

Sayı : B.13.2.SGK.0.11.05.01/GSS/ 1077  
Konu :SUT ve eklerinde yapılan düzenlemeler

30.12.2009

**GENELGE**  
**2009/ 158**

Bilindiği üzere “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” 1/10/2008 tarihinden itibaren yürürlüğe girmek üzere 29/9/2008 tarihli ve 27012 mükerrer sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış bulunmaktadır. Bununla birlikte 22/10/2008 tarih ve 27032 sayılı Resmi Gazetede Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde değişiklik yapılmasına dair Tebliğ yayımlanmış olup; bu Tebliğin 10 uncu maddesinde; “Kurum bu Tebliğ hükümlerinde yapacağı değişiklikleri Genelge ile duyurur.” hükmü yer almıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü maddesi gereği oluşturulan Ödeme Komisyonu; “Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” gereği 2009/3. dönem çalışmalarını tamamlamış olup, alınan kararlar ile SUT güncellenmesine ilişkin çalışmalar sonucu SUT ve eklerinde aşağıdaki şekilde değişiklik ve düzenlemeler yapılmıştır.

**1- Tebliğin “12.7.10. Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri”** başlıklı maddesinin “A” maddesinin 6’ncı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**“6) Enzim dışındaki tedavi seçenekleri (substrat inhibisyonu tedavisi gibi)**

(a)Çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekimlerinden birisinin bulunduğu bir yıl süreli sağlık kurulu raporunda enzim tedavisinin mümkün olmama gerekçelerinin belirtilmesi halinde bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.

(b) Miglustat:

1. Enzim tedavisine ağır alerjik reaksiyonlar veya hipersensitivite geliştirenler veya
2. Enzim tedavisine kısmi veya tam yanıtı olmadığı olanlarda;
  - Hemoglobün düzeyi kadınlarda 11 erkeklerde 12 nin altında olanlar
  - Enzim tedavisi altında, splenektomi yapılmamış hastalarda trombosit düzeyinde tedavinin başlangına göre 1,5 kattan az artış varsa
  - Dalak volümünün %50 den az küçüldüğü durumlarda
  - Karaciğer volümünün %30 dan az küçüldüğü durumlarda
  - Enzim tedavisine rağmen akut kemik krizlerinin devam ettiği hallerde
  - Enzim tedavisi altında transaminaz düzeylerinin normalin üst sınırının 3 kat ve üzerinde seyretmesi halinde
  - Akciğer tutulumunda düzelme olmadığında (pulmoner hipertansiyonun devamı, oksijenasyonun düzelmemesi, hepatopulmoner sendrom varlığı)

Yukarıdaki koşulların en az birinin varlığında enzim tedavisine yanıtı kabul edilir.

Miglustat tedavisine yanıt, enzim tedavisinden miglustat tedavisine geçişe neden olan parametre açısından takip edilir. Yanıt ilk bir yıl sonunda bu parametre açısından değerlendirilir. Tedaviye yanıtı yoksa tedavi sonlandırılır.

1/4

Halen miglustat tedavisi almakta olan hastaların tedaviye devamı da bu madde kapsamında değerlendirilir.”

**2- Tebliğin “12.7.13 başlıklı maddesinin;**

**“12.7.13.1. Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı alt maddesinin;**

a) (1) inci fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“b. 2-18 yaş grubu hastalarda ; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek karaciğer biyopsisinde HAI>4 veya fibrozis > 2,”

b) (3) üncü fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

(3) “a) Erişkin hastalarda İnterferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen ve HBV DNA <107 kopya/ml olan hastalarda kullanılabilir. İnterferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

b) 2-18 yaş grubu hastalarda tedaviye lamivudin yada interferonlar ile başlanabilir. Çocuklarda İnterferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra (1)-b. Maddesinde tarif edilen koşulları yeniden taşıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir İnterferon tedavisi daha verilebilir.”

c) (4) üncü fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(4)Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye HBV DNA <107 kopya/ml ise günde 100 mg lamivudin ile başlanır. Tedavinin 24üncü haftasında HBV DNA pozitif olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir. HBV DNA >107 kopya/ml olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir. Çocuk hastalardan, HBV DNA seviyesi: 10 000 (10<sup>4</sup>) kopya/ml olanlarda lamivudin tedavisine 3mg/kg/gün dozunda başlanabilir.”

d) (6)ıncı fıkrasında yer alan düzenlemenin başına “Erişkin hastalarda” ifadesi eklenmiştir.

**“12.7.13.7. Viral hepatit tedavisinde genel prensipler” başlıklı alt maddesinin;**

1’inci alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“1. Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre (Pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.”

**3- Tebliğin “12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı maddesinin c-3-d alt bendinde yer alan “Trastuzumab” etken maddesine ait düzenlemede “ ....Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır.” cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki ifade eklenmiştir.**

“Erken evre meme kanseri endikasyonunda tedavi süresi 9 haftadır.”

**4- Tebliğin “12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı maddesinin c-3-d alt bendinde yer alan “Ritüksimab” etken maddesine ait düzenleme aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.**

**“Ritüksimab:** Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı 3. basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş tedavi protokolünü de gösterir uzman hekim raporuna istinaden; yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisi konmuş hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemiş evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanımı endikedir.

Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanımı halinde geri ödenir.

Foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada; rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen (daha önce aynı tedaviye yanıt vermiş olduğu için kombinasyon kemoterapisi olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. İndüksiyon tedavisine yanıt vermiş (en fazla 8 kür kullanılmış) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.

CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar geri ödenir.”

**5-12.7.24. Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri başlıklı maddesine 4 üncü fıkra olarak aşağıdaki fıkra eklenmiştir.**

“4. Mevsimsel veya yıl boyu devam eden allerjik rinit tedavisinde kullanılan nasal kortikosteroid preparatları; 2-5 yaş grubu hastalarda (2 ve 5 yaş grubu dahil), yalnızca Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Alerji, Klinik İmmünoloji veya KBB Hastalıkları Uzmanları tarafından reçete edilebilir.”

**6-Tebliğin “12.7.25. Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri” başlıklı maddesinin (b) bendi, 12.7.35 numaralı maddesi olarak yeniden düzenlenmiştir.**

**“12.7.35. Nöropatik ağrı:**

Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Pregabalin; üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Duloksetin; diyabetik periferik nöropatik ağrı tedavisinde, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında Nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edildiğinde, bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Alfa Lipoik Asit; periferik diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde, nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon,immünoloji, romatoloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.”

**7- Tebliğin “12.7.28. Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri” başlıklı maddesine (F) alt bendi eklenmiştir.**

“F) Rosuvastatin etken maddesini 40 mg dozda içeren preparatlar, yalnızca kardiyoloji ve endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.”

**8 -Tebliğin “12.8. Güvenlik ve endikasyon formu ile Uyuşturucu ve Psikotrop İlaçlar” başlıklı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.**

“Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları ve varsa rapor süreleri, koşulları ile reçeteleme koşulları (SUT’ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla) konusunda Sağlık Bakanlığınca belirlenen kurallara uyulacaktır.”

**9- Tebliğ Eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Ek:2” Listesine;**

- a) 4.10.6. Sildenafil sitrat \*
- b) 10.12.5. Duloksetin (sadece diyabetik periferel nöropatik ağrıda)  
maddeleri ilave edilmiştir.

**10-Tebliğ Eki “Sistemik Antimikrobik Ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Ek:2/A” Listesinin;**

a)167. Maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.”

“167. Kollojen:

Yalnızca Dekübitüs yaralarında;

Genel Cerrahi, Plastik cerrahi,Cildiye ve Ortopedi uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile

1)-Bası yaralarının (Grade 1-2 ) tedavisinde, aynı yara için en çok bir kez 3 hafta süre ile,

2)-Cerrahi yapılamayacak durumda olan hastalarda (ileri derecede kronik rahatsızlığı olan hastalar ve anestezi açısından risk grubu olarak ASA 3 ve üzerinde olan hastalar) en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile en fazla birer aylık dozda reçetelenmek koşulu ile kullanılabilir”

b) “204. Albendazol; 400 Mg lık formlarının büyük ambalajları yalnızca “Kisthidatik ve nösisistisarkosis hastalığı” endikasyonlarında ödenir.” maddesi eklenmiştir.

c) “205. Çinko preparatları (Kombine olanlar hariç); Yalnızca 2.veya 3.basamak sağlık tesislerinde reçete edilir” maddesi eklenmiştir.

d) 190. maddesi, 12.7.35. maddesi kapsamında yer alacak şekilde düzenlenmiştir.

**11-** Bu Genelge, Kurum resmi internet sitesinde yayımlandığı tarihi itibariyle üç iş günü sonra yürürlüğe girer.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

M. Emin ZARARSIZ  
Kurum Başkanı

Ek:1-Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (Ek 2/D)ne Eklenen İlaçlar Listesi

2-Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (Ek 2/D)nden Çıkarılan İlaçlar Listesi

3-Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (Ek 2/D)nde Düzenlenen İlaçlar Listesi

Dağıtım:

Gereği:

Kurum Merkez ve Taşra Teşkilatına

Bilgi:

Sağlık Bakanlığına

Maliye Bakanlığına