a) 0-12 ay için 58,12 (elli sekiz virgül on iki) TL,

b) 1-5 yaş için 112,50 (yüz on iki virgül elli) TL,

c) 5-15 yaş için 145,31 (yüz kırk beş virgül otuz bir) TL,

ç) 15 yaş üstü için 150 (yüz elli) TL,

tutar ödenir.”

b) Altıncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekim tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

a) 0-5 yaş için 98,43 (doksan sekiz virgül kırk üç) TL,

b) 5-15 yaş için 150 (yüz elli) TL,

c) 15 yaş üstü için 135,93 (yüz otuz beş virgül doksan üç) TL,

tutar ödenir.”

MADDE 17 – Aynı Tebliğin 4.2.24.C numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Mevsimsel ve pereniyal alerjik rinit semptomlarının giderilmesinde intranazal antihistaminik veya glukokortikoid monoterapilerinin yeterli olmadığı durumlarda; azelastin hidroklorür ve flutikazon propiyonat etken maddelerini içeren sabit doz kombine preparatları 12 yaş ve üzeri hastalarda alerji ve immünoloji, kulak burun boğaz, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.”

b) Maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(3) Mevsimsel ve pereniyal alerjik rinit semptomlarının giderilmesinde intranazal antihistaminik veya glukokortikoid monoterapilerinin yeterli olmadığı durumlarda; mono intranazal kortikosteroid ve mono intranazal antihistaminik ilaçların birlikte kullanımı alerji ve immünoloji, kulak burun boğaz, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları uzman hekimlerince birlikte reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.”

MADDE 18 – Aynı Tebliğin 4.2.27.D.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrasının üçüncü cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Trombosit sayısının >150.000/mikrolitre ile ≤250.000/mikrolitre olması durumunda günde bir kez 25 mg eltrombopag kullanan hastalarda doz azaltımı için günde bir kez 12,5 mg dozu ya da alternatif olarak gūnaşırı 25 mg dozu kullanılabilir.”

b) Beşinci fıkrasında yer alan “hematoloji” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya çocuk hematolojisi ve onkolojisi” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 19 – Aynı Tebliğin 4.2.28.C numaralı maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“4.2.28.C- Ezetimib içeren mono/kombine ürünler, safra asidi tutucular ve ezetimib içeren mono/kombine ürünler ile safra asidi tutucuların statinler ile birlikte kullanımı”

“(3) Safra asidi tutucu ilaçların Tip-2 diyabetes mellitus tedavisinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.”

MADDE 20 – Aynı Tebliğin 4.2.33.D numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Keratitis sicca (kuru göz sendromu) veya kerato konjunktivitis sicca tedavisinde kullanılan suni gözyaşlarının, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce etkilenen göze günde en fazla 7 damlaya kadar reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.”

MADDE 21 – Aynı Tebliğin 4.2.35.A numaralı maddesinin beşinci fıkrasında yer alan “geriatri” ibaresinden sonra gelmek üzere “, iç hastalıkları” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 22 – Aynı Tebliğin 4.2.60 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “intoleransı” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve/veya Non-ketotik hiperglisemi (glisin metabolizması bozuklukları/glisin ensefalopatisi)” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 23 – Aynı Tebliğin 4.2 numaralı maddesine aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“4.2.63-Trientin hidroklorür kullanım ilkeleri

(1) Enfeksiyona bağlı olmayan ateş, lenfadenopati, proteinüri, ciltte döküntü, lupus benzeri etkiler, kemik iliği baskılanmasıyla oluşan yan etkiler (anemi, nötropeni veya trombositopeni), nörolojik semptomlarda kötüleşme durumlarından bir veya birkaçını göstererek D-Penisilamin etken maddeli ilacı tolere edemeyen Wilson hastalarının tedavisinde, en az biri gastroenteroloji uzman hekim olmak kaydıyla; gastroenteroloji ve/veya nöroloji uzman hekimlerinin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

4.2.64-Wilson hastalığında D-penicillamine kullanım ilkeleri

(1) Wilson hastalığı tanıli hastaların tedavisinde, üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji, çocuk nörolojisi, gastroenteroloji, çocuk gastroenterolojisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen sağlık raporuna istinaden, tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

MADDE 24 – Aynı Tebliğin 4.4.1 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı 8,25 (sekiz virgöl yirmi beş) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgöl yirmi altı) TL’nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskonto­ları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgöl yirmi altı) TL (dahil) ile 15,80 (on beş virgöl seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 15,81 (on beş virgöl seksen bir) TL (dahil) ile 23,80 (yirmi üç virgöl seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgöl seksen bir) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgöl seksen bir) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgöl yirmi altı) TL (dahil) ile 15,80 (on beş virgöl seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 15,81 (on beş virgöl seksen bir) TL (dahil) ile 23,80 (yirmi üç virgöl seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgöl seksen bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgöl yirmi altı) TL (dahil) ile 15,80 (on beş virgöl seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 15,81 (on beş virgöl seksen bir) TL (dahil) ile 23,80 (yirmi üç virgöl seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgöl seksen bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgöl yirmi altı) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgöl yirmi altı) TL (dahil) ile 15,80 (on beş virgöl seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 15,81 (on beş virgöl seksen bir) TL (dahil) ile 23,80 (yirmi üç virgöl seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgöl seksen bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(9) Piyasaya verilecek, mevcut EK-4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK-4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT' un "4.3- Yurt dışından ilaç getirilmesi" başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK-4/A Listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve EK-4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(11) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucuları, ayakta veya yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da Kurum eşdeğer ilaç uygulaması ile belirlenen azami birim bedel esas alınmak suretiyle yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5

oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularının ilaç satın alma bedeli ile eşdeğer ilaçların Kurumca ödenen azami fiyatları arasında fark oluşması halinde fark ücreti kişilerden talep edilemez. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(12) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen ürünlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.”

MADDE 25 – Aynı Tebliğ eki;

- a) “Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)” Ek-1’deki şekilde,
- b) “Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi (EK-2/A-2)” Ek-2’deki şekilde,
- c) “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” Ek-3’teki şekilde,
- ç) “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” Ek-4’teki şekilde,
- d) “İlave Oran Uygulanacak İşlemler Listesi (EK-2/C-1)” Ek-5’teki şekilde,
- e) “Diş Tedavileri Puan Listesi (EK-2/Ç)” Ek-6’daki şekilde,
- f) “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK 3/A)” listesi Ek-7’deki şekilde,
- g) “Eksternal Alt ve Üst Ekstremit/Gövde Protez Ortezler (EK-3/C2)” listesi Ek-8’deki şekilde,
- ğ) “Diğer Protez Ortezler (EK-3/C-3)” listesi Ek-9’daki şekilde,
- h) “Tıbbi Sarf Malzemeler (EK-3/C-4)” listesi Ek-10’daki şekilde,
- ı) “Özel Hallerde Karşılanan Tıbbi Malzemeler (EK-3/C5)” listesi Ek-11’deki şekilde,
- i) “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler (EK-3/D)” listesi Ek-12’deki şekilde,
- j) “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-1)” listesi Ek-13’teki şekilde,
- k) “Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-2)” listesi Ek-14’teki şekilde,
- l) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplastisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-1)” Ek-15’teki şekilde,
- m) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-2)” Ek-16’daki şekilde,
- n) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-3)” Ek-17’deki şekilde,
- o) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-4)” Ek-18’deki şekilde,
- ö) “Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/G)” listesi Ek-19’daki şekilde,
- p) “Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/H)” listesi Ek-20’deki şekilde,
- r) “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/I)” listesi Ek-21’deki şekilde,
- s) “Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/J)” listesi Ek-22’deki şekilde,
- ş) “Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/K)” listesi Ek-23’teki şekilde,
- t) “Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/L)” listesi Ek-24’teki şekilde,
- u) “Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/M)” listesi Ek-25’teki şekilde,
- ü) “Allogreft Ürün Grubu Listesi (EK-3/N-1)” Ek-26’daki şekilde,
- v) “Xenogreft Ürün Grubu (EK-3N-2)” listesi Ek-27’deki şekilde,
- y) “Sentetik Greft Ürün Grubu Listesi (EK-3/N-3)” Ek-28’deki şekilde,
- z) “Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/O)” listesi Ek-29’deki şekilde,
- aa) “Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/P)” listesi Ek-30’daki şekilde,
- bb) “Gastroenteroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/R)” Ek-31’deki şekilde,
- cc) “Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/S)” Ek-32’deki şekilde,
- çç) “Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/T)” Ek-33’teki şekilde,
- dd) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-34’teki şekilde,

ee) “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi (EK-4/B)” Ek-35’teki şekilde,

ff) “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi (EK-4/C)” Ek-36’daki şekilde, değiştirilmiştir.

MADDE 26 – Aynı Tebliğ eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)”nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “2” numaralı maddesine aşağıdaki alt maddeler eklenmiştir.

“2.21. Dinutuksimab beta

2.22. Koloni stimüle edici faktörler**

b) Listenin “4.8.3” numaralı alt maddesinde yer alan “Reçineler (Kolestramin)*” ibaresi “Safra asidi tutucular**” şeklinde değiştirilmiştir.

c) Listenin “6.6.3” numaralı alt maddesinde yer alan “Trientine hidrokloride” ibaresi “Trientin hidroklorür” şeklinde değiştirilmiştir.

ç) Listenin “7.3.2” numaralı alt maddesine “7.3.2.4. Etelkalsetid*” satırı eklenmiştir.

d) Listenin “7” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“7.11. Yavaş Fetal Büyüme ve Fetal Malnütrisyon (P05)

P05	Yavaş fetal büyüme ve fetal malnütrisyon
P05.0	Hamilelik yaşına göre hafif fetus
P05.1	Hamilelik yaşına göre küçük fetus
P05.2	Hamilelik yaşına göre hafif veya küçük olmaksızın fetal malnütrisyon
P05.9	Yavaş fetal büyüme, tanımlanmamış

e) Listenin “8” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“8.2.18. Koloni stimüle edici faktörler**

f) Listenin “9” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“9.2.30. Barisitinib* (yalnızca 9.1.5. maddede tanımlı ICD-10 kodlarında)”

g) Listenin “15.4.1.15” numaralı alt maddesinde yer alan “siklus metabolizması bozuklukları” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve Nonketotik hiperglisinemi, glisin metabolizması bozuklukları/glisin ensefalopatisi endikasyonu” ibaresi eklenmiştir.

ğ) Listenin “15.4.1” numaralı alt maddesine aşağıdaki satır eklenmiştir.

“15.4.1.17. Vestronidase alfa* (Yalnızca E76.2 Diğer mukopolisakkaridozlar ICD-10 kodunda Mukopolisakkaridoz Tip VII tanısında muaftır.)”

h) Listenin “15” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“15.20. İnterstisyel sistit (kronik) (N30.1)

N30.1	İnterstisyel sistit (kronik)
-------	------------------------------

MADDE 27 – Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)”nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER” başlıklı maddesinin “3. Kuşak Sefalosporinler” alt maddesine “6” numaralı satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

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 halinde Kurumca bedelleri karşılanır.
-----	--	---

”

b) Listenin “13- DİĞERLERİ” başlıklı maddesinin “2”, “3” ve “4” numaralı satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve “4” numaralı satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

2	Glukagon	Glukagonun; yalnızca insülin kullanan hastalarda günlük en fazla 1 mg dozunda kullanılması ve iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Günlük 1 mg dozun üzerinde kullanılması gereken durumlarda; iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden en fazla 1 aylık dozda tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.
3	Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin	Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Hipertansiyonun eşlik ettiği benign prostat hiperplazisi endikasyonunda kombine kullanılmaması koşulu aranmaz.
4	Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil)	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.

”

“

4.1	Serenoa repens standardize lipofilik ekstre	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin, finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) etken maddeli ilaçlar ile kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.
-----	---	---

”

MADDE 28 – Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “14” numaralı maddesinde yer alan “(Granülosit, Makrofaj, Filgrastim, Lenograstim, Pegfilgrastim, Lipegfilgrastim) (Lenograstim, günde 4 Flakona kadar kullanımı ancak “periferik kan progenitor hücrelerinin mobilizasyonu” endikasyonunda)” ibaresi “(SUT’un 4.2.14. B numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listenin “28” numaralı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

c) Listenin “45” numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“45. Solifenasin, tolterodine-L, trospiyum, darifenasin, propiverin, fesoterodin, mirabegron, transdermal oksibutin; oral oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda nöroloji, üroloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Duloksetin, erişkin kadınlarda orta dereceli ve şiddetli stres ürinerin kontinansın tedavisinde ve stres üriner inkontinansın baskın olduğu mikst üriner inkontinans (sıkışma ve stres ürinerin kontinansın birlikteliği) tedavisinde nöroloji, üroloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Solifenasin, tolterodine-L, trospiyum, darifenasin, propiverin, fesoterodin, transdermal oksibutin ve oral oksibutin etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.”

ç) Listenin “77” numaralı maddesinin ikinci cümlesinde yer alan “endokrinoloji” ibareleri “kardiyoloji veya nöroloji” ibaresi şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 29 – Aynı Tebliğ eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/G)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “4” numaralı maddesinde yer alan “Polimiksin B (parenteral formları)” ibaresinden sonra gelmek üzere “, Siprofloksasin (parenteral formları), Levofloksasin (parenteral formları), Ofloksasin (parenteral formları), Moksifloksasin (parenteral formları)” ibaresi eklenmiştir.

b) Listenin “5” numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aynı maddeye aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“5. Sefoperazon, Sefoperazon-Sulbaktam, Sefotaksim, Seftazidim, Seftizoksım, Teikoplanin ile parenteral formlarıyla sınırlı olmak üzere Gansiklovir etken maddeli ilaçların; kanser, tüberküloz, bronşektazi, pnömoni, diyaliz tedavisi gören kronik böbrek hastalığı, nefrotik sendrom, osteomyelit, tromboflebit, kistik fibrozis, antibiyotik kullanımı gereken immün bozukluklar, kronik karaciğer hastalıkları, diyabet, bir aydan küçük yeni doğan bebeklerdeki enfeksiyonlar, orbital selülit, solid organ nakli, kemik iliği nakli tanılarıyla yatarak tedavide başlanan parenteral antibiyotığın taburculuk sonrası devamı gereken hallerde bu ilaçların antibiyotik tablosunda belirtilen şartlarda ayakta tedavilerde 10 gün süreyle kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.”

“5.1. Seftazidim pentahidrat ve Avibaktam sodyum kombinasyonu”

MADDE 30 – Bu Tebliğin;

a) 3 üncü maddesi 24/11/2020 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
b) 24 üncü maddesi 20/2/2021 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
c) 25 inci maddesinin (dd) ve (ee) 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 yayımı tarihinde, listeye giriş tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

ç) 25 inci maddesinin (ff) bendinde düzenlenen ekli listede fiyat değişiklik tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihte, diğer ilaçlar yayımı tarihinde,

d) 4 ila 9 uncu maddeleri ile 12 nci, 22 nci, 30 uncu, 31 inci maddeleri, 25 inci maddesinin (c) bendinde yer alan “704210”, “704230”, “704233” SUT kodlu işlem satırları ile (ç) bendinde yer alan “P704210”, “P704230”, “P704233” SUT kodlu işlem satırları yayımı tarihinde,

e) 1 inci maddesi ve bu maddenin (d) bendinde belirtilen SUT kodlu işlem satırları hariç olmak üzere, 25 inci maddesinin (a) ila (çç) bentlerinde düzenlenen ekli listeler 1/6/2021 tarihinde,

f) Diğer maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
yürürlüğe girer.

MADDE 31 – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

[Ekleri için tıklayınız](#)