

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 1.8.1 numaralı maddesinin altıncı fıkrasında yer alan “Kurumca belirlenen kronik hastalıklar” ibaresinden sonra gelmek üzere “, elektronik sevk formu ile sevk edilen hastalar ” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 2 – Aynı Tebliğin 1.9.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasının birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Aşağıda belirtilen kişilerden hiçbir ilave ücret alınamaz.”

MADDE 3 – Aynı Tebliğin 2.4.1.B-1 numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) %40 ve üzerinde engelli kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki dış ünitelerinde yapılan dış tedavilerinin ödenebilmesi için, engellilik durumu belgelendirilmelidir. Bu hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin dış hekimliği fakültelerince muayene yapan hekim tarafından sağlık raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki dış ünitelerine başvurabilirler. Sağlık raporunda, yapılacak ağız ve diş sağlığına ilişkin tedaviler açıkça belirtilmelidir. Engellilik durumu nedeni ile ağız ve diş muayeneleri yapılamayan hastalarda bu durum sağlık raporunda belirtilmelidir. Sağlık raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 10 iş günü (raporun alındığı gün dahil) içinde tedaviye başlanması gerekmektedir.”

MADDE 4 – Aynı Tebliğin 2.4.4.D-1-1 numaralı maddesinin sekizinci fıkrasında yer alan “kurulu” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 5 – Aynı Tebliğin 2.6.1.A numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) İkinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerde birinci basamak resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri,”

b) Birinci fıkrasının (b) bendinde yer alan “tedavinin yapılabilirdiği” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

c) İkinci fıkrasının (a) bendinin sonuna “(donör dahil)” ibaresi eklenmiştir.

ç) İkinci fıkrasının (c) bendinde yer alan “Uzuv replantasyonu” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya kontrolü” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 6 – Aynı Tebliğin 2.6.1.B-3 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde yer alan “naklin öngörülmesi durumunda da” ibaresinden sonra gelmek üzere “hastalığın ne olduğu, mutak taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 7 – Aynı Tebliğin 2.6.1.B-4 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Dördüncü fıkrasının birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

“Tarifeli uçak için ibraz edilen bilet/fatura tutarı, ekonomi sınıf bedeli üzerinden ödenir.”

b) Beşinci fıkrasında yer alan “28 inci maddesi gereği belirlenen” ibaresinden sonra gelmek üzere “asgari” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 8 – Aynı Tebliğin 2.6.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“ç) Belli bir program çerçevesinde sayılan tedaviler hariç olmak üzere sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda ayaktan tedavinin başvuru tarihinden itibaren 10 günü aşması halinde, gerekçesinin sevk belgesinde belirtilmesi durumunda 10 günü aşan süreler için de gündelik ödenir.”

MADDE 9 – Aynı Tebliğin 2.6.3 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı olan “Refakatçi giderleri” ibaresinden sonra gelmek üzere “(yol, gündelik)” ibaresi eklenmiştir.

b) Birinci fıkrasının ikinci cümlesinin başına “%40 ve üzeri engelli kişilerde, organ, doku, kök hücre nakli, uzuv replantasyonu tedavilerinde ve” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 10 – Aynı Tebliğin 2.6.4 numaralı maddesinin birinci fıkrasının giriş ibaresi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Mevzuata uygun olarak yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan, kanser tedavisi gören, uzuv replantasyonu yapılan veya meslek hastalıkları hastanesinde meslek hastalığı nedeniyle tedavi olan hastaların kontrol amaçlı sevkleri;”

MADDE 11 – Aynı Tebliğin 2.6.9 numaralı maddesinin yedinci fıkrasında yer alan “Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine” ibaresi “İl Sağlık Müdürlüğüne” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 12 – Aynı Tebliğin 3.1.2 numaralı maddesinin on dokuzuncu fıkrasında yer alan “merkezleri ile işitme cihazı” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 13 – Aynı Tebliğin 3.3.4.A numaralı maddesinin altıncı ve yedinci fıkraları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 14 – Aynı Tebliğin 3.3.35 numaralı maddesinin on birinci fıkrasında yer alan “İşitme cihazı sağlık kurulu raporu ve” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 15 – Aynı Tebliğin 4.1.4 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasının üçüncü cümlesinde yer alan “için” ibaresi “sadece ilgili uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır,” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Beşinci fıkrasına aşağıdaki cümleler eklenmiştir.
“Topikal antifungaller bir reçetede en fazla 2 kutu yazılabilir. Tedavinin devamı gerekli ise devam reçetesi/reçetelerinin dermatoloji uzman hekimi tarafından düzenlenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

MADDE 16 – Aynı Tebliğin 4.2.1.C numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.1.C-1 numaralı alt maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“b) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik-kronik) hastalarda;

1) NSAİ ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir.

2) Adalimumabın flakon formunun yalnızca; bir veya daha fazla hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilacı en az 3 ay kullanmış olmasına rağmen ACR pediatrik 30 yanıtı alınamamış olan üveit eşlik eden aktif poliartiküler juvenil idiyopatik artritle 2-17 yaşları arası çocuk ve adölesan hastalarda methotrexat ile kombine olarak tedaviye başlanılarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Adalimumabın flakon formunun methotrexata karşı intolerans gelişmesi durumunda veya methotrexat ile tedaviye devam edilmesinin uygun olmadığı durumlarda monoterapi olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

3) Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtın alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.”

b) 4.2.1.C-1 numaralı alt maddesinin onuncu fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir. “Crohn hastalığında adalimumabın flakon formunun kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.”

c) 4.2.1.C-4 numaralı alt maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(2) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı üçer ay süre ile uygun dozda kullanmış ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) aktif psöriyatik artritle yetişkin hastaların tedavisine en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır.

a) Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede yeterli cevap alınması halinde (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınması), bu durumun belirtildiği 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile tedaviye devam edilir. Yanıt alınmaması halinde tedavi sonlandırılır.

b) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

MADDE 17 – Aynı Tebliğin 4.2.6.A numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“4.2.6.A-3- Turner sendromunda;

(1) Epifiz hatları açık olan, klinik ve genetik olarak turner sendromu tanısı almış hastalarda, en az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde büyüme hormonu bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, raporda ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.

(2) Aşağıdaki kriterlerin herhangi biri sağlandığında tedavi sonlandırılır:

a) Epifiz hattı kapandığında.

b) Yıllık büyüme hızı 4 cm. ve altında olduğunda.

c) Boy uzunluğu 155 cm.’ye ulaştığında.

ç) Kemik yaşı 14’ e ulaştığında.”

MADDE 18 – Aynı Tebliğin 4.2.9.Ç numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasında yer alan “diyalizat kalsiyumunu 1,25 mmol/L ile kullanılmasına rağmen” ibaresi yürürlükten kaldırılmış, “ $\geq 10,5$ ” ibaresi ise “ $\geq 8,5$ ” olarak değiştirilmiştir.

b) İkinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\leq 8,4$ mg/dl olanlarda cinacalcet tedavisi kesilir.”

MADDE 19 – Aynı Tebliğin 4.2.10.B-2 numaralı alt maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Hasta adına, en az biri çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekim olmak kaydıyla; gastroenteroloji veya nöroloji veya nefroloji uzman hekimlerince düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. Raporla; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır.”

MADDE 20 – Aynı Tebliğin 4.2.10.C-2 numaralı alt maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “, nöroloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile göğüs hastalıkları (bulunmayan yerlerde çocuk alerji ve/veya immünoloji)” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) İkinci fıkrasının üçüncü cümlesinde yer alan “6 aydır.” ibaresi “1 yıldır.” olarak değiştirilmiştir.

MADDE 21 – Aynı Tebliğin 4.2.12.B numaralı maddesinin birinci fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (e) bendinde yer alan “ilgili uzman hekimler” ibaresi “nöroloji uzman hekimleri” şeklinde değiştirilmiştir.

b) (f) bendinde yer alan “ilgili uzman hekimler” ibaresi “nöroloji uzman hekimleri” şeklinde değiştirilmiş, “tarafından,” ibaresinden sonra gelmek üzere “1 yıl süreyle düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden ilgili uzman hekimlerce” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 22 – Aynı Tebliğin 4.2.13 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrasının ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) 4.2.13.1 numaralı alt maddesinin yedinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(7) Kronik hepatit B tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir.”

c) 4.2.13.1 numaralı alt maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(8) Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.”

MADDE 23 – Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasında yer alan “Bevacizumab,” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Üçüncü fıkrasının (n) bendine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“(3) Daha önceden borteomib veya borteomib içeren kombinasyonlarla tedavisi başarısız olan nüks veya dirençli mantle hücreli lenfoma tedavisinde, bu durumların belirtildiği

hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde progresyon gelişene kadar Kurumca bedeli karşılanır.”

c) Üçüncü fıkrasına aşağıdaki bentler eklenmiştir.

“nn) Bevasizumab;

1) Metastatik kolorektal kanser tedavisinde;

a) 5-florourasil/folinik asit veya 5-florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin birinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

b) Daha önceki basamaklarda bevasizumabın kullanılmadığı metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin ikinci ve sonraki basamak tedavilerinde 5-florourasil/folinik asit veya 5-florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

c) Daha önce adjuvant amaçlı kemoterapi almamış olan metastatik kolon veya metastatik rektum kanserli hastalarda, birinci basamak tedavi olarak okzaliptatin ile kapesitabin veya 5-florourasil/folinik asit ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

2) Malign glioma (DSÖ evre IV)–glioblastoma tedavisinde; histolojik olarak glioblastoma multiforme tanısı almış ve bir seri temozolomid sonrası nüks gelişmiş veya progresyon göstermiş hastalarda kemoterapi ile birlikte progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Bu tedavi ile progresyon gelişen hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

3) Serviks kanseri tedavisinde; lokal tedavilere uygun olmayan rekürren/persistan veya metastatik serviks kanseri olan erişkin hastaların birinci basamak tedavisinde paklitaksel ve cisplatin veya paklitaksel ve topotekan ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Daha önce radyo duyarlaştırıcı haricinde sistemik kemoterapi tedavisi almış ve progresyon göstermiş hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

4) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

oo) Pleriksafor;

1) Otolog kök hücre nakli gerçekleştirmek istenen lenfoma veya multipl miyelom tanısı konmuş ve aşağıdaki tedavi protokolleri ile yeterli kök hücre mobilizasyonu ($\geq 2 \times 10^6$ /kg CD34 pozitif hücre) sağlanamayan erişkin hastalarda Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör (G-CSF) ile kombine olarak kullanılır.

a) Sadece G-CSF mobilizasyonunun yeterli olacağı öngörülen hastalardan en az bir seri 10 mikrogram/kilogram gün dozunda G-CSF uygulaması ve en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması,

b) Sadece G-CSF ile yeterli düzeyde kök hücre mobilizasyonu sağlanamayacağı öngörülen hastalarda en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması.

2) Bünyesinde terapötik aferez merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği en az biri hematoloji uzman hekim olmak üzere hematoloji ve onkoloji uzman hekimlerinden oluşan 1 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya onkoloji uzman hekimleri tarafından en fazla 4 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

öö) Denosumab 120 mg;

1) Daha önce zoledronik asit kullanmamış, kırık veya bası riski yüksek kemiklere metastaz yapmış meme kanseri, hormon refrakter prostat kanseri veya küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında kemik progresyonuna kadar, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

2) Rezeke edilemeyen veya cerrahi morbidite riski yüksek, yetişkinler ile iskeleti olgunlaşmış adölesanlarda görülen kemiğin dev hücreli tümörünün tedavisinde en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

pp) Nivolumab yalnızca;

1) ECOG performans skoru 0-1 olan, birinci basamak kemoterapi sonrasında progresyon göstermiş, daha önce PD-1 ve PD-L1 inhibitör tedavisi almamış rezeke edilemeyen lokal ileri evre veya metastatik malign melanomu olan hastaların tedavisinde progresyona kadar tek başına kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. İpilimumab etken maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli ödenmez.

2) Karnofsky performans statüsü en az 70 olan, daha önce en az bir basamak sitokin (interferon veya interlökin) ve sonrasında bir basamak da antianjiyotik tedavi almış olmak şartı ile 3. veya 4. basamak tedavi olarak, ileri evre berrak hücreli renal kanser tedavisinde progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.

3) Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak klasik hodgkin lenfoma endikasyonunda, otolog kök hücre nakli sonrasında brentuksimab tedavisi ile progresyon gösteren veya relaps olan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”

MADDE 24 – Aynı Tebliğin 4.2.16 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklere öncelikle ileri derecede hidrolize mamalar başlanır. İleri derecede hidrolize mamanın tolere edilemediği durumlarda, anafilakside, enteropatide, eozinofilik özofajitte, besin protein ilişkili enterokolit sendromunda veya çoklu besin alerjileri gibi ağır vakalarda aminoasit bazlı veya pirinç proteini bazlı mamalar kullanılır. Bu durumların belirtildiği; çocuk gastroenteroloji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

b) Altıncı fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “1” ibaresi “3” olarak değiştirilmiştir.

MADDE 25 – Aynı Tebliğin 4.2.17.A numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Birinci fıkrasının üçüncü cümlesinde yer alan “1” ibaresi “2” olarak değiştirilmiştir.
- b) İkinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “bir” ibaresi “iki” olarak değiştirilmiştir.

MADDE 26 – Aynı Tebliğin 4.2.23 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Birinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.
- b) İkinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Bu maddede belirtilen etken maddeli ilaçların sistemik mantar enfeksiyonları tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

c) Dördüncü fıkrasının (a) bendinde yer alan “(Yukarıda yer alan birinci ve ikinci fıkra hükümleri aranmaz.)” ibaresi yürürlükten kaldırılmış, aynı bende “Posakonazolün parenteral formları yalnızca oral formlarını kullanamayan hastalarda kullanılabilir.” ibaresi eklenmiştir.

- ç) Altıncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(6) Mikafungin;

1) İnvaziv kandidiyazis ve özofajiyal kandidiyazis endikasyonlarında kullanılır.

2) Allojenik hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) yapılan hastalarda veya akut lenfosit lösemi (ALL) hastalarında nötropenik dönemde ve takip eden bir hafta içinde veya mukoziti olan olog hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastalarda nötropenik dönemde aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır.

3) 10 gün veya daha uzun süreyle nötropeni olması beklenen diğer hastalarda aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisi endikasyonunda ödenmez.”

- d) Aynı maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(8) Vorikonazol 200 mg tablet; nötropeni olması beklenen hematopoietik kök hücre nakli alıcısı hastaların aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksi endikasyonunda da kullanılır.”

MADDE 27 – Aynı Tebliğin 4.2.29 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasında yer alan “Bu grup ilaçların” ibaresinden sonra gelmek üzere “(aşağıda belirtilenler hariç)” ibaresi eklenmiştir.

- b) Aynı maddeye aşağıda yer alan fıkralar eklenmiştir.

“(2) Tek başına dienogest etkin maddesi içeren ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(3) Tek başına progesteron etkin maddesi içeren ve infertilite tedavisi endikasyonu olan topikal ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen prospektüs endikasyonlarıyla uyumlu uzman hekim raporuna istinaden diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

MADDE 28 – Aynı Tebliğin 4.2.38 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin, alogliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu

hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptini tek başına içeren 2,5 mg.'lık formları günlük en fazla 2,5 mg. dozunda, alogliptini tek başına içeren 12,5 mg.'lık formları günlük en fazla 12,5 mg. dozunda yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında kullanılabilir.”

b) Aynı maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin, empagliflozin); metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glikemik kontrol sağlanamamış hastalarda, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

MADDE 29 – Aynı Tebliğin 4.4.1 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.4.1 – Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı 4,86 (dört virgül seksen altı) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskentoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların orjinal, 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 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

ç) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jeneriği olmayan orjinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jeneriği olan orjinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11 + % 7 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(7) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır.

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgöl otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgöl sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11 + %10 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgöl sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.”

MADDE 30 – Aynı Tebliğ eki “Hizmet Başlı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “602290” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

514	602290	Endoskopik septoplasti	601330, 601331, 601450, 601460, 601470, 601510, 601620, 602230, 602240 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
-----	--------	------------------------	--	--------

b) Listeye “610532” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

610533		Hemoroid ablasyonu (RF/lazer) veya embolizasyonu	610490, 610530, 610531, 610610 ile birlikte faturalandırılmaz. Grade 3 hemoroidde faturalandırılır. Tüm seanslar ve tüm pakeler dahil. Bu işlemde kullanılan malzemelerin kullanım kriterleri işlem içinde geçerlidir.	275,21
--------	--	--	--	--------

c) Listede yer alan “613970” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1857	613970	Enstrümantasyon çıkarılması, 6 seviyeden fazla	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanamaz. Gerekliği sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmiş vakalarda bedeli Kurumca karşılanır.	1.198,99
------	--------	--	--	----------

ç) Listede yer alan “613980” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1858	613980	Enstrümantasyon çıkarılması, 6 veya daha az vertebra segmenti	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanamaz. Gerekliği sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmiş vakalarda bedeli Kurumca karşılanır.	959,53
------	--------	---	--	--------

d) Listeye “614555” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

614556		Metastatik tümörlerde profilaktik fiksasyon	Minimal invaziv, sirküler fiksator, perkütan pinleme dahil	738,00
--------	--	---	--	--------

e) Listeye “702310” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

702311		Üst ekstremitte rehabilitasyon iş istasyonu (robotik olmayan)		25,13
--------	--	---	--	-------

f) Listede yer alan “704973” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

3351	704973	Kordon kanı nakli, allojenik		940,98
------	--------	------------------------------	--	--------

g) Listeye “704973” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

	704974	Kordon kanı nakli, otolog		450,30
--	--------	---------------------------	--	--------

ğ) Listede yer alan “705330” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

3388	705330	Steril tüp birleştirme, her bir bağlantı	705352, 705353, 705354, 705355, 705372, 705373, 705431, 705432, 705441, 705442, 705443 işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.	12,14
------	--------	--	--	-------

h) Listeye “705351” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

	705352	Aferez trombosit süspansiyonu pediatrik (ikiye bölünmüş), tek ünite	Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz.	283,48
	705353	Aferez trombosit süspansiyonu pediatrik (üçü bölünmüş), tek ünite	Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. Kızılzay tarafından ek torba ile hazırlanan pediatrik aferez trombosit süspansiyonu bu işlem kodundan faturalandırılır.	193,03
	705354	Tek donörden çift aferez trombosit süspansiyonu, pediatrik (ikiye bölünmüş), tek ünite	Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz.	188,37
	705355	Tek donörden çift aferez trombosit süspansiyonu, pediatrik (üçü bölünmüş), tek ünite	Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz.	129,62

ı) Listeye “705430” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

	705431	Taze donmuş plazma pediatrik (ikiye bölünmüş), tek ünite	705130, 705140, 705240, 705280, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610 işlemleri ve tüm malzeme dahil	64,41
	705432	Taze donmuş plazma pediatrik (üçü bölünmüş), tek ünite	705130, 705140, 705240, 705280, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610 işlemleri ve tüm malzeme dahil	46,99

MADDE 31 – Aynı Tebliğ eki “Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “P602290” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

206	P602290	Endoskopik septoplasti	P601330, P601331, P601450, P601460, P601510, P601620, P602230, P602240 ile birlikte faturalandırılmaz	C	793,25
-----	---------	------------------------	---	---	--------

b) Listeye “P610532” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

	P610533	Hemoroid ablasyonu (RF/lazer) veya embolizasyonu	P610490, P610530, P610531, P610610 ile birlikte faturalandırılmaz. Grade 3 hemoroidde faturalandırılır. Tüm malzemeler, tüm seanlar, tüm pakeler dahil. Bu işlemde kullanılan malzemelerin kullanım kriterleri işlem içinde geçerlidir.	D *	762,73
--	---------	--	---	-----	--------

c) Listede yer alan “P613970” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1437	P613970	Enstrümantasyon çıkarılması, 6 seviyeden fazla	Gerekliliği sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmiş vakalarda bedeli Kurumca karşılanır.	A3	4.332,06
------	---------	--	--	----	----------

ç) Listede yer alan “P613980” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1438	P613980	Enstrümantasyon çıkarılması, 6 veya daha az vertebra segmenti	Gerekliliği sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmiş vakalarda bedeli Kurumca karşılanır.	B	2.731,37
------	---------	---	--	---	----------

d) Listeye “P614555” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

	P614556	Metastatik tümörlerde profilaktik fiksasyon	Minimal invaziv, sirküler fiksatör, perkütan pinleme dahil. (Fiksatör ve pin hariç)	B *	1.767,28
--	---------	---	---	-----	----------

e) Listede yer alan “P615760” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1644	P615760	Lomber intradural tümör eksizyonu	P616020, P615761 ve 615761 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil.	B	3.601,58
------	---------	-----------------------------------	---	---	----------

f) Listede yer alan “P704973” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2416	P704973	Kordon kanı nakli, allojenik		A1	256.547,47
------	---------	------------------------------	--	----	------------

g) Listeye “P704973” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

P704974	Kordon kanı nakli, otolog	A1	70.227,96
---------	---------------------------	----	-----------

MADDE 32 – Aynı Tebliğ eki “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)” nde yer alan “OR2640” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

OR2640	İNSİZYONEL KATETER SETİ (POMPA DAHİL)	(1) Aynı yatış döneminde en fazla bir adet faturalandırılabilir. (2) A grubu ameliyatlarda ve/veya büyük kemik ve büyük eklemlerin cerrahi tedavilerinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	950,00
--------	---------------------------------------	---	--------

MADDE 33 – Aynı Tebliğ eki “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)” nde yer alan “KV1021” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

KV1021	BIYOLOJİK KAPAKLI PULMONER KONDUİT (KAPAK İMPLANTE EDİLMİŞ) DOKUSU TEDAVİ EDİLMİŞ	10.000
--------	---	--------

MADDE 34 – Aynı Tebliğ eki “Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/K)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “DOĞUM SALONU AMELİYATHANESİ SARF MALZEME LİSTESİ” başlığı “OBSTETRİK MALZEMELER” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan “DOĞUM SALONU SARF MALZEME LİSTESİ” başlığı yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 35 – Aynı Tebliğ eki “Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/L)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “UR1073” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

UR1073	ÜRETERAL ACCES KILIFLARI	293,00
--------	--------------------------	--------

b) Listede yer alan “UR1086” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

UR1086	KLİPS S/M/ML/L/XL POLİMER, KİLİTLENEBİLİR, LAPAROSKOPİK VE/VEYA AÇIK KULLANIMA UYUMLU	130,00
--------	---	--------

c) Listede yer alan “UR2007” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

UR2007	İNTRAKAVİTER HİPERTERMİ İÇİN İNTRAKAVİTER KEMOTERAPİ SETİ	2.484,00
--------	---	----------

ç) Listede yer alan “UR2007” SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı altında yer alan açıklamanın birinci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “3 (üç) üroloji” ibaresi “2 üroloji ve 1 anestezi” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 36 – Aynı Tebliğ eki “Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “HO1020” SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı altında yer alan açıklamaya aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Yoğun bakım ünitesinde takip edilen;

a) Kanıtlanmış Gr (-) enfeksiyon,

b) SOFA skoru > 2,

c) Klinik olarak hipovoleminin olmadığı durumda OAB > 65 mmHg olması için vazopresor desteği gerektiren,

ç) Kan laktat düzeyi > 2 mmol/L,

d) AKIN skoru Evre 2 (renal hasar) olan akut böbrek hasarı bulunan septik şok klinik tablolarında kullanılır.”

MADDE 37 – Aynı Tebliğ eki “Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/P)”nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “DİĞER” başlığı yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “NF1035” ve “NF1036” SUT kodlu satırlar yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 38 – Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)” nin “13- DİĞERLERİ” başlıklı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İki numaralı alt madde aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2	Glukagon	UH-P (Glukagonun günlük 3 ve üzeri uygulanmasının gerekmesi durumunda hastanın iç hastalıkları uzman hekimlerince hastaneye yatırılarak insülin dozunun ayarlanması ve belirlenen günlük uygulama sayısının 3 ve üzerinde olması durumunun devam etmesi halinde en az bir iç hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi koşulu ile bedeli Kurumca karşılanır.)
---	----------	---

b) Aşağıda yer alan alt madde eklenmiştir.

24	Kalsiyum karbonat + kolekalsiferol (vitamin D3) + genistein	Yalnızca postmenopozal osteoporoz endikasyonunda bedeli Kurumca karşılanır.
----	---	---

MADDE 39 – 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 15 numaralı maddesinin sonuna gelmek üzere “(Levonergestrel etkin maddeli ürünün anormal uterin kanamalarda kullanımı öncesi, intrauterin organik patolojilerin ekartasyonu için ofis histeroskopi ya da Salin İnfüzyon Sonografisi (SİS) yapılması, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından düzenlenen sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.)” ibaresi eklenmiştir.

b) Listenin 27 numaralı maddesinin ikinci cümlesinde yer alan “1 yıl” ibaresi “6 ay” olarak değiştirilmiş ve son cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

c) Listenin 39 numaralı maddesinde yer alan “paliperidonun” ibaresinden sonra gelmek üzere “1 aylık depo” ibaresi eklenmiştir.

ç) Listenin 39 numaralı maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“39.1. Paliperidonun 3 aylık depo parenteral formları (Aralıksız en az 4 ay süreyle paliperidonun 1 aylık depo parenteral formunun kullanımı sonrası klinik olarak stabil olan hastalarda bu durumun belirtildiği psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. 3 aylık depo parenteral form ile stabil olan hastalarda tedaviye üç aylık depo parenteral formla devam edilir. Bu tedaviye devam edilemeyen hastalarda ise gerekçesinin belirtildiği psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bir aylık depo parenteral formuna yeniden geçilebilir.”

d) Listenin 70 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“70. Levocarnitin; ayaktan tedavilerde yalnızca 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularında nefroloji, endokrinoloji, nöroloji, kardiyoloji, çocuk metabolizma veya hemodiyaliz sertifikalı iç hastalıkları uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

e) Listeye aşağıda yer alan madde eklenmiştir.

“71. Sapropterin dihidroklorür; BH4 yanıtılık testinde başlangıç fenilalanin düzeyine göre en az %30 düşme tespit edilen fenilketonürlü hastaların veya tetrahidrobiopterin (BH4) metabolizması bozukluğu tanısı enzim düzeyi ölçülmek suretiyle ya da genetik olarak konmuş hastaların tedavisinde çocuk metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma hastalıkları uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

MADDE 40 – Aynı Tebliğ eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/G)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin 35 numaralı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listeye aşağıda yer alan madde eklenmiştir.

“63. Magnezyum sülfat heptahidrat (4 gr/100 ml, 40 gr/1000 ml): 40 gr/1000 ml formu 24 saat içerisinde en fazla 1 kutu kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

MADDE 41 – Bu Tebliğin;

a) 1 inci maddesi yayımı tarihinden 30 gün sonra,

b) 3 üncü maddesi 10/1/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 4 üncü maddesi 15/2/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

ç) 29 uncu maddesi 19/2/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

d) Diğer maddeleri yayımı tarihinden 10 gün sonra,

yürürlüğe girer.

MADDE 42 – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.