|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 30 Aralık 2020 ÇARŞAMBA | **Resmî Gazete** | Sayı : 31350 |

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 1.4.2.A numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi” ibaresi “Darülaceze Başkanlığı Tıp Merkezi” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 2-** Aynı Tebliğin2.4.4.H numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “immün plazma tedarik ve uygulama,” ibaresinden sonra gelmek üzere “viral inaktivasyon işlemi,” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 3**- Aynı Tebliğin 3.3.34 numaralı maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“(3) Eklem içi kırıklarda ve artroskopik cerrahide kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(4) TV5680 SUT kodlu tıbbi malzemenin TV1080 ve TV1090 SUT kodları ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.”

**MADDE 4-** Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (u) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**u) Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron;**

1) Kabazitaksel; hormonal tedaviye ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapiye dirençli, ECOG performans skoru 0-1 olan, progresyonun Prostat Spesifik Antijen (PSA) ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Enzalutamid;

a) Kastrasyona dirençli progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği ve testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (˂50 ng/dl), kemoterapinin kontrendike olduğu veya diabetes mellitus tanısı olan metastatik prostat kanserli hastalarda progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Hormonal tedaviye ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapiye dirençli, ECOG performans skoru 0-1 olan, progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği metastatik prostat kanserli hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) Abirateron;

a) Kastrasyona dirençli progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği ve testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (˂50 ng/dl), kemoterapi için uygun olmayan metastatik prostat kanserli hastalarda progresyona kadar prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Hormonal tedaviye ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapiye dirençli, ECOG performans skoru 0-1 olan, progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

4) Kabazitaksel, enzalutamid veya abirateron etken maddeli ilaçların; bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda progresyon olmadığı belirtilmelidir.

5) Kemoterapi için uygun olmayan/kemoterapinin kontrendike olduğu durumlar aşağıda yer almaktadır:

a) ECOG performans skorunun >1 olması veya

b) Kemik iliği rezervi ileri derecede azalarak nötrofil sayısının 1.500 hücre/mm³ ün altında veya trombosit sayısının 100.000/mm³ ün altında olması veya

c) Kreatinin klirensinin <45 ml/dk olması veya

ç) Karaciğer rezervinin düşük olması (Alanin Aminotransferaz (ALT) veya Aspartat Aminotransferaz (AST) düzeylerinin normal kabul edilen üst sınırın 5 katından fazla yükselmesi veya total bilirubin düzeyinin normal kabul edilen üst sınırın 3 katından fazla yükselmesi).

6) Enzalutamid ve abirateron etken maddeli ilaçların ardışık kullanımının bedelleri yalnızca Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı bulunması halinde Kurumca karşılanır.”

b) (üü**)** bendinin birinci alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) Kronik lenfositik lösemi hastalarında monoterapi veya rituksimab ile kombine olarak aşağıda tanımlanan durumlardan herhangi birinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) 17p delesyonu, TP53 mutasyonu, CD38 pozitifliği, ZAP70 pozitifliği veya immunoglobulin variable bölge mutasyonu yokluğu özelliklerinden herhangi birini taşıyan,

b) İlk basamak tedaviye yanıtsız,

c) Birinci basamak tedavi sonrası 6 ay içinde nüks gelişen,

ç) Birinci fıkrada tanımlanan özelliklerden herhangi birini taşımamakla birlikte daha önce iki basamak tedavi sonrası yanıtsız olan veya nüks gelişen hastaların üçüncü basamak tedavisinde.”

c) Aynı fıkraya aşağıdaki bentler eklenmiştir.

“**ggg) Vinflunin;** Platin bazlı kemoterapi sonrası progresyon gösteren, ECOG performans skoru 0-1 olan ileri evre metastatik ürotelyal kanserli hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**ğğğ) Lorlatinib;**

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarda doğrulanmış, daha önce krizotinib, alektinib veya seritinib etken maddelerinden en az biri ile tedavi edilmesi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

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

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

**MADDE 5-** Aynı Tebliğin 4.2.17.A numaralı maddesinin altıncı fıkrasının (a) bendinde yer alan “ve denosumab” ibaresi yürürlükten kaldırılmış ve (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“b) Denosumab;

1) Hormon ablasyonu uygulanmış olan nonmetastatik prostat kanserli veya meme kanseri nedeniyle adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi gören yüksek kırık riskine sahip hastalardaki osteoporoz tedavisinde; bu durumun belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalardan;

a) Postmenopozal osteoporozu bulunan kadın veya osteoporozu bulunan erkek hastaların tedavisinde veya

b) Yüksek kırık riski olan yetişkin hastalarda uzun dönem glukokortikoid tedavisiyle ilişkili kemik kaybının tedavisinde

iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı ve bu durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 6-** Aynı Tebliğin 4.2.24.A numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının (a) bendinin üç numaralı alt bendinde yer alan “kombinasyonu ile birlikte 3 üncü bir kontrol edici ilacı” ibaresi “kombinasyonunu” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 7**- Aynı Tebliğin 4.2.24.B numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrasının (a) bendinin sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Flutikazon furoat+umeklidinyum+vilanterol etken maddelerini sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren ürünün; en az 3 ay süreyle, uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve uzun etkili antikolinerjikler (LAMA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 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 (KOAH) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

b) On ikinci fıkrasında yer alan “(LABA)” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve uzun etkili antikolinerjikler (LAMA)” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 8**- Aynı Tebliğin 4.2.34 numaralı maddesinin altıncı fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde yer alan “relaps ve remisyonla” ibareleri “relapslarla” şeklinde değiştirilmiş ve aynı fıkraya aşağıdaki bent eklenmiştir.

“c) Güncel Multipl Skleroz (MS) tanı kriterlerini karşılayan ve EDSS 7 ve altında olan primer progresif Multipl Skleroz (MS) hastalarında, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 1 yıl süreli raporda bu durumun belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 9**- Aynı Tebliğin 4.2.46 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “olan ve/veya” ibaresi “iken” şeklinde değiştirilmiş, aynı fıkrada yer alan “Sağlık kurulu raporunda” ibaresinden sonra gelmek üzere “DLCO ve FVC değerlerinin yanı sıra” ibaresi eklenmiş, aynı fıkranın (b) bendinde yer alan “veya” ibaresi ile (c) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 10-** Aynı Tebliğ eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde yer alan “619980” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 619981 | Fetal cerrahi ile spina bifida onarımı | Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca perinatoloji, beyin ve sinir cerrahi, çocuk cerrahi, anestezi ve reanimasyon ve yenidoğan branş uzmanlarından oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden açık keseli spina bifida endikasyonlarında yapılması halinde faturalandırılır. Bu işlemin yapılacağı sağlık hizmeti sunucularında yenidoğan yoğun bakım ünitesinin bulunması zorunludur. 619980, P619980 ile birlikte faturalandırılmaz. | 5.500,00 |

”

**MADDE 11-** Aynı Tebliğ eki “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

1. Listede yer alan “P619980” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P619981 | Fetal cerrahi ile spina bifida onarımı | Tüm cerrahi işlemler, malzemeler ve ilaçlar dahildir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca perinatoloji, beyin ve sinir cerrahi, çocuk cerrahi, anestezi ve reanimasyon ve yenidoğan branş uzmanlarından oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden açık keseli spina bifida endikasyonlarında yapılması halinde faturalandırılır. Bu işlemin yapılacağı sağlık hizmeti sunucularında yenidoğan yoğun bakım ünitesinin bulunması zorunludur. 619980, P619980 ile birlikte faturalandırılmaz. | A1 | \* | 70.263,00 |

”

1. Listede yer alan “YATARAK TEDAVİLERDE PSİKİYATRİ HİZMETLERİ” başlıklı satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **YATARAK TEDAVİLERDE PSİKİYATRİ HİZMETLERİ** | **Psikiyatri paket fiyatlarına muayene, konsültasyon, yatak ve refakat ücretleri, gerekli durumlarda psikolojik testler, EEG, EKG, BT, MR, EKT gerekli ilaçların haftalık kan düzeyleri, aile görüşmeleri, hastanın kişisel bakımı, grafiler, laboratuvar testleri, enjeksiyon vb. tıbbi işlem ve girişimlerle kullanılan tüm ilaçlar (şahsi tedavi için yurt dışından getirilen ilaçlar hariç) dahildir. Tedavi amaçlı yapılan işlemlere ait komplikasyonların harcamaları paket işlem puanlarına dahildir. Ancak hastaların başka bir organ veya sistemini ilgilendiren hastalık ve operasyon çıkması halinde SUT hükümleri doğrultusunda faturalandırılır.** |  |  |  |

”  **MADDE 12-** Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-4)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “TV1080” ve “TV1090” SUT kodlu tıbbi malzemelerden sonra gelmek üzere ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (1) Tüm diz ve kalça artroplastileri ile revizyon işlemlerinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. |  |

“

”

b) Listede yer alan “TV2850” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (1) Eklem içi kırıkların tespitinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |

“

”

**MADDE 13-** Aynı Tebliğ eki “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/I)” Listesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “TROMBOEMBOLEKTOMİ-TROMBOLİZ KATETERLERİ” başlığından sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme satırı eklenmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KV3158 | KATETER, TROMBOLİZ, PERİFERİK, İNFÜZYON | 474,00 |

“

”

b) Listede yer alan “KV3159” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KV3159 | VEN FARMAKOMEKANİK TROMBOLİZ/TROMBEKTOMİ KATETERLERİ | 4.000,00 |
| (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) kalp ve damar cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için birer (1) adedinin bedeli Kurumca karşılanır. | |  |

”

c) Listede yer alan “KV3160” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı ödeme kriterleri ve/veya kuralları ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KV3160 | PULMONER ARTER FARMAKOMEKANİK TROMBOLİZ/TROMBEKTOMİ KATETERLERİ | 5.500,00 |
| (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında ve ekokardiyografi ya da bilgisayarlı tomografi ile sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9’dan büyük olduğunun saptandığı durumlarda; 2 (iki) kalp ve damar cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her bir taraf (sağ ve sol) ana pulmoner arter için birer (1) adedinin bedeli Kurumca karşılanır. | |  |

”

ç) Listede yer alan “KV2022”, “KV2023”, “KV2024” ve “KV2025” SUT kodlu tıbbi malzemelerin ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) kalp ve damar cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için birer (1) adedinin bedeli Kurumca karşılanır.”

**MADDE 14-** Aynı Tebliğ eki “Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/K)” Listesinde yer alan “KD1002” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KD1002 | POLYESTER TAPE; ½ YUVARLAK GÖVDELİ KÜNT UÇLU ÇİFT İĞNELİ, 5 MM GENİŞLİĞİNDE VE EN AZ 30 CM UZUNLUĞUNDA SERKLAJ SÜTÜRÜ | 69,00 |

“

”

**MADDE 15-** Aynı Tebliğ eki “Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/M)” Listesinde yer alan “GR1042”, “GR1043”, “GR1044” ve “GR1045” SUT kodlu tıbbi malzemelerin ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) kalp ve damar cerrahisi uzmanı veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için birer (1) adedinin bedeli Kurumca karşılanır.”

**MADDE 16-** Aynı Tebliğ eki;

a) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-1’deki şekilde,

b) “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi (EK-4/B) Ek-2’deki şekilde,

değiştirilmiştir.

**MADDE 17-** Aynı Tebliğ eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin 9.1.5 numaralı alt maddesinde yer alan “(**M08.0)**” ibaresinden sonra gelmek üzere “(**M08.2-M08.3)**” ibaresi eklenmiştir.

b) Listenin 9.1.5 numaralı alt maddesinde yer alan tabloya “**M08.0**” satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

|  |  |
| --- | --- |
| **M08.2** | Juvenil artrit, sistemik başlangıçlı |
| **M08.3** | Juvenil poliartrit (seronegatif) |

“

”

c) Listenin 15.4.1.16 numaralı alt maddesinde yer alan “\* (Yalnızca E72.2 ICD-10 kodunda N-asetilglutamat sentaz primer yetmezliğine bağlı hiperamonyemi tanısında muaftır.)” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 18 –** Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)” nin “13- DİĞERLERİ” başlıklı maddesinin 25 numaralı satırında yer alan “Yalnızca genel cerrahi” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya kadın hastalıkları ve doğum” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 19-** Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

1. Listenin 15 numaralı maddesinde yer alan “organik patolojilerin ekartasyonu için” ibaresinden sonra gelmek üzere “transvajinal ultrasonografi veya endometriyal biyopsi veya” ibaresi eklenmiştir.
2. Listeye aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“**81.** Monobenzon yalnızca; yaygın (vücut yüzey alanının yüzde 50’sinden daha fazlası), repigmentasyon tedavilerine dirençli vitiligo hastalarında, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda bu durumun belirtilmesi ve dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 3’üncü ayın sonunda yanıt değerlendirmesi yapılarak tedaviden yanıt alınamaması halinde tedavi sonlandırılır. Tedavinin devamı gereken hallerde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3’er ay süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecek olup maksimum tedavi süresi 12 ay ve bu süre boyunca en fazla kullanılabilecek ilaç kutu adedi 4’tür. Çillenme, fotosensitizasyonun neden olduğu hiperpigmentasyon (berlock dermatiti), gebelik melazması (kloazma) veya derinin postinflamatuvar hiperpigmentasyonu vb. hiperpigmentasyon tedavilerinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

**82.** Benzidamin hidroklorür içeren vajinal çözelti yalnızca; radyoterapi tedavisi ile gelişen vajinal radyomukozit tedavisinde, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından düzenlenen, bu durumun belirtildiği sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**83.** İnsan C proteini konsantresi; en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli ve hastanın tanısı, protein C düzeyi, hastanın vücut ağırlığı ve ilacın kullanım dozunun belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda tanımlanan durumlarda;

a) Ağır konjenital protein C eksikliği bulunan hastalarda ortaya çıkan purpura fulminans ve kumarine bağlı deri nekrozunun tedavisinde veya

b) Ağır konjenital protein C eksikliği olan hastalardan; yakın zamanda invaziv tedavi ya da cerrahi girişim uygulanacak olanlara, kumarin tedavisi başlanacak olanlara, tek başına kumarin tedavisinin yetersiz kaldığı durumda veya kumarin tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda kısa süreli profilaksi amaçlı bir reçetede en fazla 7 günlük dozda

kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 20**- Aynı Tebliğ eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/G)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin 4.1 numaralı maddesinde yer alan “orta derecedeki diyabetik ayak” ibaresinden sonra gelmek üzere “enfeksiyonları dahil deri ve deri yapılarına ait komplike” ibaresi eklenmiş ve “klinik iyileşme göstererek” ibaresinden sonra gelen “oral” ibaresi “ayakta” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listenin 25 numaralı maddesinde yer alan “Surfaktanlar” ibaresinden sonra gelmek üzere “: Respiratuvar Distres Sendromu (RDS) izlenen veya RDS riski altında olan prematüre bebekler ile diğer surfaktan eksikliği bulguları izlenen prematüre bebeklerin kurtarma tedavisi ve profilaksisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.” ibaresi eklenmiştir.

c) Listenin 71numaralı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 21-** Bu Tebliğin;

a) 2 nci maddesi 1/4/2020 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 17 nci maddesinin (c) bendi 24/6/2020 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 4 ilâ 9 uncu maddeleri ve 18 ilâ 20 nci maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

ç) 16 ncı maddesinin (a) ve (b) bentlerinde düzenlenen ekli listelerde; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımı tarihinde, listeye giriş tarihinde (\*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

d) 13 üncü maddesinin (b) ve (c) bentleri yayımı tarihinden 30 gün sonra,

e) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

**MADDE 22-** Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.