

01.02.2019 TARİHLİ SUT	04.09.2019 TARİHLİ SUT
<p>1.7- Provizyon işlemleri</p> <p>(2) Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası (Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 1 md. Yürürlük: 01/04/2014) veya YUPASS numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda,</p> <p>a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılabilir.</p> <p>b) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, aşağıda belirtilen istisnai haller nedeniyle yapıp yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilir.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Acil hal (*),2) İş kazası ile meslek hastalığı hali,3) Trafik kazası,4) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,5) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,6) Analık hali (**),7) Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,8) 18 yaş altı çocuklar,9) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (***),10) Madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri,	<p>1.7- Provizyon işlemleri</p> <p>(2) Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası (Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 1 md. Yürürlük: 01/04/2014) veya YUPASS numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda,</p> <p>a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılabilir.</p> <p>b) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün sayısının yetersiz olması veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, aşağıda belirtilen istisnai haller nedeniyle yapıp yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilir.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Acil hal (*),2) İş kazası ile meslek hastalığı hali,3) Trafik kazası,4) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,5) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,6) Analık hali (**),7) Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,8) 18 yaş altı çocuklar,9) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (***),10) Madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri,
<p>3.1.1 -Tanım ve genel hükümler</p> <p>(2) Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB)/ Ürün Takip Sistemi (ÜTS) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi cihazlar ile ilgili mevzuatı kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin Kurumca karşılanmasında ve SUT' ta belirtilen istisnalardan TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim</p>	<p>3.1.1 -Tanım ve genel hükümler</p> <p>(2) Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB)/ Ürün Takip Sistemi (ÜTS) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi cihazlar ile ilgili mevzuatı kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin Kurumca karşılanmasında ve SUT' ta belirtilen istisnalardan TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim</p>

<p>işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. TİTUBB/ÜTS'ye kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör fırmalarea bayilerinin-de TİTUBB/ÜTS'de tanımlanmış olması gerekmekte olup resmi kurumlar/resmi sağlık kurumlarından bu şart aranmaz. Bir malzemenin TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması o malzemenin Kurumca bedelinin karşılanması için tek başına yeterli değildir.</p>	<p>işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. TİTUBB/ÜTS'ye kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör fırmalarının da TİTUBB/ÜTS'de tanımlanmış olması gerekmekte olup resmi kurumlar/resmi sağlık kurumlarından bu şart aranmaz. Bir malzemenin TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması o malzemenin Kurumca bedelinin karşılanması için tek başına yeterli değildir.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>3.1.2.2- Sözleşmeler kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve reçeteler. (5) SUT ve eki listelerde sağlık raporlarının hangi basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenleneceğine yönelik hüküm bulunmayan sürekli kullanılan tıbbi malzemelerin teminine ilişkin sağlık raporları ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenir.</p>
<p>3.3.1- Yara bakım ürünleri ve Antimikrobiyal Örtüler (1) Yara bakım ürünlerinin veya antimikrobiyal örtülerin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanır.</p>	<p>3.3.1- Yara bakım ürünleri (1) Yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanır.</p>
<p>(2) Yara bakım ürünleri veya antimikrobiyal örtüler için düzenlenecek sağlık kurulu raporları; a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, (Ek: RG-26/11/2016- 29900/ 12 md. Yürürlük: 25/07/2016) geriatri, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir. b) Ayakta tedavide; resmi sağlık kurum/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi,geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.</p>	<p>3.3.1- Yara bakım ürünleri (2) Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları; a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, (Ek: RG-26/11/2016- 29900/ 12 md. Yürürlük: 25/07/2016) geriatri, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir. b) Ayakta tedavide; resmi sağlık kurum/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi,geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.</p>
<p>(3) Yara bakım ürünlerinin veya antimikrobiyal örtülerin kullanımına dair düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında hasta kimlik bilgilerinin dışında; a) Etyolojik tanı (diyabetik ayak yarası vb.), b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu, c) Yara ve/veya yaraların ebatları,</p>	<p>3.3.1- Yara bakım ürünleri (3) Yara bakım ürünlerinin kullanımına dair düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında hasta kimlik bilgilerinin dışında; a) Etyolojik tanı (diyabetik ayak yarası vb.), b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu, c) Yara ve/veya yaraların ebatları,</p>

<p>ç) Klinik bulgular (eksüdasyon, kavitasyon enfeksiyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir), d) Öncesinde medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı, e) Tercih edilen yara bakım ürününün veya antimikrobiyal örtülerin tercih gerekçesi, tipi, ebatları, değiştirilme süresi bilgilerinin, yer alması zorunludur.</p>	<p>ç) Klinik bulgular (eksüdasyon, kavitasyon enfeksiyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir), d) Öncesinde medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı, e) Tercih edilen yara bakım ürününün tercih gerekçesi, tipi, ebatları, değiştirilme süresi bilgilerinin, yer alması zorunludur.</p>
<p>(4) Sağlık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü veya antimikrobiyal örtü dışında başka bir yara bakım ürünü veya antimikrobiyal örtü kullanılması gerektiğinde, gerekçesi ile birlikte yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.</p>	<p>3.3.1- Yara bakım ürünleri (4) Sağlık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü dışında başka bir yara bakım ürünü kullanılması gerektiğinde, gerekçesi ile birlikte yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.</p>
<p>(12) Ebatları 100 cm² ye kadar (100 cm² dâhil) olan ürünler küçük yara örtüsü, 101-225 cm² arası (225 cm² dâhil) olan ürünler orta yara örtüsü, 226 cm²'nin üzerinde olan ürünler büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.</p>	<p>KALDIRILDI</p>
<p>4.1.1- Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi (1) İlaçların reçetelendirilmesinde matbu, e-reçete veya elektronik ortamda kayıt altına alınan reçeteler kullanılır. (Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve Kurumca yayımlanan mevzuat hükümleri saklıdır.)</p>	<p>4.1.1- Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi (1) İlaçların reçetelendirilmesinde e-reçete veya SUT'un 4.1.5 numaralı maddesinin dördüncü fıkrası kapsamına giren hallerde kırmızı, mor, turuncu ve yeşil reçeteler kullanılır. (Bu konuda Kurumca yayımlanan mevzuat hükümleri saklıdır.)</p>
<p>4.1.1- Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi (12) Ödeme kapsamındaki aynı etkin maddeyi içeren ilaçlar ile aynı endikasyonda birbirlerinin yerine kullanılacak ilaçların birlikte kullanılmasına yönelik düzenlemeler Kurum tarafından belirlenir.</p>	<p>KALDIRILDI</p>
<p>4.1.2- Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi (2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde "Eczanemizde Yoktur, Yatan/Günübirlik Hasta" ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde söz konusu ibarenin ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.</p>	<p>4.1.2- Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi (2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde "Yatan/Günübirlik Hasta" ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde söz konusu ibarenin ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.</p>
<p>4.1.2- Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi (5) Kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarı fatura edilecektir.</p>	<p>KALDIRILDI</p>

<p>4.1.5- Elektronik reçete uygulaması</p> <p>(4) Sağlık Bakanlığı tarafından özel mevzuatı düzenlenmiş olan kırmızı, mor, turuncu ve yeşil reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde reçeteler ayrıca Kuruma ibraz edilmeyecektir.</p>	<p>4.1.5- Elektronik reçete uygulaması</p> <p>(4) Kırmızı, mor, turuncu ve yeşil reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Kırmızı, mor, turuncu ve yeşil matbu reçetelerin bedelleri; Kurumun resmi internet sitesinde, MEDULA sisteminden kaynaklanan nedenlerle (belirtilen sürelerde) elektronik reçetelerin düzenlenemediği duyurusuna</p>
<p>4.1.5- Elektronik reçete uygulaması</p> <p>(8) Yatan hastalara düzenlenen e-reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta” ibaresi aranmaksızın sadece elektronik ortamda başhekimlik tarafından onaylanması yeterli olacaktır.</p>	<p>4.1.5- Elektronik reçete uygulaması</p> <p>8) Yatan hastalara düzenlenen e-reçetelerde “Yatan Hasta” ibaresi aranmaksızın sadece elektronik ortamda başhekimlik tarafından onaylanması yeterli olacaktır.</p>
<p>4.1.10- İlaç Güvenlik İzlem Formları ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar</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 Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallara uyulur.</p>	<p>KALDIRILDI</p>
<p>4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab sekukinumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri</p>	<p>4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab sekukinumab, iksekizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri</p>
<p>4.2.1.C-1- Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</p> <p>(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit;</p>	<p>4.2.1.C-1- Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</p> <p>(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit; 4) 18 yaş ve üzerinde juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik-kronik) hastalarda DAS 28 skoruna göre hastalık aktivite ölçümü yapılması esastır. Ancak 18 yaşından küçük iken ACR pediatrik cevap kriterine göre yanıt alınmış hastalarda DAS 28 skoru koşulları aranmaksızın mevcut tedavilere devam edilebilir. 18 yaş ve üzerinde hastalığın alevlenmesi durumunda ise erişkin koşulları (DAS 28 skorlaması) geçerlidir.</p>
	<p>4.2.1.C-10-İksekizumab</p> <p>(1) Orta veya şiddetli plak psöriazisli erişkin hastalarda;</p>

YENİ EKLENDİ

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.

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

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

4.2.2- Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri

(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce reçete edilebilir. 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. ~~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.~~

4.2.2- Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri

(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce reçete edilebilir. 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. **SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanların psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından reçete edilmesi veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde, 6 aydan uzun süre kullanılması gereken durumlarda ise psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi**

	<p>halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bupropiyon HCl, vortiooksetin ve agomelatin içeren ürünlerin yalnızca orta-ağır depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.2.2- Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol, paliperidon) ve kombinasyonlarının oral formları, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Klozapin en fazla 1 aylık dozda reçete edilebilir.</p>	<p>4.2.2- Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol veya paliperidon içeren ürünlerin psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Klozapin etken maddeli ilaçlar için düzenlenen reçetelerde en fazla 1 aylık ilaç bedeli Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.2.8.A- Enteral beslenme ürünleri</p> <p>(3) Malnütrisyon tanımı raporda belirtilmek kaydıyla; a) Erişkinlerde; 2) “Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar veya</p>	<p>4.2.8.A- Enteral beslenme ürünleri</p> <p>(3) Malnütrisyon tanımı raporda belirtilmek kaydıyla; a) Erişkinlerde; 2) “Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar (Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu oluşan kilo kayıpları istemli kilo kaybı olarak değerlendirilir.) veya</p>
<p>4.2.10.B-2- Rapor ve reçeteleme koşulları</p> <p>(1) Hasta adına, en az biri çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi olmak kaydıyla; gastroenteroloji veya nöroloji veya nefroloji uzman hekimlerince düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır.</p>	<p>4.2.10.B-2- Rapor ve reçeteleme koşulları</p> <p>(1) Hasta adına, en az biri çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi olmak kaydıyla; gastroenteroloji veya nöroloji veya nefroloji uzman hekimlerince düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır.</p>

<p>4.2.12.B-Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immünglobulinler)</p> <p>(1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için; 1 yıl süreyle düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden ilgili uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilebilir. Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz.</p>	<p>4.2.12.B-Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immünglobulinler)</p> <p>(1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için; 1 yıl süreyle düzenlenen, yukarıdaki bentlerde belirtilen ilgili uzman hekim raporuna istinaden ilgili bentlerde belirtilen uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilebilir. Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz.</p>
<p>4.2.13.1- Kronik Hepatit B tedavisi</p> <p>(3) Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye; günde 100 mg lamivudin, 600 mg telbivudin, 245 mg tenofovir disoproksil fumarat, 0,5 mg entekavir veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat ile başlanır. Tenofovir alafenamid fumaratın yalnızca aşağıda tanımlı hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>1- Kronik steroid veya kemik mineral dansitesini etkileyen ilaç kullanımı olan veya travma ilişkili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporozu olan hastalar,</p>	<p>4.2.13.1- Kronik Hepatit B tedavisi</p> <p>(3) Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye; günde 100 mg lamivudin, 600 mg telbivudin, 245 mg tenofovir disoproksil fumarat, 0,5 mg entekavir veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat ile başlanır. Tenofovir alafenamid fumaratın yalnızca aşağıda tanımlı hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>1- Kronik steroid kullanımı olan veya travma ilişkili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporozu olan hastalar veya,</p>
<p>4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi</p> <p>(1) Genotip 1 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik hastalarda; 1- Genotip 1a: (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.</p>	<p>4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi</p> <p>(1) Genotip 1 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik hastalarda; 1- Genotip 1a: (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.</p>
<p>4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi</p> <p>(1) Genotip 1 hastalarda tedavi; b) Sirotik hastalarda; 1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+ Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.</p> <p>2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+ Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 haftadır.</p>	<p>4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi</p> <p>(1) Genotip 1 hastalarda tedavi; b) Sirotik hastalarda; 1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+ Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 24 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.</p> <p>2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+ Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 hafta ya da</p>

	<p>(Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.</p>
<p>4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamıÇ hastalarda tedavi (4) Genotip 4 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik hastalarda ve Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır. b) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.</p>	<p>4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamıÇ hastalarda tedavi (4) Genotip 4 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik hastalarda; (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır. b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda; (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.</p>
<p>4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi: a) Nonsirotik hastalarda; 1- Genotip 1a : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>	<p>4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi: a) Nonsirotik hastalarda; 1-Genotip 1a : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>
<p>2- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>	<p>2-Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>

<p>4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi</p> <p>(3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi: b) Sirotik hastalarda; 1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 hafta dur. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>	<p>4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi</p> <p>(3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi: b) Sirotik hastalarda; 1-Genotip1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>
<p>2-Genotip1b(Child-PughA): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 hafta dur. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>	<p>2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>
<p>4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi</p> <p>(6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi: a)Nonsirotik_hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta dur. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>	<p>4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi</p> <p>(6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi: a)Nonsirotik_hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>
<p>4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi</p> <p>(6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi: b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya</p>	<p>4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi</p> <p>(6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi: b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta ya da NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi</p>

<p>Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>	<p>toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)</p>
<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar; 1) Dasatinib ve nilotinib;</p> <p>a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; 6) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.</p>	<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar; 1) Dasatinib, bosutinib ve nilotinib;</p> <p>a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; 6) Dasatinib, bosutinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır. 7) Bosutinib; daha önce en az iki basamak tirozin kinaz inhibitörü (imatinib, dasatinib veya nilotinib) tedavisi alıp, direnç veya intolerans gelişmiş olan kronik faz (KF), akselere faz (AF) veya blastik faz (BF) Philadelphia kromozomu pozitif (PH+) kronik miyeloid lösemisi olan yetişkin hastaların tedavisinde veya komorbiditeleri nedeniyle nilotinib ya da dasatinib kullanılmayacak hastalarda ikinci basamak tedavide; bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Direnç veya intolerans gelişmesi durumu yukarıda yer alan esaslara göre uygulanır.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar; p) Everolimus; 4) Rezeke edilemeyen metastatik veya lokal ilerlemiş hastalığı olan, gastrointestinal (GI) veya akciğer kökenli progresif iyi derecede diferensiasyon gösteren, fonksiyonel olmayan performans skoru 0-1 olan, fonksiyonel olmayan nöroendokrin tümörleri (NET) bulunan erişkin hastalarda en az bir basamak tedavi sonrasında (radyoaktif işaretli octreotid uygulanmışsa en az 6 ay geçmiş olması ve/veya kemoembolizasyon yapılmışsa en az 6 ay geçmiş olması ve/veya karaciğer metastazında radyofrekans ablasyon yapılmışsa en az 2 ay geçmesi koşulunda) en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir en fazla 6 ay</p>

	<p>sürelilik sağlık kurulu raporuna dayanilarak tibbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşilanir.</p> <p>5) Daha önce relaps/metastatik meme kanseri için sadece bir seri kemoterapi ve bir seri non-steroidal aromataz inhibitörü kullanmiş ve sonrasında progresyon göstermiş, HER 2/neu negatif, postmenopozal, semptomatik visseral hastalığı olmayan, hormon reseptörü kuvvetli pozitif (≥40%), hastalarda sadece exemestanla birlikte progresyona kadar kullanılması ve en az bir tibbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanilarak tibbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşilanir.</p> <p>6) Cerrahi tedaviye uygun olmayan tuberoz skleroz kompleks (TSC) ile ilişkili subependimal dev hücreli astrositom (SEGA) hastaları için en az bir çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimi veya erişkin onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanilarak çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimleri veya erişkin onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşilanir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede radyolojik ve klinik olarak iyileşme olduğunun görülmesi ve bu durumun düzenlenecek raporlarda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir.</p>
<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p> <p>aa) Beksaroten;</p> <p>→ En az bir sistemik tedaviye dirençli erişkin hastalarda ileri evre (EORCT evre IIB, III, IV) kutanöz T-hücreli lenfomanın cilt bulgularının tedavisinde; tibbi onkoloji, hematoloji veya dermatoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanilarak uzman hekimlerce reçete edilir.</p> <p>⇒ Bu grup hastalarda lipid düşürücü ilaç kullanılması gerektiğinde, bu durumun raporda belirtilmesi halinde SUT'un "4.2.28- Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri" maddesi koşulları aranmaz.</p>	<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p> <p>aa) Beksaroten;</p> <p>1)Beksaroten oral;</p> <p>a) En az bir sistemik tedaviye dirençli erişkin hastalarda ileri evre (EORCT evre IIB, III, IV) kutanöz T-hücreli lenfomanın cilt bulgularının tedavisinde; tibbi onkoloji, hematoloji veya dermatoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanilarak uzman hekimlerce reçete edilir.</p> <p>b) Bu grup hastalarda lipid düşürücü ilaç kullanılması gerektiğinde, bu durumun raporda belirtilmesi halinde SUT'un "4.2.28- Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri" maddesi koşulları aranmaz.</p>
	<p>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p>

<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>aa) Beksaroten; 2) Beksaroten topikal; a) Diğer terapilerden sonra refrakter veya kalıcı hastalığı olan veya diğer tedavileri tolere edemeyen Evre IA veya Evre IB kutanöz T-hücreli lenfoma hastalarının kutanöz lezyonlarının topikal tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. En az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. b) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az 3 dermatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden üçüncü basamak sağlık kurumlarında dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede iyileşme olduğunun görülmesi ve bu durumun düzenlenecek raporlarda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir.</p>
<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p> <p>çç) Ruksolitininib; 1) Primer miyelofibrosis, post polistemik miyelofibrosis veya esansiyel trombositemi sonrası ikincil miyelofibrosis tanılı hastalarda splenomegaliye bağlı semptomların tedavisinde aşağıdaki koşulların tümünü taşıyan hastalarda kullanılır.</p>	<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p> <p>çç) Ruksolitininib; 1) Primer miyelofibrosis, post polistemik miyelofibrosis veya esansiyel trombositemi sonrası ikincil miyelofibrosis tanılı hastalarda splenomegaliye bağlı semptomların tedavisinde aşağıdaki koşulların tümünü taşıyan hastalarda ilaca başlanır.</p>
<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p> <p>vv) İbrutinib; 2) Mantle Hücreli Lenfoma (MHL) tedavisinde; en az 3 seri rituksimab ve alkilleyici ajan kombinasyonu sonrası nüks gelişen veya bu tedavilere dirençli olan veya otolog kök hücre nakli sonrası nüks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>4.2.14.C- Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</p> <p>vv) İbrutinib; 2) Mantle Hücreli Lenfoma (MHL) tedavisinde; en az 3 kür rituksimab ve alkilleyici ajan kombinasyonu sonrası nüks gelişen veya bu tedavilere dirençli olan veya otolog kök hücre nakli sonrası nüks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>4.2.15.D-1- Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban; (4) Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban etken maddeli ilaçların kombine</p>

	olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
<p>4.2.17.A – Osteoporoz</p> <p>(6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; a) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.</p>	<p>4.2.17.A – Osteoporoz</p> <p>(6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; a) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.</p>
<p>4.2.24.A- Astım tedavisinde</p> <p>(3) Mepolizumab; a) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan “Hipereozinofilik Persistan Astım” tanımlı hastalarda; 1) 12 yaş ve üzerinde,</p>	<p>4.2.24.A- Astım tedavisinde</p> <p>(3) Mepolizumab; a) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan “Hipereozinofilik Ağır Persistan Astım” tanımlı hastalarda; 1) Yetişkinlerde,</p>
<p>4.2.24.A- Astım tedavisinde</p> <p>(3) Mepolizumab; b) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. c) İlk tedaviye yanıtın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 16 ncı haftada değerlendirilmesi ve tedaviye devamın uygun görülmesi halinde bu durumun belirtildiği en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p>	<p>4.2.24.A- Astım tedavisinde</p> <p>(3) Mepolizumab; b) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. c) İlk tedaviye yanıtın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 16’ncı haftada değerlendirilmesi ve tedaviye devamın uygun görülmesi halinde bu durumun belirtildiği en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p>
	<p>4.2.24.A - Astım tedavisinde</p> <p>(4) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve inhale kortikosteroidler (İKS) gruplarında mono olarak yer alan ürünlerin</p>

YENİ EKLENDİ

tek başına veya birlikte reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(5) Aynı reçetede bulunan uzun etkili solunum yolu beta-agonistini (LABA) mono veya sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca karşılanır.

(6) Aynı reçetede bulunan inhale kortikosteroidi (İKS) mono veya sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca karşılanır.

(7) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve inhale kortikosteroidlerin (İKS) mono veya sabit doz kombinasyonu gruplarında yer alan ürünlerin diğer şekillerde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(8) Kısa etkili solunum yolu beta-agonistini (SABA) veya kısa etkili solunum yolu beta-agonistini (SABA) ve obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan kısa etkili antikolinergik maddeyi (SAMA) kombine olarak içeren ürünler (SABA+SAMA) ile nebulizatörle uygulanan inhale kortikosteroidler (İKS), 4.2.24.A numaralı maddesinde yer alan hükümlerden istisnadır.

4.2.24.B- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde

~~(1) Formeterol, salmeterol, indakaterol, glikopironyum, tiotropium ve vilanterol+flutikazon, vilanterol+umeklidinyum, tiotropium+olodaterol kombinasyonları; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.~~

4.2.24.B- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde

(1) Formeterol, salmeterol ve bunların inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, indakaterol, glikopironyum, tiotropium, vilanterol+flutikazon, vilanterol+umeklidinyum, tiotropium+olodaterol, beklometazon+formeterol+glikopironyum veya flutikazon furoat+umeklidinyum+vilanterol etken maddeli ilaçlar; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm

~~(2) Formeterol ve salmeterolün inhale kortikosteroidlerle kombinasyonları; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.~~

hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Beklometazon+formoterol+glükopronyum etken maddelerini sabit dozda içeren veya flutikazon furoat+umeklidinyum+vilanterol etken maddelerini sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren ürünlerin;

a) En az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) 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 (KOA) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Birbirleri ile veya uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA), obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinerjikler (LAMA) ve inhale kortikosteroidler (İKS) ile kombine olarak kullanılmaları halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

4.2.24.B- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde

(4) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA), obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinerjikler (LAMA) ve inhale kortikosteroidler (İKS) gruplarında mono olarak yer alan ürünlerin tek başına veya birlikte reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. (LABA+LAMA+İKS) şeklinde mono ürünlerle veya sabit doz kombinasyonlarla yapılacak üçlü kombinasyon tedavilerin; en az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) 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 (KOA) olan erişkin hastaların idame tedavisinde

YENİ EKLENDİ

kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(5) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistini (LABA) ve inhale kortikosteroidi (İKS) kombine olarak içeren ürünlerin (LABA+İKS) tek başına veya obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergik maddeyi içeren ürünler (LAMA) ile birlikte reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(6) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistini (LABA) ve obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergik maddeyi (LAMA) kombine olarak içeren ürünlerin (LABA+LAMA) tek başına veya inhale kortikosteroid içeren ürünler (İKS) ile birlikte reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(7) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA), obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergikler (LAMA) ve inhale kortikosteroidlerin (İKS) mono veya sabit doz kombinasyonu gruplarında yer alan ürünlerin diğer şekillerde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(8) Aynı reçetede bulunan uzun etkili solunum yolu beta-agonistini (LABA) mono veya sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca karşılanır.

(9) Aynı reçetede bulunan obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan uzun etkili antikolinergikleri (LAMA) mono veya sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca karşılanır.

(10) Aynı reçetede bulunan inhale kortikosteroidi (İKS) mono veya sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren müstahzarlardan yalnızca bir müstahzarın bedeli Kurumca karşılanır.

(11) Kısa etkili solunum yolu beta-agonistini (SABA) veya kısa etkili solunum yolu beta-



1956

ANKARA

	<p>agonistini (SABA) ve obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan kısa etkili antikolinergik maddeyi (SAMA) kombine olarak içeren ürünler (SABA+SAMA) ile nebulizatörle uygulanan inhale kortikosteroidler (İKS), 4.2.24.B numaralı maddesinde yer alan hükümlerden istisnadır.</p>
<p>4.2.25-Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Yeni nesil antiepileptikler (lamotrigin, topiramet, vigabatrin, levatirasetam, gabapentin) nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk sağlığı ve hastalıkları, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım dozu ve süresini belirten uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.</p> <p>(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil) ve zonisamit, nöroloji uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimee düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.</p> <p>(3) Pregabalin (kombinasyonları dahil) yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda ödenmez.</p>	<p>4.2.25-Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Yeni nesil antiepileptiklerin (lamotrigin, topiramet, vigabatrin, levatirasetam) nöroloji, beyin cerrahisi, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(2) Zonisamit etken maddeli ilaçların nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(3) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>4.2.25- Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(5) Gabapentin etken maddeli ilaçların üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>

<p>4.2.27.Ç- Human albumin kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca temin edilememesi durumunda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda “Eczanemizde Yoktur, Yatan/ Günübirlik Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından Tebliğin 4.1.2 numaralı maddesi kapsamında mahsup edilir.</p>	<p>4.2.27.Ç- Human albumin kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca temin edilememesi durumunda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda “Yatan/ Günübirlik Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından Tebliğin 4.1.2 numaralı maddesi kapsamında mahsup edilir.</p>
<p>4.2.30.A-Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri</p> <p>(5) Bağ dokusu hastalıklarına (skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.</p>	<p>4.2.30.A-Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, riociguat, seleksipag, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri</p> <p>(5) Seleksipag yalnızca; endotelin reseptör antagonisti (ERA) ve/veya fosfodiesteraz Tip 5 (PDE-5) inhibitörü ile tedavinin yetersiz olduğu hastalarda kombinasyon tedavisi şeklinde kullanılması halinde (iloprost trometamol (inhaler formu) ile birlikte kullanımı hariç olmak üzere) bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.2.30.A-Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri</p> <p>(7) Sildenafil ve tadalafil kombine kullanılamaz.</p>	<p>4.2.30.A-Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri</p> <p>(7) Sildenafil, riociguat ve tadalafil kombine kullanılamaz.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri</p> <p>(8) İloprost trometamol (inhaler formu) ve seleksipag kombine kullanılamaz.</p>
<p>4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Bevacizumab, ranibizumab, aflibersept, deksametazon intravitreal implant ve verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçların; üçüncü basamak sağlık kurumlarında 3 göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 3 ay</p>	<p>4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Anti-VEGF ilaçlar (bevacizumab / ranibizumab / aflibersept), deksametazon intravitreal implant veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlar üçüncü basamak sağlık kurumlarında uygulanması ve reçete</p>

~~sürelî sağlık kurulu raporuna istinaden göz hastalıkları uzman hekimlerince uygulanması ve aşağıda yer alan kurallar çerçevesinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bu etkin maddeleri içeren ilaçların kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmez.~~

edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Başlangıç tedavilerinde; yükleme dozları açısından bevacizumab etkin maddeli ilaç için göz hastalıkları uzman hekimi tarafından 1 ay süreli tek hekim raporu ile günübirlik tedavi kapsamında diğer etkin maddeli ilaçlar içinse 3 göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden göz hastalıkları uzman hekimlerince uygulanması ve aşağıda yer alan kurallar çerçevesinde reçete edilmesi ve ayakta tedaviler kapsamında ilaçların aylık olarak temini halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) İdame tedavilerde; deksametazon intravitreal implant ve vertaporfinetkin maddeli ilaçlar hariç olmak üzere yükleme dozu sonrası (3 doz olarak uygulanarak tamamlanacak) bevacizumab etkin maddeli etkin maddeli ilaç için göz hastalıkları uzman hekimi tarafından 1 ay süreli tek hekim raporu ile günübirlik tedavi kapsamında, diğer etkin maddeli ilaçlar içinse 3 göz hastalıkları uzman hekimi tarafından 1 ay süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecek ve bir önceki muayene bulguları esas alınmak kaydıyla Tebliğde belirtilen dayanağı kriterlere de yer verilerek tedaviye yanıtına ilişkin değerlendirme her raporda belirtilecek şekilde ayakta tedaviler kapsamında ve ilaçların aylık olarak temini halinde Kurumca karşılanır.

c) İlk defa tedaviye başlayan hastalar ile ilaç değişimi gereken idame tedavilerinde kullanılacak etkin maddeler açısından yükleme dozlarının tamamlanması esastır. Düzenlenecek elektronik reçe veya tek hekim raporu/sağlık kurulu raporunda yükleme dozu yapılacak ilacın kaçınıcı doz olduğu belirtilecektir.

ç) Bu etkin maddeleri içeren ilaçların aynı anda aynı gözde kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmez.

~~(4) İlk defa tedavi alacak hastalarda ameliyathane koşullarında steril şartlarda~~

(4) Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı;

<p>hazırlanacak bevacizumab etkin maddeli ilaç ile gnbirlık tedavi kapsamında tedaviye başlanacaktır.</p>	<p>yükleme dozu uygulamalarında ilk muayene değerlendirme kriteriyle, idame tedavilerde bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriteriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir.</p>
	<p>(5) Tedavinin başladığı veya idame tedaviye geçildiği tarihte yürürlükte bulunan Tebliğde belirtilmiş OKT bulgularına göre tedavi görmekte olan hastaların halihazırdaki OKT'de merkezi fovea kalınlığının 250 mikron ve üzerinde olması durumunda tedaviyi yürütülen hekim tarafından "hastanın tedaviye yanıt verdiğinin" raporda belirtilmesi kaydıyla mevcut anti-VEGF ilaç ile tedaviye devam edilmesi mümkündür.</p>
<p>(5) İnvitreal bevacizumab enjeksiyonu yükleme dozu; en az 3 ay süreyle 4-6 haftada bir, her uygulamada 1,25 mg/0,1 ml'dir. Ardışık olarak yapılan 3 uygulama sonrasında tedavinin etkinliği değerlendirilecek ve başlangıç değerlerine göre etkinlik düzeyi sağlık raporunda belirtilecektir. İnvitreal bevacizumab enjeksiyonu devam dozları ve pozolojisi uygulamayı yapan hekim tarafından belirlenerek düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilecektir. Tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda tedaviler; gerekmesi halinde deksametazon intravitreal implant, ranibizumab, aflibersept veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlarla ayakta tedavi kapsamında sürdürülecektir.</p>	<p>(6) İnvitreal bevacizumab gnbirlık tedavi kapsamında uygulanacak olup, yükleme dozu; 4-6 hafta arayla ardışık 3 doz olarak 1,25 mg / 0,05 ml'dir. Ayrıca tedaviyi düzenleyen hekim tarafından farklı dozlarda (2,5 mg / 0,1 ml veya 1,25 mg / 0,1 ml) kullanımı da mümkündür. İnvitreal bevacizumab idame tedavilerinde doz ve pozoloji uygulamayı yapan hekim tarafından belirlenerek düzenlenecek sağlık raporunda belirtilecektir. Tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda tedaviler; gerekmesi halinde deksametazon intravitreal implant, ranibizumab, aflibersept veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlarla ayakta tedaviler kapsamında sürdürülebilir.</p>
<p>(6) Hlihazırda ranibizumab veya aflibersept etkin maddelerini içeren ilaçlar ile tedavileri devam etmekte olan hastalarda ilaç değişimi gerekmesi halinde en az 3 ay süreyle bevacizumab etkin maddeli ilaç uygulaması ile tedaviye devam edilecektir.</p>	<p>(7) Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaç ile yükleme dozu tamamlanmak suretiyle devam edilecektir. Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda diğer etkin maddeli ilaç ile tedaviye yükleme dozu yapılarak devam edilebilir.</p>
<p>(7) Yükleme dozu aranan durumlarda yükleme dozu tamamlanmaksızın diğer etkin maddeli ilacın kullanımı halinde bu ilaç bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>	<p>(8) Yükleme dozu aranan durumlarda yükleme dozu tamamlanmaksızın diğer etkin maddeli ilacın kullanımı halinde bu ilaç bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>

<p>(8) Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarda 3 ay süreyle 4-6 haftada bir yükleme dozu ile tedaviye başlanır. Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'de aflibersept etkin maddeli ilaç ile yükleme dozu 5 ay süreyle de uygulanabilecektir. Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarla tedaviye Sağlık Bakanlığınca ruhsatlı endikasyonunda belirtilen sürelerden daha uzun süreyle ara verilmesi durumunda Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanımını onayı alınması ve onay tarih ve sayısının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>(9) Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarda yükleme dozu 4-6 hafta arayla ardışık 3 doz uygulamadır. Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'de aflibersept etkin maddeli ilaç ile yükleme 5 doz olarak da uygulanabilir. Anti-VEGF ajanlar ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra idame tedaviler hekim tarafından belirlenecek aralıklarda sağlanacak, tekrar ilaç gereksinimi durumunda son kullanılan etkin maddeli ilaç ile tedaviye devam edilebilir.</p>
<p>(9) Ranibizumab ve aflibersept etkin maddeli ilaçlar arasında ilaç değişimi gereken hallerde tedaviye en az 3 ay süreyle 4-6 haftada bir bevacizumab etkin maddeli ilaç ile devam edilecek olup bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda diğer etkin maddeli ilaç ile tedaviye yükleme dozu yapılmaksızın devam edilebilecektir.</p>	<p>KALDIRILDI.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>(10) Deksametazon intravezikal implant etkin maddeli ilacı, anti-VEGF ilaçlar ile aynı göze aynı günde uygulanmaması kaydıyla yılda en fazla 4 defa kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Aynı göze ardışık uygulanacak deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç için iki uygulama arasındaki süre en az 3 ay olmalıdır. İki doz arasındaki süre tedaviyi yürüten hekim tarafından belirlenir. Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç ile tedaviye yanıt alınan durumlarda anti-VEGF ilaçlar kullanılırken veya kullanılmaksızın tedaviye devam edilmesi mümkündür.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>(11) Renal ven tıkanıklığı ve diyabetik maküler ödem tanılı glokomun eşlik ettiği hastalarda bevasizumab ile yükleme dozu sonrası yetersiz cevap alınması durumunda, bu durumun sağlık raporunda belirtilmesi kaydı ile deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılmaksızın</p>

	<p>ranibizumab veya aflibersept ile tedaviye devam edilebilir.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>(12) Anti-VEGF ilaçlarla yükleme dozu sonrası, anti-VEGF ilaçların idame tedavisi sırasında ve anti-VEGF ilaç kullanımının kontrendike olduğu durumlarının herhangi birinde deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilacın kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Retinal ven tıkanıklığı ve diyabetik maküla ödemi tanılarında önceden deksametazon implant ile tedavi edilmiş, cevap alınmış ve ilaç kullanımına ara verilmiş hastalarda, hastalığın yeniden aktivasyonu ile tekrar ilaç gereksinimi durumunda son ilaç kullanım tarihine bakılmaksızın aynı etkin maddeli ilaç ile tedaviye devam edilir.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>(13) Anti-VEGF ilaçların kullanımının kontrendike olduğu durumlar; son 3 ay içinde geçirilmiş miyokard enfarktüsü veya serebro vasküler patolojilerdir. kontrendikasyon oluşturan gerekçe hekim tarafından sağlık kurulu raporunda mutlaka belirtilir.</p>
<p>4.2.33.A-Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 3 ay süre ile verteporfin etkin maddeli ilaç ve bu sürenin sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>4.2.33.A-Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda hekim tarafından gerekli görüldüğü takdirde 3 ay süre ile verteporfin etkin maddeli ilaç ve bu sürenin sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.2.33.B-Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; 1 yıl içinde 2 dozu geçmemek şartıyla deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç uygulanarak tedaviye devam edilecektir. Deksametazon intravitreal implant</p>	<p>4.2.33.B-Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; 1 yıl içinde 4 dozu geçmemek şartıyla deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç uygulanarak tedaviye devam edilecektir. Deksametazon intravitreal implant</p>

<p>etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.</p>	<p>etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda veya glokomun eşlik ettiği hastalarda ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.</p>
<p>4.2.33.Ç-Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 1 defaya mahsus olmak üzere deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılması ve sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>4.2.33.Ç-Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda hekim tarafından gerekli görüldüğü takdirde 1 defaya mahsus olmak üzere deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılması ve sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.2.34–Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod, fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab ve natalizumab kullanım ilkeleri</p> <p>(3) Natalizumab; yalnızca yüksek derecede aktif relapsing remitting multipl skleroz hastalarından, en az bir yıl süre ile bir beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır.</p> <p>b) Natalizumab tedavisine başlamak için PML (Progresif multifokal lökoensefalopati) riskini belirleyen Anti-JCV Antikor Testi sonucunun negatif olduğunun raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu test tedavi boyunca yılda iki kez yapılır ve her raporda test sonucu belirtilir. Test sonucunun pozitif olması halinde tedavi sonlandırılır.</p>	<p>4.2.34–Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod, fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab ve natalizumab kullanım ilkeleri</p> <p>(3) Natalizumab; yalnızca yüksek derecede aktif relapsing remitting multipl skleroz hastalarından, en az bir yıl süre ile bir beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır.</p> <p>KALDIRILDI.</p>
<p>4.2.35.A–Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi, geriatri veya</p>	<p>4.2.35.A–Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Gabapentin etken maddeli ilaçların, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, algoloji, deri ve zührevi</p>

<p>endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil); üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi ve beyin cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.</p>	<p>hastalıkları, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen romatoloji, algoloji, deri ve zührevi hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya beyin cerrahisi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p> <p>1956</p> <p>ANKA</p>	<p>4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(5) Kapsaisin etken maddesini mono olarak krem formunda içeren ürünlerin yalnızca açık deri lezyonlarının iyileşmesinden sonra herpes zoster enfeksiyonlarına eşlik veya takip eden nevraljinin (postherpetik nevralji) veya ağrılı diyabetik periferik polinöropatinin semptomatik tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Artrit, osteoartrit, kas ve eklem ağrılarının semptomatik tedavisinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>
<p>4.2.35.B-Kronik kas iskelet ağrısı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Prospektüsünde kronik kas iskelet ağrısı ve/veya fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından</p>	<p>4.2.35.B-Kronik kas iskelet ağrısı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Prospektüsünde kronik kas iskelet ağrısı ve/veya fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından</p>

<p>veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilebilir.</p>	<p>veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilebilir.</p> <p>(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon veya algoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.2.49.A–Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında;</p> <p>(1) SMA Tip-1 tedavisinde kullanılan ilaçlar çocuk nörolojisi uzman hekiminin yer aldığı ilk 4 uygulama için 3 ay süreli sonraki uygulamalar için 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile çocuk nörolojisi uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilir. “İlaç Kullanım Onayı”nın; ilk 4 uygulama için tek seferde ve sonraki her bir uygulama için ise ayrı ayrı verilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p>	<p>4.2.49.A–Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında;</p> <p>(1) SMA Tip-1 tedavisinde kullanılan ilaçlar çocuk nörolojisi uzman hekiminin yer aldığı ilk 4 uygulama için 3 ay süreli sonraki uygulamalar için 4 ay süreli Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında çocuk nörolojisi uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilir. “İlaç Kullanım Onayı”nın; ilk 4 uygulama için tek seferde ve sonraki her bir uygulama için ise ayrı ayrı verilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p>
<p>4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;</p> <p>(1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 2 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 tanısı konmuş ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az birisi çocuk nörolojisi/nöroloji uzmanı ve ortopedi ve</p>	<p>4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;</p> <p>(1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 2 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 tanısı konmuş ve Kurumca belirlenen üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az birisi çocuk</p>

<p>travmatoloji veya beyin ve sinir cerrahisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yurt dışı ilaç kullanım başvurusu yapılarak “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” bulunmalıdır.</p>	<p>nörolojisi/nöroloji uzmanı ve ortopedi ve travmatoloji veya beyin ve sinir cerrahisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yurt dışı ilaç kullanım başvurusu yapılarak “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” bulunmalıdır.</p>
<p>4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;</p> <p>(2) “Nusinersen Sodium” pozolojisi SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 hastalarında 1, 29, 85 ve 274 üncü günler olmak üzere 4 doz yükleme dozu şeklindedir. İlk 4 doz için tek sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile çocuk nörolojisi/nöroloji uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;</p> <p>(2) “Nusinersen Sodium” pozolojisi SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 hastalarında 1, 29, 85 ve 274 üncü günler olmak üzere 4 doz yükleme dozu şeklindedir. İlk 4 doz için tek sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında çocuk nörolojisi/nöroloji uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;</p> <p>(4) Değerlendirme sonucunda idame tedavilere uygun olduğu tespit edilen hastalarda sonraki uygulamalar her 4 ayda 1 uygulama şeklindedir. İdame tedavilerin, her bir uygulama için ayrı ayrı “İlaç Kullanım Onayı” ve reçete bulunması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;</p> <p>(4) Değerlendirme sonucunda idame tedavilere uygun olduğu tespit edilen hastalarda sonraki uygulamalar her 4 ayda 1 uygulama şeklindedir. İdame tedavilerin, her bir uygulama için ayrı ayrı “İlaç Kullanım Onayı” ve Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında çocuk nörolojisi/nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenmiş reçete bulunması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.2.53- Medium-chain triglyceride yağı kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Multiple açıl CoA dehidrogenaz eksikliği hariç olmak üzere yağ asidi oksidasyon bozuklukları, kolestatik karaciğer hastalıkları veya lipoprotein metabolizması bozukluklarında diyet ek beslenme ürünü olarak çocuk metabolizma hastalıkları veya</p>	<p>4.2.53- Medium-chain triglyceride yağı kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Multiple açıl CoA dehidrogenaz eksikliği hariç olmak üzere yağ asidi oksidasyon bozuklukları, kolestatik karaciğer hastalıkları veya lipoprotein metabolizması bozukluklarında diyet ek beslenme ürünü olarak çocuk metabolizma hastalıkları veya</p>

<p>çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>4.2.58- Pimekrolimus ve takrolimus (topikal formları) kullanım ilkeleri</p> <p>(1) Ayakta tedavilerde aynı reçetede 2 kutuya kadar tüm hekimlerce, 2 kutu üzeri kullanım gereken hallerde dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Dermatoloji uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli rapora istinaden aynı reçetede 10 kutuya kadar tüm hekimlerce, 10 kutu üzeri kullanım gereken hallerde dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>4.3- Yurt dışından ilaç getirilmesi</p> <p>(3) Yurt dışından temini halinde bedeli ödenecek olan ilaçlar “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi” nde (EK-4/C) belirtilmiştir. Bu listede yer almayan ilaçların bedelleri Kurumca ödenmez. Bu liste Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır.</p>	<p>4.3- Yurt dışından ilaç getirilmesi</p> <p>(3) Yurt dışından temini halinde bedeli ödenecek olan ilaçlar “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi” nde (EK-4/C) belirtilmiştir. Bu listede yer almayan ilaçların bedelleri Kurumca ödenmez. Bu liste Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır. EK-4/C Listesinde yer almayan ilaçların EK-4/C Listesine alınmasına yönelik başvuruların (eşdeğer ilaç uygulaması kapsamında yapılan eşdeğer ilaç kaydı başvuruları hariç olmak üzere) Kurumca değerlendirmeye alınabilmesi için; üçüncü basamak resmi sağlık kurumunda düzenlenmiş sağlık kurulu raporu ile üçüncü basamak resmi sağlık kurumunda düzenlenmiş reçetenin Kuruma ibraz edilmesi gerekmektedir.</p>
<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(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).</p> <p>(2) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10</p>	<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(1) Depocuya satış fiyatı 6,14 (altı virgül on dört) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(2) Depocuya satış fiyatı 6,15 (altı virgül on beş) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz</p>

<p>veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları 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.</p>	<p>iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları 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.</p>
<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(4) 20 yıllık ilaçlardan;</p> <p>a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül 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).</p> <p>ç) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül 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).</p>	<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(4) 20 yıllık ilaçlardan;</p> <p>a) Depocuya satış fiyatı 6,15 (altı virgül on beş) TL (dahil) ile 11,75 (on bir virgül yetmiş beş) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>b) Depocuya satış fiyatı 11,76 (on bir virgül yetmiş altı) TL (dahil) ile 17,70 (on yedi virgül yetmiş) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>c) Depocuya satış fiyatı 17,71 (on yedi virgül yetmiş bir) 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).</p> <p>ç) Depocuya satış fiyatı 17,71 (on yedi virgül yetmiş bir) 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).</p>
<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;</p> <p>a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p>	<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;</p> <p>a) Depocuya satış fiyatı 6,15 (altı virgül on beş) TL (dahil) ile 11,75 (on bir virgül yetmiş beş) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p>

<p>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).</p> <p>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).</p>	<p>b) Depocuya satış fiyatı 11,76 (on bir virgöl yetmiş altı) TL (dahil) ile 17,70 (on yedi virgöl yetmiş bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>c) Depocuya satış fiyatı 17,71 (on yedi virgöl yetmiş bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p>
<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p>	<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;</p> <p>a) Depocuya satış fiyatı 6,15 (altı virgöl on beş) TL (dahil) ile 11,75 (on bir virgöl yetmiş beş) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>b) Depocuya satış fiyatı 11,76 (on bir virgöl yetmiş altı) TL (dahil) ile 17,70 (on yedi virgöl yetmiş bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>c) Depocuya satış fiyatı 17,71 (on yedi virgöl yetmiş bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p>
<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(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).</p>	<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(7) Depocuya satış fiyatı 6,15 (altı virgöl on beş) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).</p>
<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(8) Enteral beslenme ürünlerinden;</p> <p>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</p>	<p>4.4.1- Uygulanacak indirim oranları</p> <p>(8) Enteral beslenme ürünlerinden;</p> <p>a) Depocuya satış fiyatı 6,15 (altı virgöl on beş) TL (dahil) ile 11,75 (on bir virgöl yetmiş beş) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz</p>

<p>iskonto uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>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 iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>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 iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p>	<p>iskonto uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>b) Depocuya satış fiyatı 11,76 (on bir virgöl yetmiş altı) TL (dahil) ile 17,70 (on yedi virgöl yetmiş) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p> <p>c) Depocuya satış fiyatı 17,71 (on yedi virgöl yetmiş bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskонтolar saklı kalmak kaydıyla).</p>
---	--

4.7-Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu

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

4.7- Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu

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

EK-3/C-4- TIBBİ SARF MALZEMELER LİSTESİ

A10000	ASPIRASYON KATETERİ		A10000	ASPIRASYON KATETERİ	1* Günde en fazla 4 (dört) adet olmak üzere Kurumca bedeli karşılanır.
A10006	İDRAR TORBASI STERİL MUSLUKLU 2000CC.		KALDIRILDI		
A10007	İDRAR TORBASI				

	100CC- ERKEK İÇİN STERİL		KALDIRILDI
A10008	İDRAR TORBASİ 100CC- KIZ İÇİN STERİL		KALDIRILDI
EK-4/D- HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇLAR LİSTESİ			
4.10. Pulmoner hipertansiyon (I27.0) (I27.2)	4.10. Pulmoner hipertansiyon (I27.0) (I27.2)		
4.10.10. Riociguat* (Yalmızea—KTEPH endikasyonunda muafiyet kapsamındadır.)	4.10.10. Riociguat*		
YENİ EKLENDİ	4.10. Pulmoner hipertansiyon (I27.0) (I27.2)		
	4.10.12. Seleksipag*		
YENİ EKLENDİ	5.1. Astım (J45)		
	5.1.5. Mepolizumab*		
9. Konnektif doku hastalıkları	9. Konnektif doku hastalıkları		
9.2. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar	9.2. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar		
9.2.22. Tocilizumab (sadece 9.1.5. maddede tanımlı ICD-10 kodlarında)	9.2.22. Tocilizumab (sadece 9.1.5. ve 9.1.3.8. maddede tanımlı ICD-10 kodlarında)		
10.5. Demiyelinizan hastalıklar (lökodistrofi, multipl skleroz v.b.) (G35) (G37)	10.5. Demiyelinizan hastalıklar (lökodistrofi, multipl skleroz v.b.) (G35) (G37)		
10.5.2. Baklofen	10.5.2. Baklofen (intratekal formları*)		
10.9. Serebral palsy (G80)	10.9. Serebral palsy (G80)		
10.9.1. Baklofen	10.9.1. Baklofen (intratekal formları*)		
10.11. Spastisite (G11.4) (G81.1) (G82.1) (G82.4)	10.11. Spastisite (G11.4) (G81.1) (G82.1) (G82.4)		
10.11.1. Baklofen	10.11.1. Baklofen (intratekal formları*)		
YENİ EKLENDİ	13.1. Psoriasis, Vitiligo (L80) (L40)		
	13.1.14. İksekizumab*		
EK-4/E- SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ			
			10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER

YENİ EKLENDİ	21	Siklopiroks olamin şampuan formları	Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ	13- DİĞERLERİ		
	12.1	8- Metoksipsoralen (topikal formları)	Sadece dermatoloji uzman hekimlerince
EK-4/F-AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (UZMAN HEKİM RAPORU/SAĞLIK KURULU RAPORU) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ			
<p>37. İloprost trometamol (İntravenöz formları), Alprostadil 20 mcg/ml; 3. basamak sağlık tesislerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik sonuçlarının belirtildiği; kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediyatrik kardiyoloji ve romatoloji uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yalnızca bu uzman hekimlerce (Sistemik skleroz endikasyonunda SUT un 4.2.43 numaralı maddesine göre)</p>	<p>37. İloprost trometamol (İntravenöz formları), Alprostadil 20 mcg/ml (Tıkayıcı periferik arter hastalığında Fontan sınıflandırmasına göre Evre III ve IV olan ve diğer tedavilerin başarısız ya da imkânsız olduğu durumlarda son tedavi seçeneği olarak kullanılması halinde); 3. basamak sağlık tesislerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik sonuçlarının belirtildiği; kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediyatrik kardiyoloji ve romatoloji uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yalnızca bu uzman hekimlerce (Sistemik skleroz endikasyonunda SUT un 4.2.43 numaralı maddesine göre)</p>		
YENİ EKLENDİ	<p>37.1. Alprostadil 10 ve 20 mcg/ml: Yetişkin erkek hastalarda nörojenik, vaskülojenik, psikojenik ya da karışık etiyoloji kaynaklı erektil disfonksiyon tedavisinde veya erektil disfonksiyon teşhisinde diğer tanı testlerine yardımcı olarak kullanılması durumunda, üroloji uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden üroloji uzman hekimlerince ilk reçetede tek doz olarak, yan etki oluşmayan hastalarda devamında bu durum reçetede belirtilerek en fazla 2 haftalık dozlarda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>		

<p>47. Deferasiroks (2 yaş üstü "organ hasarı oluşan ya da organ hasarı riski bulunan hastalarda" bu durumun belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince)</p>	<p>47. Deferasiroks etken maddeli ilacın suda dağılabilen tablet formlarının 2 yaş ve üzeri, tablet formlarının 5 yaş üzeri organ hasarı oluşan ya da organ hasarı riski bulunan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavi altında iken karaciğer demir konsantrasyonu <3 mg/g kuru ağırlık veya serum ferritin <300 mikrogram/L olduğunda tedavi sonlandırılır.</p>
<p>56. Dekametazon intravitreal İmplant (Gözün posterior segmentinde kendisini non-infeksiyöz üveit şeklinde gösteren enflamasyonunda 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir. Her bir göz için yılda maksimum 2 uygulama yapılır.)</p>	<p>56. Dekametazon intravitreal İmplant (Gözün posterior segmentinde kendisini non-infeksiyöz üveit şeklinde gösteren enflamasyonunda 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir. Her bir göz için yılda maksimum 4 uygulama yapılır.)</p>
<p>67. Adrenalin oto enjektör formları: İmmunoloji ve alerji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.</p>	<p>67. Adrenalin oto enjektör formları: İmmunoloji ve alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya dermatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.</p>
<p>1956 YENİ EKLENDİ</p>	<p>76. Tazaroten yalnızca; plak psöriazis tedavisinde dermatoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna istinaden dermatoloji hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Akne vulgaris tedavisinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>
<p>YENİ EKLENDİ</p>	<p>77. Fludrokortizon; primer adrenokortikal yetmezlikte (Addison hastalığı) veya tuz kaybettiren adrenogenital sendromda glukokortikoid ile kombine olarak kullanılması halinde endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Primer</p>

	(çoklu sistem dejenerasyonu, parkinson hastalığı vb.) veya sekonder (diyabetik nefropati, amiloidoz, alkol kötüye kullanımı vb.) otonom nöropatide ortostatik hipotansiyonun kısa dönemli tedavisinde endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 2 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ	78. İntratekal baklofen; oral baklofen veya diğer oral antispastik ajanların etkili oral dozları uygulandığında yanıt vermeyen ve/veya etkili oral dozlarda kabul edilemez yan etkiler yaşayan spinal veya serebral orijinli şiddetli kronik spastisite olan 4 yaş üzeri hastalarda, üçüncü basamak sağlık kurumlarında, beyin cerrahi, nöroloji ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinin en az üçünün yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden beyin cerrahi, nöroloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ	79. Idursulfase; (SUT'un 4.2.10.C numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)
EK-4/G- SADECE YATARAK TEDAVİLERDE KULLANIMI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ	
27.Streptokinaz,ürokinaz,trofiban,plazminojen aktivatörleri,absiksimab(Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.)	27.Streptokinaz,ürokinaz,trofiban,plazminojen aktivatörleri,absiksimab, eptifibatid (Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.)
62. Parenteral ibuprofen: 34. haftadan önce doğmuş prematüre bebeklerde hemodinamik olarak anlamlı patent ductus arteriosus tedavisinde, çocuk kardiyoloji, çocuk kalp ve damar cerrahisi veya yenidoğan uzman hekimlerince yazılması koşulu ile kullanılır.	62. Parenteral ibuprofen 10 mg/2 ml : 34. haftadan önce doğmuş prematüre bebeklerde hemodinamik olarak anlamlı patent ductus arteriosus tedavisinde, çocuk kardiyoloji, çocuk kalp ve damar cerrahisi veya yenidoğan uzman hekimlerince yazılması koşulu ile kullanılır.
YENİ EKLENDİ	62.1. Parenteral ibuprofen 400 mg/4 ml : Yalnızca hafif ve orta dereceli ağrı veya opioid analjeziklerle beraber orta ve ileri dereceli ağrı veya ateş tedavisinde ihtiyaca

	<p>göre günde en fazla 4 flakon kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
YENİ EKLENDİ	<p>62.2. Parenteral ibuprofen 800 mg/8 ml: Yalnızca hafif ve orta dereceli ağrı veya opioid analjeziklerle beraber orta ve ileri dereceli ağrı veya ateş tedavisinde ihtiyaca göre günde en fazla 2 flakon kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
YENİ EKLENDİ	<p>71. 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;</p> <p>a) Ağır konjenital protein C eksikliği bulunan hastalarda ortaya çıkan purpura fulminans ve kumarine bağlı deri nekrozunun tedavisinde veya</p> <p>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.</p>
YENİ EKLENDİ	<p>72. İzoprenalin HCl</p>
YENİ EKLENDİ	<p>73. Denosumab 120 mg</p>