

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 4.2.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığında yer alan “barisitinin” ibaresinden sonra gelmek üzere “, **guselkumab, risankizumab**” ibaresi eklenmiştir.

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

c) 4.2.1.C-4 numaralı maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“(3) Yetişkinlerde; fistülide, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında; en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı hastalarda bu durumun ve ilacın günlük kullanım dozu ve kullanım süresinin belirtildiği 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde başlangıca göre en az 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde başlangıca göre en az 70 puan ve üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile ilacın kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporlarında en az bir gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekiminin yer alması ve reçetelerin gastroenteroloji, iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(4) Ülseratif kolit hastalığında; en az bir anti-TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen hastalarda şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumun belirtildiği gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekim tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

ç) 4.2.1.C-10 numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(2) Aktif psöriatik artritli erişkin hastalarda;

a) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı 3’er 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 psöriatik artritli hastalarda bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda yapılan değerlendirmede psöriatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yeterli cevap alındığının yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Yanıt alınmaması halinde tedavi sonlandırılır.

c) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6’şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

d) 4.2.1.C numaralı maddesine aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

**“4.2.1.C-11- Guselkumab**

(1) Orta veya şiddetli plak psöriazisli erişkin hastalarda;

a) Siklosporin, metotreksat veya fototerapi gibi geleneksel sistemik tedavilere yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen ya da bu tür tedavilerin kontrendike olduğu hastalarda bu durumlar ile Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değeri sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda başlangıç PASI değerine göre en az %75 iyileşme olduğunun yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Başlangıç PASI değerine göre %75 iyileşme sağlanamaması tedaviye yanıtızlık olarak değerlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır.

c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6’şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

**4.2.1.C-12- Risankizumab**

(1) Orta veya şiddetli plak psöriazisli erişkin hastalarda;

a) Siklosporin, metotreksat veya fototerapi gibi geleneksel sistemik tedavilere yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen ya da bu tür tedavilerin kontrendike olduğu hastalarda bu durumlar ile Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değeri sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda başlangıç PASI değerine göre en az %75 iyileşme olduğunun yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Başlangıç PASI değerine göre %75 iyileşme sağlanamaması tedaviye yanıtızlık olarak değerlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır.

c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6’şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.”

**MADDE 2-** Aynı Tebliğin 4.2.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “vortiooksetin” ibaresinden sonra gelmek üzere “, trazodon uzatılmış salımlı formları” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 3-** Aynı Tebliğin 4.2.6.A numaralı maddesine aşağıdaki alt maddeler eklenmiştir.

**“4.2.6.A-4- Çocuklarda Prader-Willi Sendromunda (PWS);**

(1) Genetik olarak Prader-Willi sendromu tanısı almış epifiz hatları açık olan çocuklarda büyüme hormonu uyarı testi yapılması koşulu aranmaksızın aşağıdaki durumlarda büyüme hormonu tedavisine başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

a) Serum IGF1 düzeyinin +2 SD altında olması ve  
b) Şiddetli obezite (ideal ağırlığının %225 üzerinde olması), kontrol edilemeyen diyabet, tedavi edilemeyen obstrüktif uyku apnesi, aktif kanser, aktif psikozu olmaması.

(2) Üçüncü basamak hastanelerde en az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde büyüme hormonu bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavinin devamında raporlar 6 ay süreli düzenlenir.

(3) Büyüme hormonu infanz ve çocuklarda 0,5 mg/m<sup>2</sup>/gün dozunda başlanır. Klinik cevaba göre ve serum IGF1 düzeyi fizyolojik düzeylerde kalmak şartıyla 3-6 ayda bir 1 mg/ m<sup>2</sup>/gün dozuna geçilebilir.

(4) Serum IGF1 düzeyi +2 SD üzerine çıktığında tedaviye ara verilir. Serum IGF1 düzeyi +2 SD altına düştüğünde tedaviye yukarıdaki koşullarda yeniden başlanabilir. Solunum yolu enfeksiyonlarında iyileşme sağlanıncaya kadar tedavi başlanmaz.

(5) Kontrol edilemeyen diyabet, tedavi edilemeyen obstrüktif uyku apnesi, aktif kanser, aktif psikoz, progresyon gösteren skolyoz durumlarında tedavi kesilir.

(6) Epifiz hatları kapandığında tedavi sonlandırılır.

**4.2.6.A-5- Çocuklarda kronik böbrek yetmezliği (KBY) ile ilişkili büyüme bozukluklarında;**

(1) KBY evresi evre III, IV, V olan veya 6 aydan fazla süredir diyalizde olan, epifiz hatları açık olan, paratiroid hormonu 500 pikogram(pg)/ml altında olan çocuk hastalarda; malnutrisyonu, metabolik asidozu, sıvı elektrolit dengesizliği, anemisi olmaması ve aşağıdaki koşulların sağlanması durumunda büyüme hormonu tedavisine başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

a) Persistan büyüme geriliği olması (boyun yaş ve cinsiyete göre 3 persentilin altında (-2 SD altında) ve yıllık büyüme hızının 25 persentilin altında olması) veya

b) Böbrek naklinden 1 yıl sonra steroid tedavisi almaksızın spontan büyümenin olmaması (boyun yaş ve cinsiyete göre 3 persentilin altında (-2 SD altında) ve yıllık büyüme hızının 25 persentilin altında olması) veya

c) Nefropatik sistinoze bağlı KBY hastası çocuklarda boyun yaş ve cinsiyete göre 3 persentilin altında (-2 SD altında) ve yıllık büyüme hızının 25 persentilin altında olması halinde büyüme hormonu tedavisine başlanabilir.

(2) Epifiz hatları kapalı olanlara, persistan ağır sekonder hiperparatiroidizmi olanlara (Paratiroid hormonun 500 pikogram(pg)/ml ve üzerinde olması), proliferatif veya şiddetli nonproliferatif diyabetik retinopatisi olanlara, renal transplantasyonun ilk 1 yıl içerisindeki hastalara veya aktif kanserli tedavide tedavi başlanmaz.

(3) Tedavi dozu 0,045-0,05 mg/kg/gündür.

(4) Üçüncü basamak hastanelerde en az bir çocuk nefroloji ve çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilir.

(5) Epifiz hatları kapandığında, böbrek nakli sırasında, persistan ağır sekonder hiperparatiroidizmde (Paratiroid hormonun 500 pikogram(pg)/ml ve üzerinde olması), intrakraniyal hipertansiyonda, femoral epifiz başının kaydığı durumlarda, en az 6 aylık büyüme hormonu tedavisine rağmen yeterli yanıt alınmaması durumunda (yılıda 2 cm ve üzeri büyüme olmaması), kemik maturasyonunun hızlandığı durumlarda veya tahmini GFR’de açıklanamayan azalma durumunda tedavi sonlandırılır.”

**MADDE 4-** Aynı Tebliğin 4.2.12 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.12.A numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (ç) bendinin ikinci alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2) Düşük risk grubu hastalarda her halukarda karaciğer naklinden 1 yıl, yüksek risk grubu hastalardan karaciğer nakli öncesi hepatoselüler kanseri bulunan hastalarda karaciğer naklinden 10 yıl, diğer yüksek risk grubu hastalarda karaciğer naklinden 5 yıl sonra HBIg tedavisi sonlandırılır. Delta virüs veya HIV ile ko-enfekte olan hastalarda ise karaciğer naklinden sonra ömür boyu HBIg tedavisi devam eder.”

b) 4.2.12.B numaralı maddesinin birinci fıkrasının (f) bendinde yer alan “/gün” ibareleri yürürlükten kaldırılmış, aynı fıkraya aşağıdaki bent eklenmiş ve maddenin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“h) Kronik İnflamatuvar Demiyelinizan Polinöropatisi (KİDP) olan hastalarda IVIg ile stabilizasyondan sonra idame tedavisi olarak nöroloji uzman hekimleri tarafından,”

“(3) Yalnızca subkütan yolla kullanılan immünglobulinlerin birinci fıkranın (g), (ğ) ve (h) bentlerinde tanımlanan durumlarda yalnızca Sağlık Bakanlığınca onaylı endikasyonlarında reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 5-** Aynı Tebliğin 4.2.13 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.13.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “tedavisine” ibaresinden sonra gelen “interferonlar veya” ibaresi yürürlükten kaldırılmış ve maddenin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Pegile interferonlar ile tedavi;

a) Erişkin hastalarda pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen, HBeAg negatif olan ve HBV DNA ≤ 107 kopya/ml olan hastalar ile HBeAg pozitif olan ve HBV DNA ≤ 109 olan hastalarda kullanılabilir. Pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

b) Çocuklarda pegile interferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra bu maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde tarif edilen koşulları yeniden taşıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir pegile interferon tedavisi daha verilebilir.”

b) 4.2.13.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “interferon veya” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

c) 4.2.13.3.1 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “interferon alfa veya” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 6-** Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (u) bendinin “3) Abirateron;” maddesine aşağıdaki bent eklenmiştir.

“c) Hormonal tedaviye duyarlı ancak kemoterapi için uygun olmayan ve aşağıdaki risk faktörlerinden en az ikisine sahip olan metastatik prostat kanserli hastalarda progresyona kadar prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır;

1- Gleason skorunun 8 veya üzerinde olması

2- En az 3 kemik metastazının olması

3- Visseral metastaz olması.”

b) Fıkra aşağıdaki bent eklenmiştir.

**“iii) İnotuzumab ozogamisin;**

1) Prekürsör B hücreli akut lenfoblastik lösemi (ALL) tanısı konulan ve CD22 pozitifliği histopatolojik veya akım sitometrik olarak gösterilen Philadelphia kromozomu negatif ve aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan relaps/refrakter olgularda;

a) En az bir kurtarma tedavisi (FLAG+antrasiklin, yüksek doz sitozin arabinozid tabanlı kombine tedaviyi; yüksek doz metotreksat tabanlı kombine tedaviyi; klofarabin tabanlı kombine tedaviyi tam süre ve dozda) almış ve kemik iliği blast oranı %10’dan fazla olan yanıt alınmamış allojenik kök hücre nakli için uygun olan,

b) Sistemik mantar enfeksiyonu olmayan,

c) Merkezi sinir sistemi tutulumu olmayan,

ç) Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olan,

d) HLA doku grubu uyumlu vericisi olanlarda.

2) Prekürsör B hücreli Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) tanısı konulan ve CD22 pozitifliği histopatolojik veya akım sitometrik olarak gösterilen Philadelphia kromozomu pozitif ve aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan erişkin hastalarda;

a) Tirozin kinaz inhibitörü ile birlikte standart kemoterapi uygulanmasına rağmen kemik iliği blast oranı %10’dan fazla olup allojenik kök hücre nakli için uygun olan,

b) Sistemik mantar enfeksiyonu olmayan,

c) Merkezi sinir sistemi tutulumu olmayan,

ç) Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olan,

d) HLA doku grubu uyumlu vericisi olanlarda.

3) Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerinde, en az bir çocuk/erişkin hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, allojenik kök hücre nakli öncesi blast klirensinin sağlanması için maksimum 2 siklus kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 7-** Aynı Tebliğin 4.2.16 numaralı maddesinin üçüncü ve altıncı fıkraları 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 72,65 (yetmiş iki virgöl altmış beş) TL,

b) 1-5 yaş için 140,62 (yüz kırk virgöl altmış iki) TL,

c) 5-15 yaş için 181,63 (yüz seksen bir virgöl altmış üç) TL,

ç) 15 yaş üstü için 187,50 (yüz seksen yedi virgöl elli) TL,

tutar ödenir.”

“(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 123,03 (yüz yirmi üç virgöl sıfır üç) TL,

b) 5-15 yaş için 187,50 (yüz seksen yedi virgöl elli) TL,

c) 15 yaş üstü için 169,91 (yüz altmış dokuz virgöl doksan bir) TL,

tutar ödenir.”

**MADDE 8-** Aynı Tebliğin 4.2.24 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.24.A numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(9) Beklometazon+formoterol+glikopronyum etken maddelerini sabit dozda içeren ürünler; uzun etkili beta-2 agonist ve orta doz inhale kortikosteroid kombinasyonu ile yeterince kontrol edilemeyen ve önceki yıl bir veya daha fazla astım alevlenmesi yaşayan erişkin hastaların idame tedavisinde göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

b) 4.2.24.B numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendinde yer alan “ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınmayan, sık atak geçiren (yılıda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Flutikazon

furoat+umeklidinyum+vilanterol etken maddelerini sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren ürünün;" ibaresi "veya" şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 9-** Aynı Tebliğin 4.2.30.A numaralı maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

"c) Sildenafil etkin maddeli ilaçlardan Sağlık Bakanlığınca onaylı endikasyonunda 1-17 yaş pulmoner arteryel hipertansiyon endikasyonu bulunan ilaçlar için 7 yaş altı hastalarda klinik efor kapasitesi koşulu aranmaz."

**MADDE 10-** Aynı Tebliğin 4.4.2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**"4.4.2 - Eşdeğer ilaç uygulaması"**

(1) Eşdeğer ilaç uygulaması, sınırlandırılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı ya da benzer endikasyon için kullanılacak etken maddeyi/maddeleri içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması esasına dayanır. Kurum, bu kapsamda eşdeğer grup ve/veya terapötik referans grup oluşturabilir. Ancak yalnızca aynı eşdeğer grupta yer alan ilaçlar eczanede ikame edilebilir.

(2) Eşdeğer ilaç uygulaması kapsamında yer alan ilaçlara ait ödemelerde, varsa terapötik referans grubunun, terapötik referans grup yok ise eşdeğer grubunun en ucuz ilaç bedelinin %5 fazlasına kadarı dikkate alınacaktır.

a) Bu esaslara göre belirlenen gruplarda; SUT'un 4.4.1 maddesinde belirtildiği şekilde hesaplanan kamu fiyatı üzerinden gruba dahil ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen "indirimli birim bedeller" karşılaştırılarak o grup için geçerli en ucuz birim bedel bulunur. Bulunan en ucuz birim bedele %5 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur. Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilacın ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilacın kamu fiyatı ile karşılaştırılır. Kamu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı ödenmez.

b) Eczaneler tarafından ulaşılabılır olması amacıyla en ucuz olarak belirlenen ürünlerin, Kurum tarafından tespit edilebilen son 5 aylık verinin en az 1 ayında grup içinde %1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesinde ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" yetkilidir."

**MADDE 11-** Aynı Tebliğ eki "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)" Ek'teki şekilde değiştirilmiştir.

**MADDE 12-** Aynı Tebliğ eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin "3" numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"3.21. Büyüme hormonu \*(Yalnızca kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili büyüme bozuklukları tanısında muaftır.) (SUT'un 4.2.6.A-5 numaralı maddesinde yer alan ilkelere göre)"

b) Listenin "6.3" numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"6.3.13. Ustekinumab\*\*"

c) Listenin "9.2" numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"9.2.31. İkskekizumab\* (Yalnızca psöriatik artrit (M07.0\*) (M07.3\*) endikasyonunda muaftır.)"

ç) Listenin "13.1" numaralı maddesine aşağıdaki alt maddeler eklenmiştir.

"13.1.15. Guselkumab\* (Yalnızca psoriasis vulgariste muafiyet kapsamındadır.)"

13.1.16. Risankizumab\* (Yalnızca psoriasis vulgariste muafiyet kapsamındadır.)"

d) Listenin "15.4.1" numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"15.4.1.18. Sodyum fenilbütirat\*\*"

e) Listenin "15" numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"15.21. Prader-Willi Sendromu (Q87.1)"

Q87.1	Kısa boy ile birlikte olan konjenital malformasyon sendromları
-------	--

15.21.1. Büyüme hormonu \*(Yalnızca Prader-Willi Sendromu (PWS) tanısında muaftır.) (SUT'un 4.2.6.A-4 numaralı maddesinde yer alan ilkelere göre)"

**MADDE 13-** Aynı Tebliğ eki "Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)" nde yer alan "13- DİĞERLERİ" başlığı altındaki "30" numaralı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 14-** Aynı Tebliğ eki "Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin "45" numaralı maddesinde yer alan "nöroloji," ibarelerinden sonra gelmek üzere "fizik tedavi ve rehabilitasyon," ibaresi eklenmiştir.

b) Listenin "67" numaralı maddesine aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"1 yıl içinde toplam 4 enjektörden fazla kullanılması durumunda yalnızca immunoloji ve alerji uzman hekimlerince rapor düzenlenerek immunoloji ve alerji uzman hekimlerince reçete edilebilir."

c) Listeye aşağıdaki madde eklenmiştir.

"84. Sodyum fenilbütirat; karbamilfosfat sentetaz, ornitin transkarbamilaz veya argininosüksinat sentetaz eksikliklerini içeren üre siklusu bozukluklarının kronik tedavisinde ek tedavi olarak veya yenidoğan başlangıçlı tüm hastaların (yaşamın ilk 28 günü içinde ortaya çıkan tam enzim eksiklikleri) tedavisinde veya hiperamonyemik ensefalopati öyküsü olan geç başlangıçlı hastaların (yaşamın ilk ayından sonra ortaya çıkan kısmi enzim eksiklikleri) tedavisinde; çocuk metabolizma veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekimleri tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak çocuk metabolizma veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır."

**MADDE 15-** Aynı Tebliğ eki "Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/G)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin "55" numaralı maddesine aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"Diğer endikasyonlarda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz."

b) Listenin "62" numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"**62.3.** İbuprofen lizin 20 mg/2 ml: En çok 32 haftalık ve ağırlığı 500-1500 g olan ve mutad tıbbi tedavilerin etkili olmadığı prematürelere görölen Patent Duktus Arteriozus (PDA) tedavisinde çocuk kardiyooloji, çocuk kalp ve damar cerrahisi veya neonataloji uzman hekimlerince yazılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır."

c) Listeye aşağıdaki madde eklenmiştir.

"**79.** Karbetosin: Uterus atonisi nedeniyle postpartum hemorajinin önlenmesinde artmış kanama riski olan (postpartum kanama hikayesi, çoğul gebelik, plasenta previa, ablasyo plasenta, koryoamniyonit, büyük myoma uterin (6 > eşit cm), intrapartum IM/IV magnezyum kullanımı, makrozomik bebek doğumu, 40 yaş üstü ilk doğumu olan, 4 ve üzeri doğumu olan, polihidroamnioz veya hemoglobin değerı 9 g/dl altında olan) hastalarda kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından her hastaya yalnızca 1 kutu kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır."

**MADDE 16-** Bu Tebliğin;

a) 7 nci maddesi 1/8/2021 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 1 ilâ 6 ncı, 8 inci, 9 uncu, 12 ilâ 15 inci maddeleri yayımı tarihinden 5 iç günü sonra,

c) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,  
yürürlüğe girer.

**MADDE 17-** Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.