

## TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

## SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE

## DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ

**MADDE 1** – 25/3/2010 tarihli ve 27532 mükerrer sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 6.1.4 numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Beşinci fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“b) Yanıklar, anemiler, sistemik olmayan mantar enfeksiyonları, reflü ve GIS ülserlerinde kullanılan ilaçlar; yalnız dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilen oral retinoidler, taburcu edilen hastaların idame tedavisi için düzenlenen reçetelere yazılan ilaçlar, en fazla 28 günlük dozda, (SUT’ta yer alan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla)”

b) Sekizinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(8) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) en fazla 28 günlük doza kadar ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için tebliğde yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir.”

**MADDE 2** – Aynı Tebliğin 6.1.5 numaralı maddesine aşağıdaki dokuzuncu fıkra eklenmiştir.

“(9) Yeniden e-reçete düzenlenmeksizin yapılacak ilaç temininde;

a) SUT eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi’nde (EK-2) yer alan hastalıklardan aşağıda belirtilen hastalık grupları ile bu hastalık grupları için EK-2 listesinde tanımlı ilaçlar uygulama kapsamındadır.

1- (4.1.) Kalp Yetmezliği (I50)

2- (4.2.) Koroner Arter Hastalığı (I20) (I25) (Z95.1) (Z95.5-Z95.9)

3- (4.5.) Arteriyel hipertansiyon (I10 -I13) (I15)

4- (4.8.) Hiperkolesterolemi\*, hiperlipidemi \* (E78)

5- (7.2.1.) Diabetes Mellitus (E10 – E14)

6- (10.3.1.) Parkinson hastalığı (G20)

7- (10.7.) Demans (F00) (F01.1 – F01.9) (F02-F03) (G30)

8- (12.1.) Glokom (H40.1-H40.9)

9- (12.2) Kronik ve nükseden üveitler, tiroide bağlı oftalmopati ve sempatik oftalmi, keratoplasti red reaksiyonu (H20.1) (H20.8) (H06.2) (H44.1) (T86.8-T86.9)

10- (12.3.) Kuru göz sendromu (H04.1)

b) Yukarıda belirtilen hastalıklarda sağlık raporuna dayanılarak düzenlenmiş reçeteye istinaden yeniden reçete

düzenlenmeksizin eczaneden ilaç temin edilebilir. Bu şekilde ilaç temini, düzenlenmiş reçete tarihi itibarıyla 6 aylık süreyi kapsar. Süre bitiminde tekrar reçete düzenlenir.

c) 6 ay boyunca, düzenlenmiş reçetede yazılı miktarlar esas alınarak, yeniden reçete düzenlenmeksizin bu miktarlarda ilaç temin edilebilir. Ancak SUT 'ta belirtilen özel hükümler ile düzenlenmiş reçetede yazılı günlük kullanım dozuna göre bir seferde üç aylık tedavi dozunun aşılmaması gözetilir.

ç) Raporun geçerlilik süresinin bitmesi durumunda yeniden rapor ve reçete düzenlenmesi şartı aranır.”

**MADDE 3 – Aynı Tebliğin 6.2.1.C-1 numaralı maddesinin birinci ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

“(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit;

a) Romatoid artritli erişkin hastalarda; biri metotreksat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, en az 3'er ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 >5.1) juvenil romatoid artritte DAS 28 kriteri aranmaz) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28'te 0.6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28'te toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme gösterilemezse tedavi kesilir.

b) Juvenil romatoid artritli (Poliartiküler -idiyopatik-kronik) hastalarda NSAİ ve/veya metotreksat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıt alınmamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının 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.”

“(7) Bu ilaçların intravenöz formları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurumunda uygulanır. Subkütan formlarının ilk dozları fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık tesisinde hekim gözetiminde yapılır, uygun enjeksiyon tekniği konusunda hastaya veya hasta yakınına eğitim verildikten sonra ilgili uzman hekim uygun gördüğü ve sağlık kurulu raporunda “Mahallinde tedavisi sürdürülebilir” ibaresine yer verdiği takdirde hastane dışında uygulanmak üzere üç aylık dozlar halinde reçete edilebilir.”

**MADDE 4 – Aynı Tebliğin 6.2.1.C-3 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

#### **“6.2.1.C-3-Abatasept**

(1) Romatoid artritli erişkin hastalarda;

a) Aktif romatoid artritli bulunan biri metotreksat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, en az 3'er ay kullanmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU>5.1 olan) erişkin hastalarda metotreksat ile birlikte, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

b) İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28'te 0.6 puandan fazla düşme olması halinde,

bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir.

c) Bu raporun süresi sonunda DAS 28’te toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir.

ç) Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme gösterilemezse tedavi kesilir.

(2) Juvenil romatoid artritli (Poliartiküler-idiyopatik) hastalarda;

a) 3 aylık anti TNF tedavisine rağmen ACR pediatrik 30 cevap kriterine ulaşamayan çocuk hastalarda metotreksat ile kombinasyon halinde, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir çocuk romatoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

b) İlk 3 aylık abatasept kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabına ulaşmış hastalar için bu durum raporunda belirtmek koşuluyla tedavi devam ettirilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun ve 3. Aydaki ACR pediatrik cevap kriterinin yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, başlangıç ve ACR cevap kriterleri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50 ye ulaşmayan hastalarda abatasept tedavisine devam edilmez.”

**MADDE 5 – Aynı Tebliğin 6.2.2 numaralı maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

“(2) Yeni nesil

(atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, Sertind ol, paliperidon ) ve kombinasyonlarının oral formları, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Klozapin en fazla 1 aylık dozda reçete edilebilir.

(3) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları psikiyatri uzman hekimi veya bu uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bu grup antipsikotiklerden risperidon vepaliperidonun parenteral formları ise Ek:2/B hükümlerine göre reçete edilebilir.”

**MADDE 6 – Aynı Tebliğin 6.2.9.A numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

“(2) Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete/raporda belirtilir.”

**MADDE 7 – Aynı Tebliğin 6.2.9.A-1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

“(1) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glolik epoetin beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/veya ferritin <100 µg/L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ≥ %20 ve/veya ferritin ≥ 100 µg/L olduğunda hemogloblin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemogloblin değeri 11-12 gr/dl arasındır. Hemogloblin değeri 11 gr/dl'ye ulaşmaya kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınacak ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır. Bu değerlere hemodiyaliz hastalarında 3 ayda bir, periton diyaliz hastalarında 4 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir. Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.”

**MADDE 8** – Aynı Tebliğin 6.2.9.A-2 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Hemogloblin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemogloblin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesi tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.”

**MADDE 9** – Aynı Tebliğin 6.2.9.B numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“6.2.9.B – Sevelamer ve alüminyum klorür hidrokisit kullanım ilkeleri**

(1) Tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanılmış olması ve bu hususun raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu süre sonunda:

- a) Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya
- b) PTH düzeyinin 100 pg/ml değerinin altında olan adinamik kemik hastalığı olguları veya
- c) Hastanın Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya
- ç) Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pg/ml ve üzerinde olan, hastalarda tedaviye başlanır.

(2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki durumlardan sevelamer veya alüminyum klorür hidrokisit kullanımını gerektiren durumun belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

(3) Her reçetede fosfor düzeyini gösterir son 1 ay içinde yapılmış tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu belirtilir. Bir defada en fazla (bire aylık dozda) bir kutu ilaç verilir. Fosfor düzeyi 3.5mg/dl'nin altında olduğu durumlarda tedavi kesilir.

(4) Fosfor düzeyinin 3.5mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.”

**MADDE 10** – Aynı Tebliğin 6.2.10.C.1 numaralı maddesinin (c), (ç) ve (d) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“c) 24 ayın bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; “Denver Gelişim Envanteri” veya “Ankara Gelişim Envanteri” uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilir. Değerlendirme sonucuna göre ileri derecede zeka özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ özürlü saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz.

ç) 72 ay üzeri hastalarda; “Çocuklar İçin Weshler Zekâ Ölçeği” (WISC-R) testine göre IQ seviyesi 50 ve üzerinde olanlarda tedaviye başlanır. Bu testin çeşitli nedenlerle uygulanamaması durumunda “Denver Gelişim Envanteri” uygulanır. Buradaki sonuç -2 SD nin altında değilse tedavi başlanır.

d) Erişkin hastalarda WAIS testine göre tespit edilen IQ seviyesi 60 ve üzerinde olanlara tedavi başlanır.”

**MADDE 11** – Aynı Tebliğin 6.2.13.E-2 numaralı maddesine aşağıdaki altıncı fıkra eklenmiştir.

“(6) Kompanse sirozu olan genotip I hastalarda (karaciğer biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde

olanlar) peginterferon +ribavirin + telaprevir tedavisi başlanabilir. Tedavi süresi 48 haftadır. Telaprevir 12 haftadan daha uzun süre kullanılamaz.”

**MADDE 12** – Aynı Tebliğin 6.2.13.E-3 numaralı maddesinin ikinci ve üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) İnterferon veya pegileinterferon monoterapisi alan ve cevapsız olan hastalarda tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak pegileinterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.

(3) İnterferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisine cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izleminde HCV RNA yeniden pozitifleşen) hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki tedavi şemalarından yalnızca biri kullanılabilir.

a) Yeniden interferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16. haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12. haftada bakılan HCV RNA (-) ya da 2 log (100 kat) azalmış olmalıdır. Tedavi süresi 48 haftayı geçemez.

b) Pegileinterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi alabilirler. Bu hastalarda tedavinin 4. haftasında HCV RNA bakılır.

1- Tedavinin 4. haftasında bakılan HCV RNA (-) ise üçlü tedavi 12 haftaya, devamında pegileinterferon + ribavirin ile tedavi toplam 24 haftaya tamamlanır.

2- Tedavinin 4. haftasında bakılan HCV RNA (+) ise üçlü tedavi 12 haftaya, devamında pegileinterferon + ribavirin ile tedavi toplam 48 haftaya tamamlanır. Ancak tedaviye başlandıktan sonra 12. hafta sonunda HCV RNA düzeyleri 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24. haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28. hafta sonunda kesilir.”

**MADDE 13** – Aynı Tebliğin 6.2.15-A – numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“6.2.15.A – Klopidoğrel (kombinasyonları dahil)”**

b) Üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalarda, kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.”

**MADDE 14** – Aynı Tebliğin 6.2.15.C numaralı maddesine aşağıdaki ikinci fıkra eklenmiştir.

“(2) Kronik kalp yetmezliği tedavisinde ejeksiyon fraksiyonu %45 in altında olan hastalarda aşağıdaki durumlarda en az bir kardiyoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kardiyoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir;

a) Beta blokör tedavisi altında olup halen kalp hızı yüksek seyreden veya

b) Beta blokör kontrendikasyonu olan veya

c) Beta blokör tedavisine intoleransı olan.”

**MADDE 15** – Aynı Tebliğin 6.2.17.A numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde

değiştirilmiştir.

“(1) Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat) aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

(2) Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce son bir yıl içinde yapılan KMY ölçümüyle planlanır. Ölçüm en erken 1 yıl sonra tekrar edilebilir ve yılda bir defadan daha sık yapılamaz. KMY ölçümünün tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada diğer kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastadavertebra ya da ön koldan yapılabilir.”

**MADDE 16** – Aynı Tebliğin 6.2.28.A numaralı maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“6.2.28.A – Statinler (antihipertansiflerle kombinasyonları dahil) ”

**MADDE 17** – Aynı Tebliğin 6.2.32. numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“ 6.2.32. Kontrast maddeler”**

b) Maddeye aşağıdaki dördüncü fıkra eklenmiştir.

“(4) Gadobutrol: Sadece karaciğer ve böbrek manyetik rezonans incelemelerinde kullanılır.”

**MADDE 18** – Aynı Tebliğin 6.2.33 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“6.2.33.Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri**

**6.2.33.1. Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Pegaptanib Sodyum, Ranibizumab ve Vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır.

(2) Ranibizumab; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optikkoherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(3) Bu grup ilaçlar ardişık ya da kombine olarak kullanılamayacaktır.

(4) Bu grup ilaçlar 1.1.2011 tarihinden itibaren yalnızca ayaktan tedavi kapsamında ödenecektir (Depocu satış fiyatlı ürünler hariç).”

**6.2.33.2. Retina ven dalı tıkanıklığı (RVDT) ve santral retinal ven tıkanıklığında (SRVT) ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Deksametazon intravitreal implant; her bir uygulama için; makula ödemi olan hastanın anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim ve optik koherens tomografi (OKT) varlığı sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanır. Görme keskinliği 0.5ve altı ve/veya OKT’de CRT 250 mikron ve üzerinde ise tekrar tedavi verilebilir. Bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(2) Her bir göz için yılda maksimum 2 uygulama yapılır.

(3) 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir.”

**MADDE 19** – Aynı Tebliğin 6.2.41 numaralı maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki düzenlemeler 8, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14 üncü alt madde olarak eklenmiştir.

“8-Demir eksikliği anemisi bulunan (saturasyon <%20 ve/veya ferritin <100 mcg/l) evre III,IV,V kronik böbrek hastaları

9-Periton diyaliz hastalarının anemisi,

10-Postpartum dönemde gözlenen anemi,

11-Cerrahi öncesi ve sonrası gözlenen anemi,

12-Kansere bağlı anemi,

13-KKY hastalarının anemisi,

14-Prediyaliz (hemodiyaliz ve periton diyaliz öncesi son dönem [evre V] KBY hastaları) hastalarının anemisi,”

**MADDE 20** – Aynı Tebliğin 6.4.2 numaralı maddesine aşağıdaki dördüncü fıkra eklenmiştir.

“(4) Faktörler, plazma kaynaklı ve rekombinant kaynaklı ürünler olarak aynı fiyat karşılaştırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı eşdeğer gruplarda değerlendirilir.”

**MADDE 21** – Aynı Tebliğin 6.7 numaralı maddesinin altıncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(6) Kan ürünü reçeteleri, ilgili birimlerden alınacak sağlık kurulu raporlarına bağlı olarak uzman hekimler tarafından yazılabilecektir. Ancak, acil hallerde kullanılması zorunlu olan ürünlerden yalnız tetanos ve anti D immünglobulinleri ile larenksödemi ile başvuran herediter anjiyoödem tanılı hastaların acil (akut) tedavisinde C1 esteraz inhibitörleri için sağlık kurulu raporu ve mor reçete şartı aranmayacaktır. Hastanelerde yatan hastalarda; faktör dışındaki kan ürünleri için sağlık kurulu raporu gerekli değildir. Yeterli uzman hekimi olmayan yerlerde, çıkan vakalara vaktinde müdahale edilebilmesi için yalnız kuduz ve tetanosimmünglobulinleri pratisyen hekim tarafından da kan ürünleri reçetesine yazılabilir.”

**MADDE 22** – Aynı Tebliğin 7.1 numaralı maddesinin yirmi dokuzuncu fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ancak bu branş listelerinde birden fazla branşta kullanılan tıbbi sarf malzemeleri (eldiven, suture, sonda vb.) yer almamakta olup, söz konusu malzemelerin kullanıldığı branştan fatura edilmesi halinde SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 23** – Aynı Tebliğin eki Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları (Ek-2/A) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) “Antiviral İlaçlar” başlıklı (11) numaralı maddesinin A alt bendine 13 numaralı satır eklenmiştir.

13	Etravirin	Daha önce antiretroviral tedavi görmüş ancak direnç (virolojik yanıtızlık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda;enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
----	-----------	---

b) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddesinin (7) numaralı alt maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

7	Mülga	Mülga
---	-------	-------

c) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddesinin (8) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

8	Allantoin+ <u>heparin</u> + <u>extractum cepae</u> içeren kombine preparatlar	Plastik cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince reçetelenir.
---	---	--

ç) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddesinin (23) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

23	H.Pylori eradikasyon tedavi paketi	Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir (Levofloksasin etken maddesini içeren tedavi paketlerinde ayrıca antibiyogramklaritromisin ve metronidazole direnç varlığını gösterir antibiyogramsonuç belgesinin tarih ve sonucunun e-reçete/e-raporda belirtilmesi koşulu ile).
----	------------------------------------	--

d) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddesinin (26) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

26	Doksofilin (kombinasyonları dahil)	Göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
----	------------------------------------	--

**MADDE 24** – Aynı Tebliğin eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi’ne (Ek-2/B) (54) ve (55) numaralı aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“54.Amantadin Sülfat İV Formları

55. Risperidon ve paliperidonun parenteral formları (Psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilebilir.)”

**MADDE 25** – Aynı Tebliğin eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi” nde (Ek-2/C) aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) (11) inci madde aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“11.Palonosetron HCL (her kür için bir flakon), Granisetron, Ondansetron, Tropisetron”

b) (50) nci madde aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“50. Amantadin Sülfat oral formları (İnfluenza A ya bağlı salgın olduğu durumlarda profilaktik olarak; 7 yaş altı ve 65 yaş üstü veya Risk gruplarında (HIV (+), malignite, DM dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu,hemoglobininopatisi veya immun yetmezliği olan veya immunsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar veya 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetilsalisilik asit tedavisi alan çocuk ve adölesanlarda) bu hastalıkları belirtir ve grip aşısının yapılamadığı (kontrendike olduğu durumlar ile erken aşılamanın yapılamadığı durumlar) durumlarda, ilacın prospektüsünde tanımlanan kullanım süreleri de dikkate alınarak en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna istinaden uzman hekimler tarafından reçetelenmesi) (Parkinson endikasyonunda 6.2.36 maddesi esaslarına göre)”

c) (55) numaralı madde olarak aşağıdaki düzenleme eklenmiştir.

“55. Dekametazon intravitreal İmplant (Gözün posterior segmentinde kendisini non-infeksiyöz üveit şeklinde gösteren enflamasyonunda 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir. Her bir göz için yılda maksimum 2



uygulama yapılır.)

ç) (56) numaralı madde olarak aşağıdaki düzenleme eklenmiştir.

“56. Gliserol+sorbitol içeren laksatifler (Tetrapleji, hemipleji, parapleji ve spinal kord yaralanmalarına bağlıgastrointestinal fonksiyon bozukluğu durumlarında, gastroenteroloji ve nöroloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)”

**MADDE 26** – Aynı Tebliğ eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi” nden (EK-5/A-1) çıkarılan tıbbi malzemeler bu Tebliğ eki (1) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 27** – Aynı Tebliğ eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi” nden (EK-5/A-2) çıkarılan tıbbi malzemeler bu Tebliğ eki (2) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 28** – Aynı Tebliğ eki “Göz Branşına Ait Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/G) bu Tebliğ eki (3) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 29** – Aynı Tebliğ eki “Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/H) bu Tebliğ eki (4) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 30** – Aynı Tebliğ eki “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/I) bu Tebliğ eki (5) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 31** – Aynı Tebliğ eki “Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/J) bu Tebliğ eki (6) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 32** – Aynı Tebliğ eki “Kadın Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/K) bu Tebliğ eki (7) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 33** – Aynı Tebliğ eki “Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/L) bu Tebliğ eki (8) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 34** – Aynı Tebliğ eki “Radyoloji ve Girişimsel Radyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/M) bu Tebliğ eki (9) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 35** – Bu Tebliğin;

- a) 2 nci maddesi 1/2/2013 tarihinde,
  - b) 22 ve 26 ila 34 üncü maddeleri 1/1/2013 tarihinde,
  - c) Diğer maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- yürürlüğe girer.

**MADDE 36** – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.