

31.03.2018 TARİHLİ SUT	10.05.2018 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
<p><b>2.4.3-B-</b> Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alanlar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını/gebelik durumunu belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde <b>yılda</b> bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.</p>	<p><b>2.4.3-B-</b> Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alanlar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını/gebelik durumunu belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce <b>her Eylül ilâ Şubat dönemleri içerisinde</b> reçete edildiğinde bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.</p>
<p><b>3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler</b></p> <p>(4) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinin açıklama bölümünde “I” harfi yer alan (kişiye özel ısmarlama üretilen) ürünler ile ilgili olarak;</p> <p>a) “İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezleri ile işitme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>b) Bu tıbbi malzemeler için fatura eki belgelere, SUT’un <b>5.3.4</b> maddesinde belirtilen belgelere ilave olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş ruhsatnamenin ve sorumlu müdür belgesinin “aslı gibidir” onaylı örneği eklenir. Ancak, resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları bünyesindeki ısmarlama protez ve ortez merkezlerinden bu belgeler istenmez.</p>	<p><b>3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler</b></p> <p>(4) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinin açıklama bölümünde “I” harfi yer alan (kişiye özel ısmarlama üretilen) ürünler ile ilgili olarak;</p> <p>a) “İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezleri ile işitme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>b) Bu tıbbi malzemeler için fatura eki belgelere, SUT’un <b>5.3.2</b> maddesinde belirtilen belgelere ilave olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş ruhsatnamenin ve sorumlu müdür belgesinin “aslı gibidir” onaylı örneği eklenir. Ancak, resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları bünyesindeki ısmarlama protez ve ortez merkezlerinden bu belgeler istenmez.</p>
<p><b>3.3.35-İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı</b></p> <p>(4) İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT’un <b>5.3.4</b> numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;</p>	<p><b>3.3.35-İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı</b></p> <p>(4) İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT’un <b>5.3.2</b> numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;</p>

<p><b>4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı</b></p> <p>(5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde <del>en fazla 1 kutu</del> ödenir. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT'ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. <del>Aneak ilaçların topikal formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünleri, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları, eritropoietinler ve darbopoetinler için bu fıkra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır. Bu maddenin birinci fıkrası için bu fıkra hükümleri uygulanmaz.</del></p>	<p><b>4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı</b></p> <p>(5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde ödenir. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT'ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir.</p>
<p><b>4.1.10 - İlaç Güvenlik İzlem Formları ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar</b></p> <p>(1) İlaç Güvenlik İzlem Formları olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları, varsa rapor süreleri ve koşulları ile reçeteleme koşulları konusunda, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla <del>Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK)</del> tarafından belirlenen kurallara uyulur.</p>	<p><b>4.1.10 - İlaç Güvenlik İzlem Formları ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar</b></p> <p>(1) İlaç Güvenlik İzlem Formları olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları, varsa rapor süreleri ve koşulları ile reçeteleme koşulları konusunda, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla <b>Sağlık Bakanlığı</b> tarafından belirlenen kurallara uyulur.</p>
<p><b>4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri</b></p>	<p><b>4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab, <b>sekukinumab</b> ve vedolizumab kullanım ilkeleri</b></p>
<p><b>4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</b></p> <p>(6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından</p>	<p><b>4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</b></p> <p>(6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından</p>

<p>reçete edilebilir. Tedaviye uzun süre ara veren (3 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır.</p>	<p>reçete edilebilir. Tedaviye uzun süre ara veren (6 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır. <b>Aynı hasta için iki farklı teşhis ile iki farklı anti-TNF ve/veya iki farklı biyolojik ajanın birlikte kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</b></p>
<p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</b> <b>4.2.1.C-9 – Sekukinumab</b></p> <p>(1) Aktif ankilozan spondilitli erişkin hastalarda;</p> <p>a) Biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 farklı nonsteroid antiinflatuar ilacın maksimum dozunda kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) &gt;5) ve bununla birlikte;</p> <p>1) Eritrosit sedimentasyon hızı &gt;28 mm/s, 2) Normalin üst sınırını aşan CRP değeri, 3) MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroileit/spondilit bulgularından en az birinin olduğu hastalarda bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda BASDAİ’de en az 2 birim düzelme olduğunun yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. BASDAİ’de 2 birimden daha az düzelme olması tedaviye yanıtızsızlık olarak değerlendirilerek ilaç kullanımını sonlandırılır.</p> <p>c) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 6’şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni</p>



	<p>düzenlenecek raporda belirtilmelidir. Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda başlangıç kriterleri yeniden aranır.</p>
<p>YENİ EKLENDİ.</p>	<p><b>4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</b> <b>4.2.1.C-9 – Sekukinumab</b></p> <p>(2) Orta veya şiddetli plak psöriazisli erişkin hastalarda;</p> <p>a) Siklosporin, methotreksat veya PUVA 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.</p> <p>b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda başlangıç PASI değerine göre en az %75 iyileşme olduğunun yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Başlangıç PASI değerine göre %75 iyileşme sağlanamaması tedaviye yanıtızlık olarak değerlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır.</p> <p>c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı 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.</p>
<p>YENİ EKLENDİ.</p>	<p><b>4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</b> <b>4.2.1.C-9 – Sekukinumab</b></p> <p>(3) Aktif psöriatik artritli erişkin hastalarda;</p> <p>a) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı 3'er ay süre ile uygun dozda kullanmış ve sonrasında en</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>c) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p><b>4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce reçete edilebilir. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri, nöroloji, geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bupropiyon HCl ve agomelatin yalnızca major depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.</p>	<p><b>4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce reçete edilebilir. <b>Bu gruplar arasında ilaç değişimi gereken hallerde ve/veya bu ilaçların 6 aydan uzun süre kullanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b> SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri, nöroloji, geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bupropiyon HCl ve agomelatin yalnızca major depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.</p>

<p><b>4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri</b> (3) Malnütrisyon tanımı raporda belirtilmek kaydıyla; a) Erişkinlerde; 1) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya 2) “Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar veya b) Çocukluk yaş grubunda; 1) Yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (&lt; -2SD) olanlar, malnütrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.</p>	<p><b>4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri</b> (3) Malnütrisyon tanımı raporda belirtilmek kaydıyla; a) Erişkinlerde; 1) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar (<b>Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu oluşan kilo kayıpları istemli olarak değerlendirilir.</b>) veya 2) “Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar veya b) Çocukluk yaş grubunda; 1) Yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (&lt; -2SD) olanlar, malnütrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.</p>
<p><b>4.2.10.C-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri</b> (5) Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.</p>	<p><b>4.2.10.C-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri</b> (5) Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin <b>yapılmadığı (gerekçesi raporda belirtilmek koşuluyla) veya</b> başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.</p>
<p><b>4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi</b> (7) <del>Kronik hepatit B tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir.</del></p>	<p><b>4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi</b> (7) <b>Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, başlama kriterlerinin hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun olduğu yeni raporda belirtilir</b></p>
<p><b>4.2.13.1.4 <del>Biyopsisi ile ilgili genel prensipler</del></b></p>	<p><b>4.2.13.1.4 Karaciğer biyopsisi ile ilgili genel prensipler</b></p>



<p><b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b></p> <p>(1) Fotemustin, <b>gefinitib</b>, interleukin-2, octreotid, lanreotid, streptozosin; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.</p>	<p><b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b></p> <p>(1) Fotemustin, interleukin-2, octreotid, lanreotid, streptozosin; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.</p>
<p><b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b></p> <p>o) <b>Erlotinib;</b> epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 (L858R) mutasyonu, akredite bir laboratuvarında gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının birinci basamak tedavisinde ve yukarıda tanımlanan mutasyon ve delesyonu olan nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında bir basamak kemoterapi sonu progresyonunda ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar bu durumların belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Reçeteye genetik tetkik sonucu eklenir.</p>	<p><b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b></p> <p>o) <b>Erlotinib;</b> epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 (L858R) mutasyonu, akredite bir laboratuvarında gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının birinci basamak tedavisinde ve yukarıda tanımlanan mutasyon ve delesyonu olan nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında bir basamak kemoterapi sonu progresyonunda ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar bu durumların belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Reçeteye genetik tetkik sonucu eklenir. <b>Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardışık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</b></p>
<p><del>bb) <b>Krizotinib;</b> ALK (Anaplastik Lenfoma Kinaz) pozitifliği FISH testi ile doğrulanmış, en az bir seri kemoterapi kullanmış ve sonrasında progresyon göstermiş metastatik non-skuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının tedavisinde, tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.</del></p>	<p><b>bb) Krizotinib;</b></p> <p><b>1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) veya Reseptör Tirozin Kinaz C-ROS 1 (ROS-1) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarında doğrulanmış ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b></p> <p><b>2) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarında doğrulanmış daha önce kemoterapi uygulanmış ve sonrasında progresyon gelişmiş metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK)</b></p>

	<p>hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>3) Alektinib veya seritinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>4) 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.</p>
<p>dd) <b>Regorafenib;</b></p> <p>1) Öncesinde floropirimidin, oksaliplatin ve irinotekan bazlı kemoterapi ve anti-VEGF (anti vasküler endotelial büyüme faktörü) tedavisi ve RAS-doğal tip ise ayrıca anti-EGFR (anti epidermal büyüme faktörü reseptörü) ile tedavi görmüş ve progresyon göstermiş, ECOG performans skoru: 0-1 olan, yeterli organ fonksiyonu bulunan ve yaşam beklentisi üç aydan fazla olan, rezeke edilemeyen metastatik kolorektal kanser (mKRK) tedavisinde kullanılır.</p> <p>2) Öncesinde imatinib mesilat ve sunitinib malat tedavileri görmüş ve progresyon göstermiş rezeke edilemeyen metastatik gastrointestinal stromal tümör (GİST) tedavisinde kullanılır.</p> <p>3) Yukarıdaki durumlarda tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından birer aylık dozda reçete edilir.</p>	<p>dd) <b>Regorafenib;</b></p> <p>1) Öncesinde floropirimidin, oksaliplatin ve irinotekan bazlı kemoterapi ve anti-VEGF (anti vasküler endotelial büyüme faktörü) tedavisi ve RAS-doğal tip ise ayrıca anti-EGFR (anti epidermal büyüme faktörü reseptörü) ile tedavi görmüş ve progresyon göstermiş, ECOG performans skoru: 0-1 olan, yeterli organ fonksiyonu bulunan ve yaşam beklentisi üç aydan fazla olan, rezeke edilemeyen metastatik kolorektal kanser (mKRK) tedavisinde kullanılır.</p> <p>2) Öncesinde imatinib mesilat ve sunitinib malat tedavileri görmüş ve progresyon göstermiş rezeke edilemeyen metastatik gastrointestinal stromal tümör (GİST) tedavisinde <b>veya sorafenib tedavisi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri veya metastatik veya nöks hepatoselüler kanser tanısı olan ve Child-Pugh A düzeyinde karaciğer fonksiyonuna sahip hastaların tedavisinde progresyona kadar</b> kullanılır.</p> <p>3) Yukarıdaki durumlarda tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından birer aylık dozda reçete edilir.</p>



<p><b>mm) Afatinib;</b></p> <p>1) Aşağıdaki endikasyonlarda monoterapi şeklinde kullanılır.</p> <p>a) ECOG performans skoru en fazla 2 olan, Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu olan, lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (NSCLC) daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş yetişkin hastaların tedavisinde,</p> <p>b) Platin bazlı kemoterapi sırasında veya sonrasında progresyon gösteren skuamöz histolojiye sahip EGFR gen exon 19 delesyonu olan lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (NSCLC) hastaların tedavisinde,</p> <p>2) Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu, 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi ve reçete ekinde genetik tetkik sonucu bulunması halinde bedeli ödenir.</p>	<p><b>mm) Afatinib;</b></p> <p>1) Aşağıdaki endikasyonlarda monoterapi şeklinde kullanılır.</p> <p>a) ECOG performans skoru en fazla 2 olan, Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu olan, lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (NSCLC) daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş yetişkin hastaların tedavisinde,</p> <p>b) Platin bazlı kemoterapi sırasında veya sonrasında progresyon gösteren skuamöz histolojiye sahip EGFR gen exon 19 delesyonu olan lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (NSCLC) hastaların tedavisinde,</p> <p>2) Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu, 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi ve reçete ekinde genetik tetkik sonucu bulunması halinde bedeli ödenir. <b>Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardışık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</b></p>
<p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>rr) Osimertinib;</b></p> <p>1) <b>Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) Tirozin Kinaz İnhibitörü tedavisi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş, EGFR T790M mutasyon pozitifliği progresyon sonrası yapılan biyopsi ile tespit edilmiş olan, kemoradyoterapiye ve cerrahiye uygun olmayan lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) olan yetişkin hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b></p> <p>2) <b>En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.</b></p>

YENİ EKLENDİ.

ss) Gefitinib;

1) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 mutasyonu akredite bir laboratuvarda gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan 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 veya göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

3) Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardışık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

YENİ EKLENDİ.

şş) Seritinib;

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarda doğrulanmış ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Daha önce krizotinib ile tedavi edilmiş ve sonrasında progresyon gelişmiş Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarda doğrulanmış metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

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

4) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman

	<p>hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığının belirtilmesi gerekmektedir.</p>
YENİ EKLENDİ.	<p>tt) Alektinib;</p> <p>1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarında doğrulanmış ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>2) Daha önce krizotinib ile tedavi edilmiş ve sonrasında progresyon gelişmiş Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarında doğrulanmış metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>3) Alektinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib veya seritinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>4) 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.</p>
YENİ EKLENDİ.	<p>uu) Ekulizumab yalnızca;</p> <p>1) Atipik Hemolitik Üremik Sendrom (aHÜS) tedavisinde aşağıdaki (a), (b) ve (c) alt bentlerinde yer alan kriterleri birlikte sağlayan hastalarda tedaviye başlanması ve en az bir nefroloji uzman hekiminin yer aldığı ve aşağıdaki durumların belirtildiği en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nefroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca</p>



	<p>karşılır.</p> <p>a) Plazma değişimi veya plazma infüzyonu öncesi ölçülmüş ADAMTS-13 aktivitesi <math>\geq</math>%5 olan (Plazma değişimi veya plazma infüzyonu uygulanmışsa bu işlemten 14 gün sonra trombosit sayısının <math>&gt;30.000/mm^3</math> ve serum kreatinin düzeyinin <math>&gt;150 \mu mol/L</math> olması durumunda ADAMTS-13 aktivitesi <math>\geq</math>%5 olarak kabul edilir.) ve tanı öncesi son 14 gün içinde kanlı diyare var ise E.Coli STEC (-) olan ve disemine intravasküler koagülopati laboratuvar bulguları taşımayan Trombotik Mikroanjiyopati (TMA)'de,</p> <p>b) Yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu, ilaç etkisi, immün vb. nedenlerle açıklanamayan trombositopenisi olan (Trombosit sayısının <math>&lt;150.000/mm^3</math> veya takipli hastada başlangıç trombosit değerine göre %25 ve üzerinde düşüş olması) ve hemolizin eşlik ettiği (Haptoglobin düşüklüğü veya LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde olduğu ve periferik kan yaymasında <math>&gt;</math>%1 şistosit varlığı ve direkt Coombs negatifliği ile gösterilmiş) veya bu bulguların tespit edilmediği olgularda TMA varlığını gösteren doku biyopsisi incelemesi bulunan aktif ve progrese Trombotik Mikroanjiyopati (TMA)'de,</p> <p>c) Böbrek fonksiyon bozukluğu (serum kreatinin düzeyinin referans üst sınırından <math>&gt;</math>%20 olması veya eGFR düzeyinin <math>&lt;60 ml/dk</math> olması veya biyopsi ile gösterilmiş böbrek hasarı olması) veya nörolojik tutulum (epileptik atak/konfüzyon/parezi/pleji/koma vb.) veya kalp-damar sistemi tutulumu (miyokard enfarktüsü/pulmoner embolizm/diğer vasküler trombozlar) veya gastrointestinal tutulum (diyare/bulantı/kusma/karın ağrısı vb.) veya pulmoner tutulum (dispne/pulmoner hemoraji/pulmoner ödem vb.) veya göz tutulumunun (ağrı ve bulanık görüntü/retinal damar oklüzyonu/retinal hemoraji vb.) eşlik ettiği Trombotik Mikroanjiyopati (TMA)'de.</p>
--	---

YENİ EKLENDİ.

2) Paroksizmal Noktürnal Hemoglobinüri (PNH) tedavisinde aşağıdaki kriterlerden en az birini karşılayan hastalarda tedaviye başlanması ve en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli aşağıdaki durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Kemik iliği normoselüler veya hiperselüler iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak (FLAER testi) %1'in üzerinde olduğu gösterilen ve LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde olduğu kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda,

b) Kemik iliği hipoplastik veya aplastik iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak %1'in üzerinde olduğu gösterilen ve LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde olduğu kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda,

c) Transplantasyon öncesi dönemde transfüzyon gereksinimini azaltmak ve kronik hemolize bağlı komplikasyonları önlemek amacıyla allojenik kemik iliği nakline hazırlanan PNH ile ilişkili en az bir bulgunun eşlik ettiği olgularda,

ç) Kök hücre nakli yapılamayan ve immünsüpresif tedaviye yanıt alınamayan kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda,

d) Allojenik kök hücre nakli sonrası yeterli yanıt elde edilemeyen (hemolizi düzelmeyen ve granülosit klonu varlığı devam eden) olgularda,

e) Tromboembolik olay, renal yetersizlik, pulmoner hipertansiyon vb. kanıtlanmış PNH komplikasyonlarından biri veya birkaçı bulunan granülosit klonunun akım sitometrik olarak %1'in üzerinde olduğu gösterilen olgularda,

f) Kemik iliği normoselüler/hiperselüler iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak %1'in üzerinde olduğu gösterilen gebelerde; gebelik döneminde ve post-partum

	dönemde en az üç ay süresince.
YENİ EKLENDİ.	3) Sağlık Bakanlığınca hasta bazında; C3 glomerulopati, membranoproliferatif glomerulonefrit (MPGN), CD 55 eksikliği, CD 59 eksikliği, renal transplantasyon, dens depozit hastalığı, soğuk aglütinin otoimmün hemolitik anemi, trombotik trombositopenik purpura (TTP), kronik nefritik sendrom veya diffüz mezensekiopiller glomerulonefrit tanılarında verilecek endikasyon dışı onaya dayanılarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ.	4) Tedaviye başlamadan iki hafta önce meningokok bağışıklaması tamamlanmış ve “Ekulizumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu” tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek reçete ekine konmuş olmalıdır. İki yaşından küçük çocuklarda veya bağışıklamayı takiben iki hafta geçmeden ekulizumab başlanması gereken olgularda antibiyotik profilaksisi uygulanmış olduğu reçetede belirtilmelidir.
YENİ EKLENDİ.	5) aHÜS hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; hematolojik normalleşmenin (Haptoglobulin, LDH veya trombosit sayılarında normalleşme) ve eGFR ve/veya serum kreatinin düzeyinde %25 ve daha fazla iyileşmenin ve nörolojik ve/veya böbrek dışı organ hasarında düzelmenin gerçekleştiğinin yeni düzenlenecek rapor ile gösterilmesi halinde tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde yer almalıdır.
YENİ EKLENDİ.	6) PNH hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; klinik fayda gören, granülosit klonu pozitifliğinin devam ettiği akım sitometrik olarak gösterilmiş ve transfüzyon bağımsız olgularda tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde yer almalıdır.



**4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban;**

(1) Yetişkin hastalarda;  
a) Rivaroksaban, dabigatran ve apiksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde kullanılır.  
b) Yukarıdaki durumlarda; öncesinde en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamaması halinde varfarin kesilerek rivaroksaban veya dabigatran veya apiksaban tedavisine geçilebilir.

(2) Tekrarlayan idiyopatik pulmoner embolisi olan veya homozigot trombofilisi olan veya daha önce venöz tromboemboli (VTE) geçiren aktif kanser hastaları veya immobil (raporda nedeni belirtilmek koşuluyla) hastalarda varfarin kullanımı koşulu aranmaz.

(3) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden ~~en az~~ üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(4) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.

**4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban ve Edoksaban;**

(1) Yetişkin hastalarda;  
a) Rivaroksaban, dabigatran, **edoksaban** ve apiksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde kullanılır.  
b) Yukarıdaki durumlarda; öncesinde en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamaması halinde varfarin kesilerek rivaroksaban veya dabigatran veya apiksaban **veya edoksaban** tedavisine geçilebilir.

(2) Tekrarlayan idiyopatik pulmoner embolisi olan veya homozigot trombofilisi olan veya daha önce venöz tromboemboli (VTE) geçiren aktif kanser hastaları veya immobil (raporda nedeni belirtilmek koşuluyla) hastalarda varfarin kullanımı koşulu aranmaz.

(3) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden **aynı uzmanlık dalından üçünün veya bu uzmanlık dallarından herhangi** üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(4) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.

<p><b>4.2.20 - Palivizumab kullanım ilkeleri</b></p> <p>(3) Palivizumab Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla bir hasta için en fazla 5 doz ve maksimum 2 yaşa kadar uygulanmalıdır.</p>	<p><b>4.2.20 - Palivizumab kullanım ilkeleri</b></p> <p>(3) Palivizumab Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla bir hasta için en fazla 5 doz ve maksimum 2 yaşa kadar uygulanmalıdır. <b>Palivizumab etkin maddeli ilaçlar aylık dozlar halinde reçete edilir.</b></p>
<p><b>4.2.27.D.2- Kazanılmış ağır aplastik anemi endikasyonunda eltrombopag kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Önceki immün sistemi baskılayıcı tedaviye dirençli olan ve yoğun ön tedavi görmüş olup allojenik kök hücre transplantasyonu için uygun olmayan ve hayatı tehdit eden organ kanaması olan, trombosit sayısı &lt; 20.000 olan edinsel şiddetli aplastik anemili (SAA) erişkin hastalarda tedaviye başlanır.</p>	<p><b>4.2.27.D.2- Kazanılmış ağır aplastik anemi endikasyonunda eltrombopag kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Önceki immün sistemi baskılayıcı tedaviye dirençli olan ve yoğun ön tedavi görmüş olup allojenik kök hücre transplantasyonu için uygun olmayan ve hayatı tehdit eden organ <b>kanama riski veya</b> kanaması olan, trombosit sayısı &lt; 20.000 olan edinsel şiddetli aplastik anemili (SAA) erişkin hastalarda tedaviye başlanır.</p>
<p><b>4.2.28.A- Statinler (antihipertansiflerle veya asetilsalisilikasitle kombinasyonları dahil)</b></p> <p>(1) Statinler, daha önce kullanmayan hastalarda, uzman hekim raporuna dayanılarak kullanılmaya başlanır;</p>	<p><b>4.2.28.A- Statinler (antihipertansiflerle veya asetilsalisilikasitle kombinasyonları dahil) veya Kolestiramin</b></p> <p>(1) Statinler <b>ve kolestiramin</b>, daha önce kullanmayan hastalarda, uzman hekim raporuna dayanılarak kullanılmaya başlanır;</p>
<p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>4.2.28.A- Statinler (antihipertansiflerle veya asetilsalisilikasitle kombinasyonları dahil) veya Kolestiramin</b></p> <p><b>(5) Kolestiramin; birinci, ikinci ve üçüncü fıkralarda yer alan kullanım koşulları esas alınmak üzere, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları, nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.</b></p>

<p><b>4.2.28.B - Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar (fenofibrat, gemfibrozil, <b>kolestiramin</b>)</b></p> <p>(1) Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar;</p> <p>a) Trigliserid düzeyinin 500 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda veya</p> <p>b) Trigliserid düzeyinin 200 mg/dL üstünde olan; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları, nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.</p>	<p><b>4.2.28.B - Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar (fenofibrat, gemfibrozil)</b></p> <p>(1) Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar;</p> <p>a) Trigliserid düzeyinin 500 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda veya</p> <p>b) Trigliserid düzeyinin 200 mg/dL üstünde olan; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları, nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. <b>Tedaviye 6 ay veya daha uzun süre ara veren hastalarda bu madde kapsamındaki başlangıç kriterleri yeniden aranır.</b></p>
<p><b>4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod ve natalizumab kullanım ilkeleri</b></p> <p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod, <b>fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab</b> ve natalizumab kullanım ilkeleri</b></p> <p><b>(6) Okrelizumab;</b></p> <p>a) EDSS skoru 7 ve altında olan <b>Primer Progresif Multiple Skleroz (PPMS) hastalarında kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b></p> <p>b) EDSS skoru 7 ve altında olan ve ataklarla seyreden <b>Remitting Multiple Skleroz (RMS) ve/veya Sekonder Progresif Multiple Skleroz (SPMS) hastalarında; en az bir yıl süre ile beta interferon veya teriflunomid veya dimetil fumarat veya glatiramer asetat tedavisine yanıtız olduğunun gösterilmiş olması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b></p> <p>c) Bu durumların belirtildiği, nöroloji uzman hekiminin yer aldığı <b>üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenecek bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır</b></p>
<p><b>(6)</b> Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez.</p>	<p><b>(7)</b> Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez.</p>
<p><b>4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</b></p>	<p><b>4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</b></p>



<p>(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin, empagliflozin); metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p>	<p>(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin, empagliflozin) <b>ve SGLT2 inhibitörlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları</b>; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p>
<p><b>4.2.45 – Duchenne Müsküler Distrofi (DMD) hastalığında Ataluren kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Distrofin geninde nonsense (anlamsız) mutasyonlar olduğunun genetik test (DNA analizi) ile ortaya konulması ve altı dakika yürüme testi sonuçlarına göre üç yüz metre ve üzeri yürüyebilen <b>yedi</b> yaş ve üzeri hastalarda, üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında en az bir pediatrik/erişkin nöroloji uzmanının yer aldığı en fazla altı ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak pediatrik/erişkin nörologlar tarafından reçetelenir.</p>	<p><b>4.2.45 – Duchenne Müsküler Distrofi (DMD) hastalığında Ataluren kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Distrofin geninde nonsense (anlamsız) mutasyonlar olduğunun genetik test (DNA analizi) ile ortaya konulması ve altı dakika yürüme testi sonuçlarına göre üç yüz metre ve üzeri yürüyebilen <b>beş</b> yaş ve üzeri hastalarda, üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında en az bir pediatrik/erişkin nöroloji uzmanının yer aldığı en fazla altı ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak pediatrik/erişkin nörologlar tarafından reçetelenir.</p>
<p><b>4.2.46 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;</b></p> <p>(1) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddesini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göğüs hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu <b>6 ay</b> süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</p> <p><del>(2) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddesini içeren ilaçlar;</del></p> <p><del>a) Bağ dokusu belirteçleri açısından romatoloji konsültasyonu alınmış, IPF tanısı biyopsi ile ve/veya aşağıda belirtilen uluslararası kriterlere göre konmuş olan hastalarda tedaviye başlanır.</del></p> <p><del>1) Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) raporu, (raporun tarih ve sayısının sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması)</del></p> <p><del>2) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesini (DLCO) de içeren ayrıntılı solunum fonksiyon testleri (DLCO-DLCO/VA-DLCO/VA/ADJ değerlerinin</del></p>	<p><b>4.2.46 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;</b></p> <p>(1) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddesini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göğüs hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu <b>1 yıl</b> süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</p> <p><b>(2) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) <math>\geq</math>%30, Forced Vital Kapasitesi (FVC) <math>\geq</math>%50 olan ve/veya akciğer biyopsisi ve/veya toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile IPF tanısı konmuş ve bununla birlikte bağ dokusu belirteçleri açısından değerlendirilmiş hastalarda antifibrotik tedavi başlanır. Sağlık kurulu raporunda;</b></p> <p><b>a) HRCT ile tanı konuldu ise görüntüleme raporunun tarih ve sayısı veya</b></p> <p><b>b) Akciğer biyopsisi ile tanı konuldu ise patoloji raporunun tarih ve sayısı veya</b></p> <p><b>c) DLCO <math>\geq</math>%30, FVC <math>\geq</math> %50 olması</b></p>

~~raporda belirtilmesi ve DLCO/VA/ADI değerinin %30-90 arası olması.~~

~~b) Tedavinin devamı için hasta 6 ayda bir değerlendirilir. DLCO/VA/ADI değerinde atak dönemi dışındaki ölçümde başlangıca göre %15 düşme (progresyon) olması halinde tedavi kesilir. Tedavinin devamı için başlangıca göre %15 düşme olmadığı her raporda belirtilmelidir.~~

~~Bu durumların belirtildiği üçüncü basamak sağlık kurumlarında üç göğüs hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.~~

~~(3) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddeleri arasında tedavi geçişlerinde; tedaviye yanıtızsızlık (progresyon) kriteri veya intolerans şartı (ilaca bağlı yan etki) aranır. Bu durum sağlık kurulu raporlarında belirtilmelidir.~~

## YENİ EKLENDİ.

### 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 iskintoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların orjinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine

hali,

ile birlikte bağ dokusu belirteçleri negatif olan hastalarda bu durumun belirtilmesi, bağ dokusu belirteçleri pozitif olan hastalarda romatolojik açıdan değerlendirilerek bağ dokusu hastalığı-akciğer tutulumunun olmadığı belirtilmesi gerekmektedir.

(3) Hastalar her 12 ayda bir yeniden değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelerde;

a) FVC değerinde bir önceki sağlık kurulu raporu değerine göre (ataklar dışında)  $\geq\%10$  düşme olması ilaca yanıtızsızlık olarak kabul edilir ve tedavi sonlandırılır.

b) Tedavinin devamı için düzenlenen raporlarda ikinci fıkrada belirtilen ilaç başlama kriterleri aranmaz. Tedavinin devamı için FVC değerinde bir önceki sağlık kurulu raporu değerine göre (ataklar dışında)  $\geq\%10$  düşme olmadığı her raporda belirtilmelidir.

(4) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddeleri arasında tedavi geçişleri:

a) Tedaviye yanıtızsızlık veya intolerans gelişmişse bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

b) İlaç değişimi yapılması gereken hallerde, bu durumun ve üçüncü fıkrada belirtilen devam kriterlerinin yer aldığı yeni sağlık kurulu raporu düzenlenir.

### 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 (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskintoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, 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 virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 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; %10 baz iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgöl 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 virgöl 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 virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 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; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgöl 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 virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

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; %10 baz iskonto uygulanır **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgöl 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 **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

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

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

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; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgöl sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgöl seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgöl otuz) (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**



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; %18 iskonto (baz iskonto %11 + %7 ilave 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.

(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.

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; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

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 **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

(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 **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

(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 **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

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 **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

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 **(özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).**

**(9) Piyasaya verilecek, mevcut EK-4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK-4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT'un "4.3-Yurt dışından ilaç getirilmesi" başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK-4/A Listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.**

	<p>(10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve EK-4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.</p> <p>(11) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.</p> <p>(12) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen ürünlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.</p>
<p><b>4.7 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu</b></p> <p><del>(4) Hastalara, Sağlık Bakanlığı tarafından özel olarak düzenlenmiş “Hemofili Takip Karnesi” ve turuncu renkte, dört nüshalı hemofili reçetesi verilecektir. Hemofili reçetelerine hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından yalnız faktör yazılabilecek, reçetede bulunan bölümler ilgili hekim ve eczacılar tarafından eksiksiz olarak doldurulacaktır.</del></p>	<p><b>4.7 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu</b></p> <p>(4) Hemofili reçetelerinin; hematoloji, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından ilgili mevzuata uygun olarak düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p><b>4.7 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu</b></p> <p><del>(7) Hemofili hastalarının faktör reçeteleri ve diğer kan ürünü reçeteleri dört nüshalı olacak, reçetelerin birinci nüshası eczaneler tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne, ikinci nüshası Kuruma gönderilecek, üçüncü nüsha eczanede, dördüncü nüsha ise karnede kalacaktır.</del></p>	<p><b>KALDIRILDI.</b></p>

<p><b>5.3.1.Ç – Diğer belgeler</b></p> <p>(1) MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilme sağlanıncaya kadar aşağıdaki incelemeye esas belgeler manuel olarak gönderilir.</p> <p>e) MEDULA sistemine karekod girişleri yapıncaya kadar, mor ve turuncu reçete <del>ile kan ürünleri</del> kupürleri,</p>	<p><b>5.3.1.Ç – Diğer belgeler</b></p> <p>(1) MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilme sağlanıncaya kadar aşağıdaki incelemeye esas belgeler manuel olarak gönderilir.</p> <p>e) MEDULA sistemine karekod girişleri yapıncaya kadar, mor ve turuncu reçete <b>kapsamında bulunan kan ürünlerinin</b> kupürleri,</p>						
<p><b>EK-4/E - SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ</b></p>							
<p><b>10 - ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER</b></p> <table border="1" data-bbox="188 817 758 884"> <tr> <td data-bbox="188 817 236 884">7</td> <td data-bbox="236 817 427 884">Ketokonazol</td> <td data-bbox="427 817 758 884">KY</td> </tr> </table>	7	Ketokonazol	KY	<p><b>10 - ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER</b></p> <table border="1" data-bbox="805 817 1375 1108"> <tr> <td data-bbox="805 817 853 1108">7</td> <td data-bbox="853 817 1045 1108">Ketokonazol</td> <td data-bbox="1045 817 1375 1108"> <p><b>KY</b> (Şampuan formlarının yalnızca dermatoloji hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)</p> </td> </tr> </table>	7	Ketokonazol	<p><b>KY</b> (Şampuan formlarının yalnızca dermatoloji hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)</p>
7	Ketokonazol	KY					
7	Ketokonazol	<p><b>KY</b> (Şampuan formlarının yalnızca dermatoloji hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)</p>					



## 11 - ANTİVİRAL İLAÇLAR

### B) Diğer Antiviraller

15	Valgansiklovir	3 ay süreli enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.
----	----------------	---

## 11 - ANTİVİRAL İLAÇLAR

### B) Diğer Antiviraller

15	Valgansiklovir	3 ay süreli enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. <b>Böbrek nakli olan hastalarda sitomegalovirüs (CMV) hastalığının önlenmesinde transplantasyondan sonraki 10 gün içinde başlanan profilaksi süresi en fazla 100 gündür. Bu sürenin sonunda, CMV IgM ve IgG değerleri negatif olan hastalarda enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporu ile reçete edilmesi halinde transplantasyondan sonraki en fazla 200 üncü güne kadar profilaksi süresi uzatılabilir.</b>
----	----------------	---

## 13 – DİĞERLERİ

**YENİ EKLENDİ.**

## 13 – DİĞERLERİ

25	<b>Diltiazem (topikal formları)</b>	<b>Yalnızca genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b>
----	-------------------------------------	--

<p><b>13 – DİĞERLERİ</b></p> <p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>13 – DİĞERLERİ</b></p> <table border="1" data-bbox="807 264 1377 589"> <tr> <td data-bbox="807 264 868 589">26</td> <td data-bbox="868 264 1059 589">Gliseril trinitrat (topikal formları)</td> <td data-bbox="1059 264 1377 589">Yalnızca kronik anal fissürlere bağlı ağrıların tedavisinde genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</td> </tr> </table>	26	Gliseril trinitrat (topikal formları)	Yalnızca kronik anal fissürlere bağlı ağrıların tedavisinde genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
26	Gliseril trinitrat (topikal formları)	Yalnızca kronik anal fissürlere bağlı ağrıların tedavisinde genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.		
<p><b>13 – DİĞERLERİ</b></p> <p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>13 – DİĞERLERİ</b></p> <table border="1" data-bbox="807 732 1377 1057"> <tr> <td data-bbox="807 732 868 1057">27</td> <td data-bbox="868 732 1059 1057">Piritiyon çinko (topikal süspansiyon formları)</td> <td data-bbox="1059 732 1377 1057">Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</td> </tr> </table>	27	Piritiyon çinko (topikal süspansiyon formları)	Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
27	Piritiyon çinko (topikal süspansiyon formları)	Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.		
<p><b>13 – DİĞERLERİ</b></p> <p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>13 – DİĞERLERİ</b></p> <table border="1" data-bbox="807 1202 1377 1346"> <tr> <td data-bbox="807 1202 868 1346">28</td> <td data-bbox="868 1202 1059 1346">Fosfomisin (Parantral Formları)</td> <td data-bbox="1059 1202 1377 1346">EHU</td> </tr> </table>	28	Fosfomisin (Parantral Formları)	EHU
28	Fosfomisin (Parantral Formları)	EHU		
<p><b>EK-4/F - AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (UZMAN HEKİM RAPORU/ SAĞLIK KURULU RAPORU) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ</b></p>				
<p><b>49. Omalizumab;</b></p> <p>b) Kronik İdiyopatik Ürtiker hastalarından daha önce en az 6 ay süreyle antihistaminik tedavisi almış ancak yanıt alınamamış olan hastalarda, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde dermatoloji ve/veya alerji ve/veya immunoloji uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tedaviye başlanır. Rapor süresi 3 ayı geçemez. İlk 3 aylık omalizumab ile tedavi süresi sonunda yanıt alındığının raporda belirtilmesi koşuluyla hekim tarafından uygun görülen zaman</p>	<p><b>49. Omalizumab;</b></p> <p>b) Kronik İdiyopatik Ürtiker hastalarından daha önce en az 6 ay süreyle antihistaminik tedavisi almış ancak yanıt alınamamış olan hastalarda, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde dermatoloji ve/veya alerji ve/veya immunoloji uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tedaviye başlanır. Rapor süresi 3 ayı geçemez. İlk 3 aylık omalizumab ile tedavi süresi sonunda yanıt alındığının raporda belirtilmesi koşuluyla hekim tarafından uygun görülen zaman dilimi</p>			

<p>dilimi sonrasında ikinci 3 aylık tedavi verilebilir. Tedavi süresi 6 aya tamamlanarak tedavi sonlandırılır. <del>6. aydan sonra nüks olan hastalarda bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla, tekrar 6 ay süreyle antihistaminik tedavisi alma koşulu aranmaksızın aynı koşullarda tedavi tekrarlanabilir. Reçeteler dermatoloji veya alerji ve/veya immunoloji uzman hekimlerince düzenlenir.</del></p>	<p>sonrasında ikinci 3 aylık tedavi verilebilir. Tedavi süresi 6 aya tamamlanarak tedavi sonlandırılır. <b>Her 6. doz uygulamasından sonra olmak üzere, hekimin belirleyeceği ara verme süresi sonunda nüks ortaya çıkması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla, tekrar antihistaminik tedavisi alma koşulu aranmaksızın 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporlarına istinaden tedavi tekrarlanabilir. Reçeteler, sağlık kurulu raporuna istinaden dermatoloji veya alerji ve/veya immunoloji uzman hekimlerince birer aylık dozlarda düzenlenir.</b></p>
<p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>72. Armodafinil yalnızca;</b></p> <p>a) Uyku laboratuvarında çoklu uyku latens testi incelemesi yapılarak narkolepsi tanısı almış ve en az 3 ay süreyle modafinile yeterli cevap alınamayan yetişkin hastalarda tedaviye başlanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.</p> <p>b) Uyku laboratuvarında incelemesi yapılarak obstrüktif uyku apnesi tanısı almış ve en az 3 ay süreyle pozitif basınçlı havayolu tedavisi (PAP) almasına rağmen (haftanın en az 5 gecesi ve gecede 4 saat ve üzeri efektif olarak) gündüz aşırı uykululuk hali devam eden yetişkin hastalarda tedaviye başlanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.</p> <p>c) Bu durumların belirtildiği göğüs hastalıkları, nöroloji veya psikiyatri uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Tedaviye ara verilmesi halinde başlangıç kriterleri aranmaz.</p>
<p><b>EK-4/G - SADECE YATARAK TEDAVİLERDE KULLANIMI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ</b></p>	
<p><b>4.</b> Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem, Doripenem, Sulbaktam, Kolistimetat Sefuroksim sodyum intrakameral enjeksiyonluk çözelti ve Daptomisin (EK-4/E' ye göre )</p>	<p><b>4.</b> Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem, Doripenem, Sulbaktam, Kolistimetat Sefuroksim sodyum intrakameral enjeksiyonluk çözelti, <b>Fosfomisin (parenteral formları)</b> ve Daptomisin (EK-</p>



	4/E' ye göre )
<b>YENİ EKLENDİ.</b>	<b>4.1. Linezolid oral formları yalnızca; osteomyelitin eşlik etmediği şiddetli ve orta derecedeki diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalardan en az 3 gün yatarak tedavi sonrası klinik iyileşme göstererek oral tedaviye geçişi uygun olanlarda bu durumun belirtildiği EHU onayı ile ayakta tedavilerde en fazla 10 günlük dozlar şeklinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b>
<b>YENİ EKLENDİ.</b>	<b>64. Amino asit + lipid + karbonhidrat içeren parenteral nutrisyon çözeltisinin; miadında doğmuş yeni doğan bebeklerle 2 yaşına kadar olan çocuklarda oral ya da enteral beslenmenin imkânsız, yetersiz ya da kontrendike olduğu durumlarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b>
<b>YENİ EKLENDİ.</b>	<b>65. Ekulizumab</b>

Bu Tebliğin;

- a) 23 üncü maddesi 19/2/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 5 inci maddesi 20/4/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- c) 32 nci maddesinde yer alan ekli listelerde yanında yürürlük tarihi, listeye giriş tarihi veya aktiflenme/pasifleme tarihi bulunan ilaçlar için belirtilen tarihlerde, yanında yürürlük tarihi, listeye giriş tarihi veya aktiflenme/pasifleme tarihi olmayan ilaçlar ise 20/4/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
  - ç) 3, 4, 21 ve 28 inci maddeleri yayımı tarihinde,
  - d) 1, 2, 6 ilâ 20, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 30 ve 31 inci maddesinin (a), (b) ve (c) bentleri yayımı tarihinden 5 (beş) iş günü sonra,
  - e) 13 üncü maddenin (e) bendiyle 4.2.14.C numaralı maddenin üçüncü fıkrasına eklenen (uu) bendi ve 31 inci maddesinin (ç) bendi 30/6/2018 tarihinden geçerli olmak üzere, yürürlüğe girer.