01.02.2019 TARİHLİ SUT	04.09.2019 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
1.7 - Provizyon işlemleri (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, a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılabilecektir. 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 yapılıp yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilecektir. 1) Acil hal (*), 2) İş kazası ile meslek hastalığı hali, 3) Trafik kazası, 4) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık, 5) Kişiye 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,	**1.7 - Provizyon işlemleri** (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, a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılabilecektir. 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 yapılıp yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilecektir. 1) Acil hal (*), 2) İş kazası ile meslek hastalığı hali, 3) Trafik kazası, 4) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık, 5) Kişiye 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,
2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması (7) SUT eki EK-2/B Listesindeki "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" başlığı altında yer alan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 (on beş) gün içerisinde	**2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması** (7) SUT eki EK-2/B Listesindeki "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" başlığı altında yer alan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 (on beş) gün içerisinde

tedaviye başlanmış olması kaydıyla SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlanamaması halinde hastaya yeni sağlık raporu düzenlenecektir. Ancak hastaya sadece SUT eki EK-2/B listesinde "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" başlığı altında yer alan "Değerlendirmeler" alt başlığındaki işlemlerin yapılması halinde tedavi, hizmet başı ödeme yöntemi ile faturalandırılır.	tedaviye başlanmış olması kaydıyla SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlanamaması halinde hastaya yeni sağlık raporu düzenlenecektir. Ancak hastaya sadece SUT eki EK-2/B listesinde "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" başlığı altında yer alan "Değerlendirmeler" alt başlığındaki işlemlerin yapılması halinde tedavi, hizmet başı ödeme yöntemi ile faturalandırılır. Aynı başlık altında yer alan 702430 kodlu Pulmoner rehabilitasyon işleminin göğüs hastalıkları uzman hekimleri, 702500 kodlu Yutkunma rehabilitasyon işleminin KBB uzman hekimleri tarafından yapılması durumunda verilen bu hizmetler hizmet başı ödeme yöntemi ile faturalandırılır.
2.4.4.I - ~~Fakoemülsifikasyon (FAKO) işlemleri~~ (4) Göz hastalıkları branşında ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 4,5 ile çarpılması ile bulunur. Küsuratlı rakamlar üste tamamlanır. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 45'i geçemez. SUT eki EK-2/B Listesindeki 617340, 617341, 617342 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P617340, P617341, P617342 kodlu işlemlerin yapılması halinde her bir işlem için hekim çalışma saatinden 30 dakika düşülerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır.	**2.4.4.I –Göz hastalıkları branşına ait işlemler** (4) Göz hastalıkları branşında ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 4,5 ile çarpılması ile bulunur. Küsuratlı rakamlar üste tamamlanır. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 45'i geçemez. SUT eki EK-2/B Listesindeki 617340, 617341, 617342 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P617340, P617341, P617342 kodlu işlemlerin yapılması halinde her bir işlem için hekim çalışma saatinden 30 dakika düşülerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. SUT eki EK-2/B Listesindeki 602200, 616510, 616520, 616550, 616780, 616790, 616800, 616810 kodlu işlemler ile EK-2/c Listesindeki P602200, P616510, P616520,

	P616550, P616780, P616790, P616800, P616810 kodlu işlemlerin yapılması halinde ise her bir işlem için hekim çalışma saatinden 60 dakika düşülerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. SUT eki EK-2/B Listesindeki 602200, 616510, 616520, 616550, 616780, 616790, 616800, 616810 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P602200, P616510, P616520, P616550, P616780, P616790, P616800, P616810kodlu işlemlerden bir göz hastalıkları uzman hekimi günlük en fazla toplam 8 adet, bir sağlık hizmeti sunucusu ise en fazla toplam 16 adet Kuruma fatura edebilir.
2.5.3.A - Yurt dışı tedavi **2.5.3.A-1 - Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu** (3) Düzenlenen sağlık kurulu raporları ~~Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi~~, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Yenişehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden herhangi biri tarafından teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır.	**2.5.3.A - Yurt dışı tedavi** **2.5.3.A-1 - Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu** (3) Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Şehir Hastanesi, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Yenişehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden herhangi biri tarafından teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır.
2.5.3.A-2 - Raporların yenilenmesi, bekleme süreleri ve süre uzatımı (2) Yurt dışı tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda ~~Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin~~ veya bu konuda Kurumca yetkilendirilmiş hastanelerden birinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçmeyen dönemler halinde Kurumun onayı ile tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.	**2.5.3.A-2 - Raporların yenilenmesi, bekleme süreleri ve süre uzatımı** (2) Yurt dışı tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda Ankara Şehir Hastanesi veya bu konuda Kurumca yetkilendirilmiş hastanelerden birinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçmeyen dönemler halinde Kurumun onayı ile tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.
3.1.1 -Tanım ve genel hükümler (2) Kurumca bedeli karşılanan tıbbi	**3.1.1 -Tanım ve genel hükümler** (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 işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. TİTUBB/ÜTS'ye kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör ~~firmalarca 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.	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 işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. TİTUBB/ÜTS'ye kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör firmalarının 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.
3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (11) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazların bakım ve onarımı; a) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek bakım ve onarım masraflarından garanti kapsamı süresi içinde oluşan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında oluşan masraflar ise bakım ve onarımın gerektiğinin Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından karşılanacaktır. b) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin bakım ve onarım ihtiyacı olması halinde; garanti süresi içerisinde satışı yapan firmaya, garanti süresi dışında ise Kurumun ilgili birimine müracaat edilir.	**3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler** (11) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazların bakım ve onarımı; a) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlaa ilişkin hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek bakım ve onarım masraflarından garanti kapsamı süresi içinde oluşan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında oluşan masraflar ise bakım ve onarımın gerektiğinin Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından karşılanacaktır. b) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin bakım ve onarım ihtiyacı olması halinde; garanti süresi içerisinde satışı yapan firmaya, garanti süresi dışında ise Kurumun ilgili birimine müracaat edilir. Kurumca iade alınan DO1009, DO1017 ve DO1071 SUT kodlu cihazlara ilişkin bakım ve onarım ihtiyacı olması halinde; garanti süresi içerisinde olan cihazların bakım ve

	onarımı sağlanıncaya kadar satışı yapan firma hastalara ücretsiz yedek cihaz temin etmek zorundadır. Garanti süresi dışında olan cihazlarda ise bakım ve onarım sağlanıncaya kadar Kurumun ilgili birimi varsa stoktan hastaya yedek cihaz temini yapacak olup, stoklarda bulunmadığında bakım ve onarım hizmeti satın alınan firma tarafından hastalara ücretsiz yedek cihaz temin edilir.
c) Söz konusu malzemelerin kullanım kurallarına uyulmaması nedeniyle oluşan onarım masrafları Kurumca karşılanmaz. Bu amaçla Kurum, arızanın meydana geliş sebebini hekim raporu ile ihtiyaç duyulması halinde ise hekim raporuna ek olarak teknik servis raporu ile tespit eder.	c) Söz konusu malzemelerin kullanım kurallarına uyulmaması nedeniyle oluşan onarım masrafları Kurumca karşılanmaz. Bu amaçla Kurum, arızanın meydana geliş sebebini hekim raporu ile ihtiyaç duyulması halinde ise hekim raporuna ek olarak teknik servis raporu ile tespit eder.
YENİ EKLENDİ	**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.
3.3.1 - Yara bakım ürünleri ~~ve Antimikrobiyal Örtüler~~ (1) Yara bakım ürünlerinin ~~veya antimikrobiyal örtülerin~~ bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanır.	**3.3.1 - Yara bakım ürünleri** (1) Yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanır.
(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.	**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

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.	kurum/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi,geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.
(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, 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.	**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, 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.
(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.	**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.
~~(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.~~	**KALDIRILDI**
3.3.35- İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı (5) İşitme cihazı bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için; d) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi veya davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında 26 dB ve üzerinde, ABR ile	**3.3.35- İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı** (5) İşitme cihazı bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için; d) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi veya davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu saf ses

belirlenmiş ise elde edilen eşiklerin 30 dB ve üzerinde olması gerekmektedir.	ortalamasının 26 dB ve üzerinde, ABR ile belirlenmiş ise Tonal ve Klik ABR'de elde edilen eşiklerin 30 dB ve üzerinde olması gerekmektedir.
3.3.36-İşitsel İmplantlar **3.3.36.B- Koklear İmplant** (1) Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar ~~görmeyen~~ veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından koklear implant yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	**3.3.36-İşitsel İmplantlar** **3.3.36.B- Koklear İmplant** (1) Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmediği sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından koklear implant yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.
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.)~~	**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.)
4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi ~~(12) Ödeme kapsamındaki aynı etkin maddeyi içeren ilaçlar ile aynı endikasyonda birbirlerinin yerine kullanılabilecek ilaçların birlikte kullanılmamasına yönelik düzenlemeler Kurum tarafından belirlenir.~~	**KALDIRILDI**
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.	**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.

4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi ~~(5) Kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarı fatura edilecektir.~~	**KALDIRILDI**
4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması (4) ~~Sağlık Bakanlığı tarafından özel mevzuatı düzenlenmiş olan kırmızı, mor, turuncu ve yeşil reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde reçeteler ayrıca Kuruma ibraz edilmeyecektir.~~	**4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması** (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 istinaden Kurumca karşılanır.
4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması (8) Yatan hastalara düzenlenen e-reçetelerde "~~Eczanemizde Yoktur,~~ Yatan Hasta" ibaresi aranmaksızın sadece elektronik ortamda başhekimlik tarafından onaylanması yeterli olacaktır.	**4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması** 8) Yatan hastalara düzenlenen e-reçetelerde "Yatan Hasta" ibaresi aranmaksızın sadece elektronik ortamda başhekimlik tarafından onaylanması yeterli olacaktır.
~~**4.1.10 - İlaç Güvenlik İzlem Formları ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçla**~~ ~~(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.~~	**KALDIRILDI**
4.2.1.C–Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab sekukinumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri	**4.2.1.C–Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab sekukinumab, iksekizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri**
4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümor nekrözis faktör) ilaçlar (1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit;	**4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümor nekrözis faktör) ilaçlar** (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.
YENİ EKLENDİ	**4.2.1.C-10-İksekizumab** (1) Orta veya şiddetli plak psöriazisli erişkin hastalarda; 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 başlanılması 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 yanıtsızlık 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	**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 yanlızca major depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.~~	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 halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bupropiyon HCl, vortioksetin 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.
4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri (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.~~	**4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri** (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.
4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri (3) Malnütrisyon tanımı raporda belirtilmek kaydıyla; a) Erişkinlerde; 2) "Subjektif global değerlendirme kategorisi" C veya D olanlar veya	**4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri** (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

4.2.10.B-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları (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.	**4.2.10.B-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları** (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.
4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immunglobulinler) (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.	**4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immunglobulinler)** (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.
4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi (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. 1- Kronik steroid ~~veya kemik mineral dansitesini etkileyen ilaç~~ kullanımı olan veya travma ilişkili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporozu olan hastalar,	**4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi** (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. 1- Kronik steroid kullanımı olan veya travma ilişkili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporozu olan hastalar veya,
4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (1) Genotip 1 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik hastalarda; 1- Genotip 1a: (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi	**4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi** (1) Genotip 1 hastalarda tedavi; a) Nonsirotik hastalarda; 1- Genotip 1a: (Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir) + Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi

süresi toplam 12 haftadır.	süresi toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.
4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi (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. 2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+ Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 haftadır.	**4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi** (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. 2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+ Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.
4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış 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.	**4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış 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.
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	**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

hastalarda kullanılır.) 2- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)	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.) 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.)
4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (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 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır. 2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)	**4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi** (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 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. 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.)

4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi: a) Nonsirotik hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta~~dır~~. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)	**4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi** (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.)
4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi (6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi: b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta~~dır~~. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)	**4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi** (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 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.)
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; **ı) Dasatinib ve nilotinib;** a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; 6) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılamayacaktır.	**4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;** **ı) Dasatinib, bosutinib ve nilotinib;** a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; 6) Dasatinib, bosutinib ve nilotinib kombine olarak kullanılamayacaktır. 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

	kullanamayacak 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.
YENİ EKLENDİ	**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 süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 5) Daha önce relaps/metastatik meme kanseri için sadece bir seri kemoterapi ve bir seri non-steroidal aromataz inhibitörü kullanmış 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 tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

	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 dayanılarak çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimleri veya erişkin onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 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.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; **aa) Beksaroten;** ~~1)~~ En az bir sistemik tedaviye dirençli erişkin hastalarda ileri evre (EORCT evre IIB, III, IV) kutanöz T-hücreli lenfomanın cilt bulgularının tedavisinde; tıbbi onkoloji, hematoloji veya dermatoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. ~~2)~~ 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.	**4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;** **aa) Beksaroten;** 1)Beksaroten oral; a) En az bir sistemik tedaviye dirençli erişkin hastalarda ileri evre (EORCT evre IIB, III, IV) kutanöz T-hücreli lenfomanın cilt bulgularının tedavisinde; tıbbi onkoloji, hematoloji veya dermatoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. 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.
YENİ EKLENDİ	**4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;** **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.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; **çç) Ruksolitinib;** 1) Primer miyelofibrosis, post polistemik miyelofibrosis veya esansiyel trombositemi sonrası ikincil miyelofibrosis tanılı hastalarda splenomegaliye bağlı semptomların tedavisinde aşağıdaki koşulların tümünü taşıyan hastalarda ~~kullanılır~~.	**4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;** **çç) Ruksolitinib;** 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.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; **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.	**4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;** **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.
YENİ EKLENDİ	**4.2.15.D-1- Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban;** (4) Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban etken maddeli ilaçların kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
4.2.17.A – Osteoporoz (6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; a) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli	**4.2.17.A – Osteoporoz** (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.	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.
4.2.24.A - Astım tedavisinde (3) Mepolizumab; a) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan "Hipereozinofilik Persistan Astım" tanılı hastalarda; 1) ~~12 yaş ve üzerinde~~,	**4.2.24.A - Astım tedavisinde** (3) Mepolizumab; a) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan "Hipereozinofilik Ağır Persistan Astım" tanılı hastalarda; 1) Yetişkinlerde,
4.2.24.A - Astım tedavisinde (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.	**4.2.24.A - Astım tedavisinde** (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.
	4.2.24.A - Astım tedavisinde (4) Uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve inhale kortikosteroidler (İKS) gruplarında mono olarak yer alan ürünlerin 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

YENİ EKLENDİ	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 antikolinerjik maddeyi (SAMA) kombine olarak içeren ürünler (SABA+SAMA) ile nebülizatörle uygulanan inhale kortikosteroidler (İKS), 4.2.24.A numaralı maddesinde yer alan hükümlerden istisnadır.
4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tedavisinde ~~(1) Formeterol, salmeterol, indakaterol, glikopironyum, tiotropium ve vilanterol+flutikazon, vilanterol+umeklıdınyum, 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.~~ ~~(2) Formeterol ve salmeterolün inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen~~	**4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tedavisinde** (1) Formeterol, salmeterol ve bunların inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, indakaterol, glikopironyum, tiotropium, vilanterol+flutikazon, vilanterol +umeklidinyum, tiotropium+olodaterol, beklometazon+formoterol+glikopronyum 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 hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. (2) Beklometazon+formoterol+glikopronyum 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

~~uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.~~	(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 (KOAH) 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.
YENİ EKLENDİ	**4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) 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 (KOAH) olan erişkin hastaların idame tedavisinde 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 antikolinerjik 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 antikolinerjik 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 antikolinerjikler (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 antikolinerjikleri (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-agonistini (SABA) ve obstrüktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan kısa etkili antikolinerjik maddeyi (SAMA) kombine

	olarak içeren ürünler (SABA+SAMA) ile nebülizatörle uygulanan inhale kortikosteroidler (İKS), 4.2.24.B numaralı maddesinde yer alan hükümlerden istisnadır.
4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri (1) Yeni nesil antiepileptikler (lamotrigin, topiramat, 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.~~ ~~(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil) ve zonisamit, nöroloji uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimce düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.~~ ~~(3) Pregabalin (kombinasyonları dahil) yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda ödenmez.~~	**4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri** (1) Yeni nesil antiepileptiklerin (lamotrigin, topiramat, 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. (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. (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.
YENİ EKLENDİ	**4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri** (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.

4.2.27.Ç - Human albumin kullanım ilkeleri (1) Human albümin preparatları, yalnızca yatarak tedavi gören hastalara, albümin düzeyi 2.5g/dl ve altında ise uzman hekimlerce reçete edilebilir. Laboratuvar sonuçları ve kullanılan miktar epikrizde belirtilir. (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. (3) Plazmaferezde veya karaciğer nakli yapılmış hastalarda kan albümin düzeyi şartı aranmaz.	**4.2.27.Ç - Human albumin kullanım ilkeleri** (1) Human albümin preparatları, yalnızca yatarak tedavi gören hastalara, albümin düzeyi 2.5g/dl ve altında ise uzman hekimlerce reçete edilebilir. Laboratuvar sonuçları ve kullanılan miktar epikrizde belirtilir. (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. (3) Plazmaferezde veya karaciğer nakli yapılmış hastalarda kan albümin düzeyi şartı aranmaz.
4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri (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.~~	**4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, riociguat, seleksipag, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri** (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.
4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri (7) Sildenafil ve tadalafil kombine kullanılamaz.	**4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri** (7) Sildenafil, riociguat ve tadalafil kombine kullanılamaz.

YENİ EKLENDİ	**4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri** (8) İloprost trometamol (inhaler formu) ve seleksipag kombine kullanılamaz.
4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri ~~(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 süreli 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.~~	**4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri** (1) Anti-VEGF ilaçlar (bevacizumab / ranibizumab / aflibersept), deksametazon intravitreal implant veya vertaporfin etkin maddelerini içeren ilaçlar üçüncü basamak sağlık kurumlarında uygulanması ve reçete 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 açsından yükleme dozlarının tamamlanması esastır. Düzenlenecek elektronik retçe veya tek hekim raporu/sağlık kurulu raporunda yükleme dozu yapılacak ilacın kaçıncı 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.
(2) Raporlarda; hasta anamnezi, görme keskinliği, lezyona ait renkli resim, Fundus Fluorescein Anjiografi (FFA) (kontrendikasyonu yoksa) ve Optik Koherens Tomografi (OKT) bulguları ile tedaviye yanıta ilişkin kriter esasları yer alacaktır.	(2) Raporlarda; hasta anamnezi, görme keskinliği, lezyona ait renkli resim, Fundus Fluorescein Anjiografi (FFA) (kontrendikasyonu yoksa) ve Optik Koherens Tomografi (OKT) bulguları ile tedaviye yanıta ilişkin kriter esasları yer alacaktır.
(3) Tedavinin etkinliğine (tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap) yönelik değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibidir: a) Başlangıç tedavisine göre görme keskinliğinde artış olmaması veya görme keskinliğinin azalması veya b) Bir sıra (5 harf) kayıp olması veya c) OKT'de merkezi fovea kalınlığının 250 mikron ve üzerinde olması.	(3) Tedavinin etkinliğine (tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap) yönelik değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibidir: a) Başlangıç tedavisine göre görme keskinliğinde artış olmaması veya görme keskinliğinin azalması veya b) Bir sıra (5 harf) kayıp olması veya c) OKT'de merkezi fovea kalınlığının 250 mikron ve üzerinde olması.
~~(4) İlk defa tedavi alacak hastalarda ameliyathane koşullarında steril şartlarda hazırlanacak bevacizumab etkin maddeli ilaç ile günübirlik tedavi kapsamında tedaviye başlanacaktır.~~	(4) Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; yükleme dozu uygulamalarında ilk muayene değerlendirme kriteriyle, idame tedavilerde bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriteriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir.
	(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.
~~(5)~~ İntravitreal 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. İntravitreal 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.	(6) İntravitreal bevacizumab günübirlik 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. İntravitreal 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.
~~(6) Hâlihazırda 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.~~	(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.
~~(7)~~ Yükleme dozu aranan durumlarda yükleme dozu tamamlanmaksızın diğer etkin maddeli ilacın kullanımı halinde bu ilaç bedelleri Kurumca karşılanmaz.	(8) Yükleme dozu aranan durumlarda yükleme dozu tamamlanmaksızın diğer etkin maddeli ilacın kullanımı halinde bu ilaç bedelleri Kurumca karşılanmaz.
~~(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 kullanımı onayı alınması~~	(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.

~~ve onay tarih ve sayısının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.~~	
~~(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.~~	**KALDIRILDI.**
YENİ EKLENDİ	(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 ant,-VEGF ilaçlar kullanılırken veya kullanılmaksızın tedaviye devam edilmesi mümkündür.
YENİ EKLENDİ	(11) Retinal 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 ranibizumab veya aflibersept ile tedaviye devam edilebilir.
YENİ EKLENDİ	(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.
YENİ EKLENDİ	(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.
4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (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.	**4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri** (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.
4.2.33.B- Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri (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 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.	**4.2.33.B- Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri** (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 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.

4.2.33.Ç- Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (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.	**4.2.33.Ç- Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri** (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.
4.2.34– Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod, fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab ve natalizumab kullanım ilkeleri (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. a) Yanıt vermeyen hastalar; en az bir yıllık tedavi süresince ataklarında değişiklik olmayan veya yılda en az bir atak geçirmiş olan veya ataklarında artış gözlenen ve hastaların beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'sinde en az 1 adet Gadolinium-artırıcı lezyon veya en az 9 adet T2-hiperintens lezyonu bulunması durumundaki hastalardır. ~~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.~~ c) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği ve nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu	**4.2.34– Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod, fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab ve natalizumab kullanım ilkeleri** (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. a) Yanıt vermeyen hastalar; en az bir yıllık tedavi süresince ataklarında değişiklik olmayan veya yılda en az bir atak geçirmiş olan veya ataklarında artış gözlenen ve hastaların beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'sinde en az 1 adet Gadolinium-artırıcı lezyon veya en az 9 adet T2-hiperintens lezyonu bulunması durumundaki hastalardır. c) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği ve nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu

raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.	raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.
4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri (1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ~~anestezi ve reanimasyon~~, ~~immünoloji~~, ~~cilt hastalıkları~~, romatoloji, ortopedi, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman ~~hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.~~ (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.~~	**4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri** (1) Gabapentin etken maddeli ilaçların, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, algoloji, deri ve zührevi 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. (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.
YENİ EKLENDİ	**4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri** (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.
4.2.35.B-Kronik kas iskelet ağrısı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri (1) Prospektüsünde kronik kas iskelet ağrısı ve/veya fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilebilir.	**4.2.35.B-Kronik kas iskelet ağrısı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri** (1) Prospektüsünde kronik kas iskelet ağrısı ve/veya fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilebilir. (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.
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 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.	**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 "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.
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 üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az birisi çocuk 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.	**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 sağlık kurumlarında en az birisi çocuk 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.
4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında; (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.	**4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;** (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.

4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında; (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.	**4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;** (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.
4.2.53- Medium-chain triglyceride yağı kullanım ilkeleri (1) Multiple açil CoA dehidrogenaz eksikliği hariç olmak üzere yağ asidi oksidasyon bozuklukları, kolestatik karaciğer hastalıkları veya lipoprotein metabolizması bozukluklarında diyete ek beslenme ürünü olarak çocuk metabolizma hastalıkları veya ~~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.	**4.2.53- Medium-chain triglyceride yağı kullanım ilkeleri** (1) Multiple açil CoA dehidrogenaz eksikliği hariç olmak üzere yağ asidi oksidasyon bozuklukları, kolestatik karaciğer hastalıkları veya lipoprotein metabolizması bozukluklarında diyete ek beslenme ürünü olarak çocuk metabolizma hastalıkları veya 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.
YENİ EKLENDİ	**4.2.58- Pimekrolimus ve takrolimus (topikal formları) kullanım ilkeleri** (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.
4.3 - Yurt dışından ilaç getirilmesi (3) Yurt dışından temini halinde bedeli ödenecek olan ilaçlar "Yurt Dışı İlaç Fiyat	**4.3 - Yurt dışından ilaç getirilmesi** (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.	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.
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları (1) Depocuya satış fiyatı ~~4,86 (dört virgül seksen altı)~~ TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (2) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum 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.	**4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları** (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). (2) Depocuya satış fiyatı 6,15 (altı virgül on beş) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum 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.
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları (4) 20 yıllık ilaçlardan; 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). b) Depocuya satış fiyatı ~~9,31 (dokuz virgül~~	**4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları** (4) 20 yıllık ilaçlardan; 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). b) Depocuya satış fiyatı 11,76 (on bir 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). 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). 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).	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). 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). 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).
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları (5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan; 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). 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; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı ~~14,02 (on dört virgül sıfır iki)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).	**4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları** (5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan; 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). 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; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 17,71 (on yedi virgül yetmiş bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları (6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı ~~4,87 (dört virgül seksen yedi)~~ TL (dahil) ile ~~9,30 (dokuz virgül otuz)~~ (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).	**4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları** (6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan; 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).

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; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı ~~14,02 (on dört virgül sıfır iki)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).	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; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 17,71 (on yedi virgül yetmiş bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları (7) Depocuya satış fiyatı ~~4,87 (dört virgül seksen yedi)~~ TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).	**4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları** (7) Depocuya satış fiyatı 6,15 (altı virgül on beş) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları (8) Enteral beslenme ürünlerinden; a) Depocuya satış fiyatı ~~4,87 (dört virgül seksen yedi)~~ TL (dahil) ile ~~9,30 (dokuz virgül otuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). 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; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı ~~14,02 (on dört virgül sıfır iki)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).	**4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları** (8) Enteral beslenme ürünlerinden; 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; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). 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; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 17,71 (on yedi virgül yetmiş bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).
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	**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 immunglobulinleri pratisyen hekim tarafından da kan ürünleri reçetesine yazılabilir.	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 immunglobulinleri pratisyen hekim tarafından da kan ürünleri reçetesine yazılabilir.
EK-3/C-4 - TIBBİ SARF MALZEMELER LİSTESİ	
A10000 ASPİRASYON KATETERİ	A10000 ASPİRASYON KATETERİ (1) Günde en fazla 4 (dört) adet olmak üzere Kurumca bedeli karşılanır.
~~A10006 İDRAR TORBASI STERİL MUSLUKLU 2000 CC.~~	**KALDIRILDI**
~~A10007 İDRAR TORBASI 100 CC.ERKEK İÇİN STERİL~~	**KALDIRILDI**

~~A10008 İDRAR TORBASI 100 CC.KIZ İÇİN STERİL~~	**KALDIRILDI**
EK-4/D - HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇLAR LİSTESİ	
4.10. Pulmoner hipertansiyon (I27.0) (I27.2) **I27.0** Primer pulmoner hipertansiyon **I27.2** Sekonder Pulmoner Hipertansiyon 4.10.10. Riociguat* ~~(Yalnızca KTEPH endikasyonunda muafiyet kapsamındadır.)~~	**4.10. Pulmoner hipertansiyon (I27.0) (I27.2)** **I27.0** Primer pulmoner hipertansiyon **I27.2** Sekonder Pulmoner Hipertansiyon 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 **9.2. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar** 9.2.22. Tociluzumab (sadece 9.1.5. maddede tanımlı ICD-10 kodlarında)	**9. Konnektif doku hastalıkları** **9.2. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar** 9.2.22. Tociluzumab (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) 10.5.2. Baklofen	**10.5. Demiyelinizan hastalıklar (lökodistrofi, multipl skleroz v.b.) (G35) (G37)** 10.5.2. Baklofen (intratekal formları*)
10.9. Serebral palsy (G80) 10.9.1. Baklofen	**10.9. Serebral palsy (G80)** 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)**

<table>
<tr><td>10.11.1. Baklofen</td><td>10.11.1. Baklofen (intratekal formları*)</td></tr>
<tr><td>YENİ EKLENDİ</td><td>13.1. Psoriasis, Vitiligo (L80)(L40)
13.1.14. İksekizumab*</td></tr>
<tr><td colspan="2">EK-4/E - SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ</td></tr>
<tr><td>YENİ EKLENDİ</td><td>10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER
<table><tr><td>21</td><td>Siklopiroksolamin şampuan formları</td><td>Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>YENİ EKLENDİ</td><td>13- DİĞERLERİ
<table><tr><td>12.1</td><td>8-Metoksipsoralen (topikal formları)</td><td>Sadece dermatoloji uzman hekimlerince</td></tr></table></td></tr>
<tr><td colspan="2">EK-4/F - AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (UZMAN HEKİM RAPORU/SAĞLIK KURULU RAPORU) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ</td></tr>
<tr><td>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)</td><td>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)</td></tr>
</table>

YENİ EKLENDİ	**37.1.** Alprostadil 10 ve 20 mcg/ml: Yetişkin erkek hastalarda nörojenik, vasküloje nik, 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.
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)~~	**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.
56. Deksametazon 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.)	**56.** Deksametazon 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.)
67. Adrenalin oto enjektör formları: İmmunoloji ve alerji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.	**67.** Adrenalin oto enjektör formları: İmmunoloji ve alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya dermatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.
YENİ EKLENDİ	**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.

YENİ EKLENDİ	**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 (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 arteriozus 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 arteriozus 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 göre günde en fazla 4 flakon kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ	**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.
YENİ EKLENDİ	**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; a) Ağır konjenital protein C eksikliği bulunan hastalarda ortaya çıkan purpura fulminans ve kumarine bağlı deri nekrozunun tedavisinde veya b) Ağır konjenital protein C eksikliği olan hastalardan; yakın zamanda invaziv tedavi ya da cerrahi girişim uygulanacak olanlara, kumarin tedavisi başlanacak olanlara, tek başına kumarin tedavisinin yetersiz kaldığı durumda veya kumarin tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda kısa süreli profilaksi amaçlı bir reçetede en fazla 7 günlük dozda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ	**72.** İzoprenalin HCl
YENİ EKLENDİ	**73.** Denosumab 120 mg

MADDE 66- Bu Tebliğin;

a) 62 nci maddesinin (ç) bendi 8/1/2019 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 43 üncü maddesi 19/2/2019 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 4 üncü maddesi 26/5/2019 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

ç) 65 inci maddesinin (ç) bendi 19/6/2019 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

d) 21 inci ve 22 nci maddeleri 2/9/2019 tarihinden geçerli omak üzere yayımı tarihinde,

e) 61 inci maddesinde düzenlenen ekli listeler;

1) Fiyat değişiklik tarihi, listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde,

2) Fiyat değişiklik tarihi, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımı tarihinde,

3) Referans fiyat grubunda ve ilaç ismi/etkin madde ismi/barkod değişiklik tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 işgünü sonra,

f) 11 ilâ 20 nci, 23 ilâ 42 nci, 44 üncü, 48 inci maddesinin (b) bendi, 62 nci maddesinin (a), (b), (c), (d) ve (e) bentleri, 63 üncü, 64 üncü, 65 inci maddesinin (a), (b) ve (c) bentleri yayımı tarihinden 5 (beş) işgünü sonra,

g) 53 üncü maddenin (a), (b) ve (c) bentleri ile 59 uncu maddenin (a), (b) ve (c) bentleri yayımı tarihinden 20 işgünü sonra,

ğ) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

TÜRKİYE ECZACILAR BİRLİĞİ
TURKISH PHARMACISTS ASSOCIATION