

25 Mart 2025 Tarihli SUT	26 Nisan 2025 Tarihli SUT
MADDE 1	
1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları 1)Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri 2)Entegre ilçe hastanesi (E1) 3)Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri 4) Kamu kurumlarına ait ağız ve diş sağlığı hastaneleri 5)Kamu kurumlarına ait olup Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri 6)Kamu kurumlarına ait diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri.	1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları 1)Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri 2)Entegre ilçe hastanesi (E1) 3)Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri ile ağız ve diş sağlığı hastaneleri 5)Kamu kurumlarına ait olup Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri 6)Kamu kurumlarına ait diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri.
MADDE 3	
4.2.1.C-7 – Kanakinumab (1) Sistemik juvenil idiyopatik artriti (SJİA) bulunan hastalardan anakinra için 8 ay ve üzeri ve vücut ağırlığı 10 kg ve üzerinde olan, kanakinumab için 2 yaş ve üzerinde olan çocuklarda; c) Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde bu durumların belirtildiği çocuk romatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.	4.2.1.C-7 – Kanakinumab (1) Sistemik juvenil idiyopatik artriti (SJİA) bulunan hastalardan anakinra için 8 ay ve üzeri ve vücut ağırlığı 10 kg ve üzerinde olan, kanakinumab için 2 yaş ve üzerinde olan çocuklarda; c) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında bu durumların belirtildiği çocuk romatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.
MADDE 4	
4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri (1) Botulismus toksini yalnızca;	4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri (1) Botulismus toksini yalnızca; e) Bir yıl süre ile topikal tedavi alan ve bu tedaviye dirençli olan, inatçı şiddetli aksiller primer hiperhidroz tedavisinde erişkin hastalarda botulinum toksini kullanımı için altta yatabilecek metabolik ve endokrin bir bozukluğu olmadığının belirtildiği, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında endokrinoloji ve metabolizma, göğüs cerrahisi ve dermatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporu ile en fazla 6 ayda bir

	uygulanması halinde bedelleri kurumca karşılanır. Reçeteler endokrinoloji ve metabolizma, göğüs cerrahisi ve dermatoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi süresi en fazla 2 yıldır. Tek seansta her bir koltuk altı için botox 50 üniteyi; dysport ise 100 üniteyi aşmamak üzere yapılabilir.
MADDE 5	
4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban;	4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban;
(4) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.	(4) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni rapor düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.
MADDE 6	
4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri	4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri
(1) Anti-VEGF ilaçlardan bevacizumab etkin maddeli ilaçlar; ikinci basamak sağlık kurumlarında, Anti-VEGF ilaçlardan ranibizumab ve aflibersept, deksametazon intravitreal implant veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlar üçüncü basamak sağlık kurumlarında uygulanması ve reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	(1) Anti-VEGF ilaçlardan bevacizumab etkin maddeli ilaçlar; ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, Anti-VEGF ilaçlardan ranibizumab ve aflibersept, deksametazon intravitreal implant veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlar üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında uygulanması ve reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
MADDE 7	
4.2.49 – Spinal Musküler Atrofi hastalığında nusinersen sodium kullanım ilkeleri;	4.2.49 – Spinal Musküler Atrofi hastalığında nusinersen sodium ve risdiplam kullanım ilkeleri;
	1) Ulusal Yenidoğan SMA Tarama Programı kapsamında, tarama sonucu genetik analizi (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu) olan ve bu hastalardan; a) SMN2 kopya sayısı 1 olan, intrauterin etkilenme bulguları gösteren ve/veya yenidoğan döneminde ağır semptomatik olan ve/veya otonomik disfonksiyon bulguları veya solunum yetmezliği nedeniyle invaziv solunum desteğine ihtiyacı olan bebekler için Sağlık Bakanlığınca hasta bazında verilen onaya dayanılarak ilaca başlanır. b) SMN2 kopya sayısı 2 ve 3 olan bebeklerde ilaç bedeli Kurumca karşılanır.

4.2.49.A – Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında; (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 Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında çocuk nörolojisi uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) Nusinersen sodium etkin maddesini içeren ilacın; tescilli yapılmış yenidoğan ve çocuk yoğun bakım servisi bulunan, bünyesinde çocuk nörolojisi uzmanının da yer aldığı, beslenme ve diyetetik ile fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin multidisipliner bir yaklaşımla sunulabileceği Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan	c) <i>SMN2</i> kopya sayısı 4 olduğunda klinik takiple tedavi kararı verilir, takip sırasında semptomatik olan hastalarda ilacın bedeli Kurumca karşılanır. (2) Nusinersen tedavisi için hastalarda lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenlik değerlendirilmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır. (3) Nusinersen tedavisi için hastalarda BOS drenajı için yerleştirilmiş bir şant veya BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir. (4) Nusinersen tedavisi için hastalarda bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalığı veya öyküsü olmamalıdır. (5) Nusinersen ve risdiplam tedavileri için hastalarda hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır. 4.2.49.A – Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında; 4.2.49.A.1- Nusinersen kullanım ilkeleri (1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde bedeli Kurumca karşılanır: a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan
--	--

ve SMN2 kopya sayısının en az 1 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-1 tanısı konmuş ~~ve en az birisi çocuk nörolojisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden oluşan sağlık kurulu raporu bulunmalıdır.~~

b) Klinik belirti ve bulgular, SMA Tip-1 ile uyumlu olarak ≤ 6 ay (180 gün) iken ~~başlamış olmalıdır.~~

c) Bu maddenin 3 üncü fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde belirtilen kriterlere uyan hastalarda ~~invaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olup olmadığına bakılmaksızın tedaviye başlanır. İlk 4 doz ilaç kullanımı başlangıç tedavisi olarak kabul edilir ve ilk 4 doz ilaç kullanımı sürecinde SMA'dan kaynaklı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı ve süreleri değerlendirmelerde dikkate alınmaz. 5 inci ve takip eden dozlar idame tedavilerdir.~~

e) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenlik değerlendirilmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

d) BOS drenajı için implant edilmiş bir şant veya ~~implante edilmiş bir~~ BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

e) Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

f) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

(4) ~~Yenidoğan SMA taraması kapsamında, tarama sonucu genetik analizi (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 1 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) pozitif olan hastalarda klinik tiplendirmeye bakılmaksızın, raporlama ve reçeteleme koşulları yukarıda belirtildiği şekliyle ilacın bedelleri Kurumca karşılanır.~~

ve SMN2 kopya sayısının en az 1 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-1 tanısı konmuş, klinik belirti ve bulguları SMA Tip-1 ile uyumlu olarak ≤ 6 ay (180 gün) iken ~~başlayan hastalarda tedaviye başlanabilir.~~

İlk 4 doz ilaç kullanımı ~~başlangıç ve yükleme tedavisi~~, beşinci ve takip eden dozlar idame tedavileridir. ~~Yükleme tedavisi tamamlandıktan sonra idame tedavi sürecinde 3 haftadan uzun ve günde kesintisiz 16 saatten fazla süre ile kalıcı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olan ve perkütan gastrostomi tüpüyle beslenmesi gerçekleşen hastalarda tedavi kesilmelidir.~~

b) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenlik değerlendirilmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

c) BOS drenajı için yerleştirilmiş bir şant veya BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

e) Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

d) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

(2) ~~Tedavi süresince motor, bilişsel, beslenme, solunum, fizik tedavi rehabilitasyon ve ortopedik açıdan izlenmesi, yaşa uygun ve hastalığa özel tanımlanmış ölçütlerle standart değerlendirmelerin yapılması ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.~~

4.2.49.A.2. Risdiplam kullanım ilkeleri

(1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde bedeli Kurumca karşılanır:

4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında; (1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. 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 resmi sağlık kurumlarında en az birisi çocuk nörologisi/nöroloji uzmanı ve ortopedi ve travmatoloji veya beyin ve sinir cerrahisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekim tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu bulunmalıdır. b) Klinik belirti ve bulgular, SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 ile uyumlu olarak $\geq$ 6 ay (180 gün) iken başlamış olmalıdır. c) İnvaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olmayan ve normal yutma	a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 1 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-1 tanısı konmuş, klinik belirti ve bulguları SMA Tip-1 ile uyumlu olarak $\leq$ 6 ay (180 gün) iken başlayan hastalarda tedaviye başlanabilir. Tedavi sürecinde 3 haftadan uzun ve günde kesintisiz 16 saatten fazla süre ile kalıcı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olan ve perkütan gastrostomi tüpüyle beslenmesi gerçekleşen hastalarda tedavi kesilmelidir. b) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır. (2) Tedavi süresince motor, bilişsel, beslenme, solunum, fizik tedavi rehabilitasyon ve ortopedik açıdan izlenmesi, yaşa uygun ve hastalığa özel tanımlanmış ölçütlerle standart değerlendirmelerin yapılması ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir. 4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında; 4.2.49.B.1-Nusinersen kullanım ilkeleri (1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde bedeli Kurumca karşılanır. 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, klinik belirti ve bulgular, SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 ile uyumlu olarak $\geq$ 6 ay (180 gün) iken başlamış olan, invaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olmayan ve normal yutma refleksine sahip ve oral beslenebilen hastalarda tedaviye başlanabilir.
--	---

refleksine sahip ve oral beslenebilen hastalarda tedaviye başlanır.

⇒ Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenlik değerlendirilmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

⇒ BOS drenajı için implante edilmiş bir şant veya implante edilmiş bir BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

⇒ Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

⇒ Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

⇒ Lomber ponksiyon uygulanmasına engel bir durum olmadığının sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması gerekmektedir.

(2) ~~“Nusinersen sodium” pozolojisi SMA Tip 2 veya SMA Tip 3 hastalarında 0, 14, 28 ve 63-üncü günler olmak üzere 4 doz yükleme dozu şeklindedir. İdame dozlar da 4 ayda bir uygulanır. İlk 4 uygulama için 3 ay süreli, sonraki uygulamalar için ise 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden çocuk nörolojisi/nöroloji uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.~~

(3) ~~Yenidoğan SMA taraması kapsamında, tarama sonucu genetik analizi (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 2 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) pozitif olan hastalarda klinik tiplendirmeye bakılmaksızın, raporlama ve reçeteleme koşulları yukarıda belirtildiği şekliyle ilaem bedelleri Kurumca karşılanır.~~

b) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenlik değerlendirilmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

c) BOS drenajı için implante edilmiş bir şant veya implante edilmiş bir BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

ç) Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

d) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

e) Lomber ponksiyon uygulanmasına engel bir durum olmadığının sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması gerekmektedir.

(2) İlk 4 doz ilaç kullanımı başlangıç ve yükleme tedavisidir. Beşinci ve takip eden dozlar idame tedavileridir.

(3) Tedavi süresince motor, bilişsel, beslenme, solunum, fizik tedavi rehabilitasyon ve ortopedik açıdan izlenmesi, yaşa ve hastalığa özel tanımlanmış ölçütlerle standart değerlendirmelerin yapılması ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

4.2.49.B.2- Risdiplam kullanım ilkeleri

(1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde bedeli Kurumca karşılanır:

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, klinik belirti ve bulguları SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 ile uyumlu olarak ≥ 6 ay (180 gün) iken başlamış olan, invaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olmayan ve normal yutma refleksine sahip oral beslenebilen hastalarda tedaviye başlanır.

b) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

	(2) Tedavi süresince motor, bilişsel, beslenme, solunum, fizik tedavi rehabilitasyon ve ortopedik açıdan izlenmesi, yaşa ve hastalığa özel tanımlanmış ölçütlerle standart değerlendirmelerin yapılması ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir. 4.2.49.C-Spinal Musküler Atrofi hastalığında nusinersen sodium ve risdiplam genel kullanım ilkeleri (1) Nusinersen tedavisi; Ulusal Yenidoğan SMA Tarama Programından gelen hastalar ile SMA Tip-1 hastalarında çocuk nöroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden, SMA Tip-2 ve SMA Tip-3 hastalarında en az birisi çocuk nöroloji/nöroloji uzmanı olmak üzere ortopedi ve travmatoloji veya beyin ve sinir cerrahisi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden reçetelenir. İlk 4 uygulama için 3 ay süreli, sonraki uygulamalar için 4 ay süreli Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında çocuk nöroloji veya nöroloji uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. İlaç kullanımı için belirlenen koşulların raporda belirtilmesi gereklidir. (2) Risdiplam tedavisi çocuk nöroloji/nöroloji uzman hekiminin yer aldığı; Ulusal Yenidoğan SMA Tarama Programından gelen hastalar ile SMA Tip-1 hastalarında en fazla 3 ay süreli, SMA Tip-2 ve SMA Tip-3 hastalarında en fazla 6 ay süreli Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında çocuk nöroloji veya nöroloji uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. Reçetelerde hastanın kilosu belirtilmelidir. İlaç kullanımı için belirlenen koşulların raporda belirtilmesi gereklidir. Reçeteler en fazla 2 aylık dozda olmalıdır.
--	--

	(3) Nusinersen sodium ve risdiplam etkin maddeli ilaçların; tescili yapılmış yenidoğan ve çocuk yoğun bakım servisi bulunan, bünyesinde çocuk nörolojisi uzmanının da yer aldığı, beslenme ve diyetetik ile fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin multidisipliner bir yaklaşımla sunulabileceği Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (4) Gen temelli tedavilerin tümü [gen replasman tedavisi ve SMN2 modifiye eden tedaviler (nusinersen, risdiplam)] birlikte kullanılmamalıdır. (5) SMN2 modifiye eden tedaviler (nusinersen, risdiplam) arasında 1 yıldan kısa süre ile geçiş yapılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. Ancak fonksiyonel değerlendirmelerde bozulma olması veya belirgin hayatı tehdit eden yan etki ortaya çıkması durumunda yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde ilaç değişimi yapılabilir. (6) İlaç değişimi yapılması halinde, nusinersen tedavisi kullanmakta olan hastaların risdiplam ile tedaviye devam etmesi durumunda son nusinersen uygulama dozu üzerinden en az 4 ay süre geçmesi halinde risdiplam ile tedaviye başlanır. Risdiplam tedavisi kullanmakta olan hastaların nusinersen ile tedaviye devam etmesi durumunda son risdiplam uygulama dozu üzerinden en az 15 gün süre geçmesi halinde nusinersen ile tedaviye başlanır.
MADDE 8	
4.2.57- Dupilumab kullanım ilkeleri (1) Dupilumab orta/şiddetli atopik dermatitli hastalarda; a) Abrositinib veya upadasitinib tedavilerinden en az birini 12 hafta süre ile kullanmış olmasına rağmen yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen veya bu ilaçların kontrendike olduğu 18 yaş ve üzeri orta ve şiddetli atopik dermatitli hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. b) Ancak iki aydan uzun süreli sistemik kortikosteroid ve siklosporin kullanımından yarar görmeyen veya bu ilaçları tolere	4.2.57- Dupilumab kullanım ilkeleri (1) Dupilumab orta/şiddetli atopik dermatitli hastalarda; a) Abrositinib, barisitinib veya upadasitinib tedavilerinden en az birini 12 hafta süre ile kullanmış olmasına rağmen yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen veya bu ilaçların kontrendike olduğu 18 yaş ve üzeri orta ve şiddetli atopik dermatitli hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. b) Ancak iki aydan uzun süreli sistemik kortikosteroid ve siklosporin kullanımından yarar görmeyen veya bu ilaçları tolere

edemeyen veya bu ilaçların kontrendike olduğu ve aşağıda belirtilen risk faktörlerinden en az birine sahip olan 18 yaş ve üzeri orta ve şiddetli atopik dermatitli hastalarda bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedaviye Dupilumab ile başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

- 1) Aktif veya latent tüberküloz enfeksiyonu,
- 2) Hepatit B veya C enfeksiyonu,
- 3) Son 5 yılda malignite hikayesi (non melanom deri kanseri hariç), veya artmış kanser riski
- 4) HIV enfeksiyonu,
- 5) Karaciğer yetmezliği (Child Pugh C) veya böbrek yetmezliği (GFR <30),
- 6) Arteriyel veya venöz tromboemboli öyküsü,
- 7) Tromboza eğilim ya da trombofili varlığı,
- 8) 65 yaş ve üzeri kişiler.

(2) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda tedavi başlangıcına göre aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması durumunda tedaviye devam edilebilir;

- 1) EASI skorunda en az %50 azalma,
- 2) Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksinde en az 4 puanlık azalma,
- 3) Pruritus NRS skorunda en az 3 puanlık düşüş.

Yukarıdaki kriterlerin hiçbirinin sağlanamaması durumu tedavide yanıtızlık olarak değerlendirilir ve tedaviye son verilir.

(3) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında, üç deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Upadasitinib, abrositinib ve dupilumab birlikte kullanılamaz.

(4) Dupilumab tedavisine yanıtızlık durumunda dupilumab öncesinde kullanılmamış olması şartıyla abrositinib veya upadasitinib tedavilerinden herhangi birine geçilebilir.

edemeyen veya bu ilaçların kontrendike olduğu ve aşağıda belirtilen risk faktörlerinden en az birine sahip olan 18 yaş ve üzeri orta ve şiddetli atopik dermatitli hastalarda bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedaviye Dupilumab ile başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

- 1) Aktif veya latent tüberküloz enfeksiyonu,
- 2) Hepatit B veya C enfeksiyonu,
- 3) Son 5 yılda malignite hikayesi (non melanom deri kanseri hariç), veya artmış kanser riski
- 4) HIV enfeksiyonu,
- 5) Karaciğer yetmezliği (Child Pugh C) veya böbrek yetmezliği (GFR <30),
- 6) Arteriyel veya venöz tromboemboli öyküsü,
- 7) Tromboza eğilim ya da trombofili varlığı,
- 8) 65 yaş ve üzeri kişiler.

(2) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda tedavi başlangıcına göre aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması durumunda tedaviye devam edilebilir;

- 1) EASI skorunda en az %50 azalma,
- 2) Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksinde en az 4 puanlık azalma,
- 3) Pruritus NRS skorunda en az 3 puanlık düşüş.

Yukarıdaki kriterlerin hiçbirinin sağlanamaması durumu tedavide yanıtızlık olarak değerlendirilir ve tedaviye son verilir.

(3) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında, üç deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Upadasitinib, abrositinib, **barisitinin** ve dupilumab birlikte kullanılamaz.

(4) Dupilumab tedavisine yanıtızlık durumunda dupilumab öncesinde kullanılmamış olması şartıyla abrositinib, **barisitinin** veya upadasitinib tedavilerinden herhangi birine geçilebilir.

MADDE 14 HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇLAR LİSTESİ (EK-4/D)	
10.2. Nöromusküler hastalıklar 10.2.3. Spinal musküler atrofi ve ilgili sendromlar (G 12.0, G12.1, G12.1.2, G12.1.3, G12.1.4, G12.1.5, G12.9) 10.2.3.1. Nusinersen sodyum	10.2. Nöromusküler hastalıklar 10.2.3. Spinal musküler atrofi ve ilgili sendromlar (G 12.0, G12.1, G12.1.2, G12.1.3, G12.1.4, G12.1.5, G12.9) 10.2.3.1. Nusinersen sodyum* 10.2.3.2. Risdiplam*
13.13. Atopik dermatit (L20) 13.13.1. Dupilumab* 13.13.2. Abrositinib* 13.13.3. Upadasitinib*	13.13. Atopik dermatit (L20) 13.13.1. Dupilumab* 13.13.2. Abrositinib* 13.13.3. Upadasitinib* 13.13.4. Barisitinib*

Madde 15- Bu Tebliğin;

b) 3 üncü, 5 inci, 6 ncı, 8 inci maddeleri ve 14 üncü maddesinin (b) bendi 4/4/2025 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

ç) 1 inci, 4 üncü, 7 nci maddeleri, 9 uncu maddesinin (a) bendi, 10 uncu, 12 nci maddeleri ve 14 üncü maddesinin (a) bendi yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

e) 13 üncü maddesinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listeye giriş tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

f) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

MADDE 16- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.