

30 Aralık 2020 Tarihli SUT	28 Nisan 2021 Tarihli Değişiklik
4.2.1 – Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artrit), abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri	4.2.1 – Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artrit), abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab, sekukinumab, iksekizumab, barisitinib 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–Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab, sekukinumab iksekizumab, barisitinib ve vedolizumab kullanım ilkeleri
4.2.1.C-6 – Tofacitinib (2) Tofacitinib , tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.	4.2.1.C-6 – Tofacitinib ve barisitinib (2) Tofacitinib ve barisitinib tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.
4.2.9- Eritropoietin, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol, oral esansiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri	4.2.9- Eritropoietin, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol, cinacalcet, etelkalsitid , oral esansiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri
4.2.9.C Parikalsitol kullanım ilkeleri 4.2.9.C-1 Parikalsitolün enjektabl formları (1) Diyalizat kalsiyumunun 1,25 mmol/l ile kullanılmamasına rağmen albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 9,5 mg/dl altında ve serum fosfor 5,5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/ml'nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda başlanır. (2) Aynı hasta grubunda düzeltilmiş serum kalsiyum düzeylerinin 10,2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçtiği durumlarda kesilir. (3) İlgili koşulların söz konusu olduğu hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu	4.2.9.C Parikalsitol kullanım ilkeleri (1) Albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi 10,2 mg/dl ve serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'nin altında olmak koşuluyla; parathormon (PTH) düzeyi 600 pg/ml'nin üzerinde olan hastalarda veya PTH düzeyi 300 pg/ml'nin üzerinde olmak koşuluyla PTH düzeyinde bir önceki ölçüme göre %25'in üzerinde artış tespit edilen hastalarda parikalsitol tedavisi başlanabilir. (2) PTH düzeyinin 150 pg/ml'nin altına düşmesi, albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyinin 10,5 mg/dl'nin üzerine çıkması veya serum fosfor düzeyinin 6 mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda parikalsitol tedavisi sonlandırılır. (3) Parikalsitolün parenteral formlarının yalnızca hemodiyaliz hastalarına yukarıda belirtilen koşullarda nefroloji veya diyaliz

~~hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.~~

~~(4) Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir. Reçete tekrarında da yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.~~

4.2.9.C 2- Parikalsitolün oral formları

~~(1) Parikalsitolün oral formları; evre 5 kronik böbrek yetmezliği hastalığı olup, periton diyaliz tedavisi altında olan, 3 aylık aktif D vitamini tedavisine ve Ca düzeyi $\geq 1,25$ mmol/L konsantrasyonlu diyalizat solüsyonu kullanmasına rağmen, albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyumu $10,2$ mg/dl altında ve serum fosfor $5,5$ mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 500 pg/ml'nin üzerinde olan hastalarda kullanılır. Düzeltilmiş serum kalsiyum düzeylerinin $10,2$ mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçtiği durumlarda kesilir. Nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenmiş sağlık raporuna dayanılarak nefroloji uzmanı veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından reçete edilir. Tetkikler 3 ayda bir tekrarlanır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.~~

4.2.9.C- Cinacalcet kullanım ilkeleri

~~(1) Hemodiyaliz ya da periton diyaliz tedavisi altında bulunan diyalizat kalsiyumunu $1,25$ mmol/L ile kullanılmasına rağmen albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 10,5$ $\geq 8,5$ mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 700 pg/ml ve üzerinde olduğu belgelenen hastalarda cinacalcet tedavisi başlanabilir.~~

~~(2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\leq 8,4$ mg/dl olanlarda cinacalcet tedavisi kesilir.~~

~~(3) Yukarıdaki hasta gruplarında PTH düzeyi 400 pg/ml'nin altına düşen hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir.~~

~~(4) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, başlangıç değerleri nefroloji uzmanınca düzenlenen raporda belirtilmek kaydıyla, nefroloji uzmanları veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler~~

sertifikalı uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli sağlık raporuna istinaden nefroloji veya diyaliz sertifikalı uzman hekimi tarafından en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(4) Parikalsitolün oral formlarının yukarıda belirtilen koşullarda periton diyalizi hastalarına nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli sağlık raporuna istinaden nefroloji uzman hekimi tarafından en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(5) En fazla 3 ay öncesine alt albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi, serum fosfor düzeyi ve PTH düzeyi sonuçları her reçetede veya raporda belirtilir.

4.2.9.C- Cinacalcet kullanım ilkeleri

(1) Hemodiyaliz ya da periton diyaliz tedavisi altında bulunan diyalizat kalsiyumunu $1,25$ mmol/L ile kullanılmasına rağmen albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 10,5$ $\geq 8,5$ mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 600 pg/ml ve üzerinde olduğu belgelenen hastalarda cinacalcet tedavisi başlanabilir.

(2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\leq 8,4$ mg/dl olanlarda cinacalcet tedavisi kesilir.

(3) Yukarıdaki hasta gruplarında PTH düzeyi 300 pg/ml'nin altına düşen hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir.

(4) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, başlangıç değerleri nefroloji uzmanınca düzenlenen raporda belirtilmek kaydıyla, nefroloji uzmanları veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler

tarafından en fazla 3 ay öncesine ait kalsiyum ve PTH değerleri reçete veya rapor üzerinde belirtilir. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

(5) Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratroidektomi endike olduğu halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandığı şekilde) paratroidektominin klinik açıdan uygun olmadığı veya kontrendike olduğu primer hiperparatroidili hastalarda hiperkalseminin düşürülmesi endikasyonunda;

a) ASA-IV grubu hastalar veya
b) Opere olmuş ancak nüks olan hastalardan; bifosfonatlar ile hiperkalsemisi kontrol altına alınamamış ve albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 10,5$ mg/dl olan hastalar, için üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği endokrinoloji, genel cerrahi ve anestezi uzman hekimlerinin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden endokrinoloji uzman hekimlerince reçetelenebilir.

tarafından en fazla 3 ay öncesine ait kalsiyum ve PTH değerleri reçete veya rapor üzerinde belirtilir. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

(5) Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratroidektomi endike olduğu halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandığı şekilde) paratroidektominin klinik açıdan uygun olmadığı veya kontrendike olduğu primer hiperparatroidili hastalarda hiperkalseminin düşürülmesi endikasyonunda;

a) ASA-IV grubu hastalar veya
b) Opere olmuş ancak nüks olan hastalardan; bifosfonatlar ile hiperkalsemisi kontrol altına alınamamış ve albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 10,5$ mg/dl olan hastalar, için üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği endokrinoloji, genel cerrahi ve anestezi uzman hekimlerinin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden endokrinoloji uzman hekimlerince reçetelenebilir.

(6) Cinacalcet ve etelkalsetid etken maddeli ilaçların birlikte kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.

4.2.9.F. Etelkalsetid kullanım ilkeleri

(1) Hemodiyaliz tedavisi altında bulunan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 8,5$ mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 600 pg/ml ve üzerinde olduğu belirlenen hastalarda etelkalsetid tedavisi başlanabilir.

(2) Hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değerinin $\leq 8,4$ mg/dl olması veya PTH düzeyinin 300 pg/ml'nin altına düşmesi halinde etelkalsetid tedavisi sonlandırılır.

(3) Etelkalsetid yalnızca hemodiyaliz hastalarına yukarıda belirtilen koşullarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli sağlık raporuna istinaden nefroloji veya diyaliz sertifikalı uzman hekimi tarafından en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

YENİ EKLENİ

	(4) En fazla 3 ay öncesine ait albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi ve PTH düzeyi sonuçları her reçetede veya raporda belirtilir. (5) Etelkalsetid etken maddeli ilacın yalnızca; hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek hastalığı olan yetişkin hastalardaki sekonder hiperparatiroidizmin tedavisinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. (6) Etelkalsetid etken maddeli ilacın; paratiroid karsinomu ve primer hiperparatiroidizmin endikasyonlarında ya da hemodiyaliz tedavisi görmeyen kronik böbrek hastalığı olan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. (7) Cinacalcet ve etelkalsetid etken maddeli ilaçların birlikte kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.
4.2.10.E- Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları (1) Mukopolisakkaridoz tip III, IV ve VII, wolman hastalığı ve kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji veya nöroloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilecektir. (2) Mukopolisakkaridoz Tip IV A (Morque A Sendromu) hastalığının tedavisinde; Periferik kandan veya dokudan enzim (N-asetilgalaktozamin 6-sülfataz) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş hastalardan; 60 ay ve üzeri desteksiz yürüyebilen hastalarda; tanıya esas kriter/kriterlerin ve 6 dakika yürüme testi sonuçlarının belirtildiği, 60 ay altı hastalarda ise tanıya esas kriter/kriterlerin belirtildiği üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında düzenlenen en az bir çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk endokrinolojisi	4.2.10.E- Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları (1) Mukopolisakkaridoz tip III, IV ve VII, wolman hastalığı ve kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji veya nöroloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilecektir. (2) Mukopolisakkaridoz Tip IV A (Morque A Sendromu) hastalığının tedavisinde; Periferik kandan veya dokudan enzim (N-asetilgalaktozamin 6-sülfataz) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş hastalardan; 60 ay ve üzeri desteksiz yürüyebilen hastalarda; tanıya esas kriter/kriterlerin ve 6 dakika yürüme testi sonuçlarının belirtildiği, 60 ay altı hastalarda ise tanıya esas kriter/kriterlerin belirtildiği üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında düzenlenen en az bir çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk endokrinolojisi

ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, göğüs hastalıkları, ortopedi ve nöroloji uzmanı tarafından reçete edilir.	ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, göğüs hastalıkları, ortopedi ve nöroloji uzmanı tarafından reçete edilir. (3) Mukopolisakkaridoz tip VII tedavisinde vestronidase alfa kullanımı; enzimatik (beta glucuronidase) ve genetik (GUSB geni) olarak MPS Tip7 tanısını kesin olarak almış olan hastalara, üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna istinaden "Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu" tarafından verilecek "İlaç Kullanım Onayı" ile üçüncü basamak sağlık kurumlarında adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kuruma karşılanır.
4.2.12.B-Spesifik olmayan /gamma /polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immunglobulinler) (1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için; f) Kronik İnflamatuvar Polinöropati (CIPN) ve Multifokal Motor Nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından;	4.2.12.B-Spesifik olmayan /gamma /polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immunglobulinler) (1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için; f) Kronik İnflamatuvar Polinöropati ve Multifokal Motor Nöropati endikasyonlarında; g) Kronik İnflamatuvar Polinöropati endikasyonunda steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında 2-5 ardışık günde bölünmüş dozlarda en fazla 2 g/kg/gün yükleme dozunda, yükleme dozuna yanıt alınamaması durumunda 3 haftada bir 1 g/kg total dozda 1 veya 2 günde verilir ve 2 ay sonunda yanıt alınmazsa tedavi sonlandırılır. Başlangıç tedavisine yanıt alınması halinde 3 haftada bir 0,4-1 g/kg total doz 1-2 günde uygulanır. 2) Multifokal Motor Nöropati endikasyonunda ardışık günde bölünmüş dozlarda en fazla 2g/kg/gün yükleme dozunda, yükleme tedavisine yanıt alınması durumunda 2-4 haftada bir en fazla 1g/kg/gün veya 4-8 haftada bir en fazla 2g/kg/gün idame dozunda uygulanır.

	3) Kronik İnflamatuvar Polinöropati ve Multifokal Motor Nöropati endikasyonlarında yukarıda tanımlanan koşullarda nöroloji uzman hekimleri tarafından,
4.2.14.B- Tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlar (1) Amifostin, anastrozol, bikalutamid, buserelin, dosetaksel, eksemestan, filgrastim, flutamid, gemesitabin, goserelin, ibandronik asit, interferon alfa 2a-2b, irinotekan, kapesitabin, klodronat, lenograstim, letrozol, löprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, oksaliplatin, paklitaksel, pamidronat, siproteron asetat, tegafur-urasil, topotekan, triptorelin asetat, vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları, kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjekteabl form ile başlanması şartıyla kullanılır) zolendronik asit, pegfilgrastim, lipegfilgrastim.	4.2.14.B- Tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlar (1) Amifostin, anastrozol, bikalutamid, buserelin, dosetaksel, eksemestan, flutamid, gemesitabin, goserelin, ibandronik asit, interferon alfa 2a-2b, irinotekan, kapesitabin, klodronat, letrozol, löprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, oksaliplatin, paklitaksel, pamidronat, siproteron asetat, tegafur-urasil, topotekan, triptorelin asetat, vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları, kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjekteabl form ile başlanması şartıyla kullanılır) zolendronik asit. (2) Filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim ve lipegfilgrastim; en az bir hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji, tıbbi onkoloji, iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla birer aylık sürelerde reçete edilmesi halinde bedelleri kurumca karşılanır. Lenograstim etkin maddeli ilacın günde 4 flakona kadar kullanımı yalnızca periferik kan progenitor hücrelerinin mobilizasyonu işleminde mümkündür.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarına, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır. ç) Fulvestrant; 1) Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır. ç) Fulvestrant; 1) Hormon reseptörü pozitif ve endokrin tedavi [tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozol, eksemestan

~~kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.~~

~~2) Doğal veya yapay postmenopozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden (tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozole, exemestane, letrozole)) sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.~~

veya letrozol)] sırasında veya sonrasında nüks gelişen postmenopozal (doğal veya yapay yollarla) lokal ileri veya metastatik meme kanseri olan hastalarda, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

2) Östrojen Reseptörü en az %10 pozitif ve İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü 2 (HER- 2) negatif, postmenopozal nüks/metastatik meme kanseri olan hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde aşağıda yer alan kriterler çerçevesinde Kurumca bedelleri karşılanır.

a. Nüks/metastatik meme kanseri tedavisi için birinci sıra aromataz inhibitörü tedavisini 6 aydan daha uzun süre kullandıktan sonra klinik ve/veya radyolojik hastalık progresyonu varlığında ribosiklib veya palbosiklib ile kombine olarak kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Daha önce fulvestrant tedavisi almış veya adjuvan aromataz inhibitörü tedavisinin ilk 12 ayı içinde relaps yapan veya metastatik hastalık için bir sıradan daha fazla aromataz inhibitörü almış hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.

b. Adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi devam ederken (en az 12 ay tedavi almış olmak şartıyla) ya da bu tedavi tamamlandıktan sonraki 12 ay içinde nüks/metastaz görülen hastalarda ribosiklib veya palbosiklib ile kombine olarak kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Daha önce fulvestrant tedavisi almış veya adjuvan aromataz inhibitörü tedavisinin ilk 12 ayı içinde relaps yapan veya metastatik hastalık için bir sıradan daha fazla aromataz inhibitörü almış hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.

c. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

1) Dasatinib, bosutinib ve nilotinib

a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde;

7) Bosutinib; ~~daha önce en az ilk 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 hastaların ikinci basamak tedavide~~ bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde beşelleri Kurumca karşılanır. ~~Direnç veya intolerans gelişmesi durumu yukarıda yer alan esaslara göre uygulanır.~~

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

z) Dabrafenib, ~~dabrafenib+trametinib, vemurafenib, vemurafenib+kobimetinib;~~

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

1) Dasatinib, bosutinib ve nilotinib

a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde;

7) Bosutinib; ~~imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere (yukarıdaki 4 ve 5. maddede belirtilen koşullarda)~~ kronik faz (KF), akselere faz (AF) veya blastik faz (BF) Philadelphia kromozomu pozitif (PH+) kronik miyeloid lösemisi olan yetişkin hastaların tedavisinde; bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca beşelleri karşılanır.

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

z) Dabrafenib, trametinib, vemurafenib ve kobimetinib;

~~1) Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış ve ECOG performans skoru 0 veya 1 olan ve BRAF V600 mutasyonu pozitif olan aşağıda belirtilen hasta gruplarında tek ajan (dabrafenib+trametinib kombine tedavisi ile vemurafenib+kobimetinib kombine tedavisi tek ajan olarak kabul edilecektir.) olarak progresyona kadar kullanılabilir.~~

~~a) Lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadığı relaps malign melanom~~

~~b) Metastatik malign melanom~~

~~2) Progresyon sonrası tek ajan olarak veya başka tedavilerle kombinasyon şeklinde kullanılmaz.~~

~~3) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı ve yukarıdaki durumların belirtildiği en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.~~

~~4) Bu ilaçlar ardışık ya da kombine olarak (dabrafenib+trametinib kombine tedavisi ile vemurafenib+kobimetinib kombine tedavisi hariç) kullanılmaz.~~

1) Dabrafenib;

a) Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış, ECOG performans skoru 0 veya 1 olan, BRAF V600 mutasyonu pozitif, lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadığı relaps malign melanom/metastatik malign melanom hastalarında progresyona kadar; tek ajan olarak veya trametinib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

b) BRAF V600 E mutasyonu pozitif Evre III malign melanomu olan hastaların tam rezeksiyonu takiben adjuvan tedavisinde progresyona kadar en fazla 12 ay süreyle; trametinib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

2) Trametinib;

a) Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış, ECOG performans skoru 0 veya 1 olan, BRAF V600 mutasyonu pozitif, lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadığı relaps malign melanom/metastatik malign melanom hastalarında progresyona kadar; dabrafenib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

b) BRAF V600 E mutasyonu pozitif Evre III malign melanomu olan hastaların tam rezeksiyonu takiben adjuvan tedavisinde progresyona kadar en fazla 12 ay süreyle; dabrafenib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

	3) Kobimetinib; daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış, ECOG performans skoru 0 veya 1 olan, BRAF V600 mutasyonu pozitif, lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılamadığı relaps malign melanom/metastatik malign melanom hastalarında progresyona kadar; vemurafenib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. 4) Vemurafenib; daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış, ECOG performans skoru 0 veya 1 olan, BRAF V600 mutasyonu pozitif, lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılamadığı relaps malign melanom/metastatik malign melanom hastalarında progresyona kadar; tek ajan olarak veya kobimetinib ile kombine kullanılması ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. 5) Dabrafenib, trametinib, vemurafenib ve kobimetinib etken maddeli ilaçların andıkk olarak kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. Dabrafenib, trametinib, vemurafenib ve kobimetinib etken maddeli ilaçların kombine kullanımı ise yukarıda tanımlandığı şekilde mümkün olursa bunun dışında kombine kullanımları halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkra da belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır. bb) Krizotinib;	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkra da belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır. bb) Krizotinib;

3) Alektinib veya seritinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.	3) Alektinib, brigatinib, lorlatinib veya seritinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır. şş) Seritinib; 3) Seritinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib veya alektinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır. şş) Seritinib; 3) Seritinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib, brigatinib veya alektinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır. tt) Alektinib; 3) Alektinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib veya seritinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır. tt) Alektinib; 3) Alektinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib, brigatinib veya seritinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu,	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkrafta belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu,

varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

ğğğ) Lorlatinib;

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarda doğrulanmış, daha önce krizotinib, alektinib veya seritinib etken maddelerinden en az biri ile tedavi edilmesi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığının belirtilmesi gerekmektedir.

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

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(3) Bu fıkra da belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

ğğğ) Lorlatinib;

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarda doğrulanmış, daha önce krizotinib, alektinib, **brigatinib** veya seritinib etken maddelerinden en az biri ile tedavi edilmesi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığının belirtilmesi gerekmektedir.

3) Lorlatinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib, alektinib, **brigatinib** veya seritinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(3) Bu fıkra da belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

ıııı) Brigatinib;

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

2) Daha önce krizotinib ile tedavi edilmiş ve sonrasında progresyon gelişmiş Anaplastik

	Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarında doğrulanmış metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 3) Brigatinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib, alektinib veya setinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. 4) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığının belirtilmesi gerekmektedir. iii) Doksorubisin beta; 1) Uluslararası Nöroblastom Risk Grup Eyleme Sistemi (IRGSS)’ne göre yüksek risk grubuna giren 1 yaş ve üzeri nöroblastom tanımlı hastalarda idame tedavileri veya relaps/refrakter hastalık durumunda; a) Konyansiyonel kemoterapide indüksiyon tedavisi kürlerinin bitiminde (kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi sonrası) tam remisyona veya çok iyi kısmi remisyona sağlandıktan sonra idame tedavisi amaçlı ve eş zamanlı olarak, b) Ototolog kök hücre sonrası tam remisyona veya çok iyi kısmi remisyona sağlandıktan sonra idame tedavisi amaçlı ve eş zamanlı olarak, c) İlk tedavisi sonu (first-line tedavi) remisyona sağlandıktan sonra hastalığı tekrarlanmış olanlarda (relaps hastalarda) farklı kemoterapi protokolü ile birlikte, ç) İlk tanıdan itibaren rezistans gösteren ya da progresyon gösteren hastalarda [en az iki kür sonrası minimum parsiyel remisyona (%50-90) sağlanamayan olgularda] farklı kemoterapi protokolü ile birlikte, yukarıdaki kriterlerden herhangi birinin bulunması durumunda kullanılması halinde, 2) Sadece üçüncü basamak sağlık kurumlarında kullanılması halinde, 3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında hazırlanacak en az bir çocuk onkoloji
---	--

	uzmanının imzası bulunan sağlık kurulu raporuna istinaden sadece çocuk hematoloji onkoloji ve/veya çocuk onkoloji uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde, bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı (3) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler) yukarıda belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık; a) 0-12 ay için 46,50 (kırkaltı virgül elli) TL, b) 1-5 yaş için 90 (doksan) TL, c) 5-15 yaş için 116,25 (yüz on altı virgül yirmibeş) TL, ç) 15 yaş üstü için 120 (yüz yirmi) TL, tutar ödenir.	4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı (3) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler) yukarıda belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık; a) 0-12 ay için 58,12 (elli sekiz virgül on iki) TL, b) 1-5 yaş için 112,50 (yüz on iki virgül elli) TL, c) 5-15 yaş için 143,31 (yüz kırk beş virgül otuz bir) TL, ç) 15 yaş üstü için 150 (yüz elli) TL, tutar ödenir.
4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı (6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık; a) 0-5 yaş için 78,75 (yetmişsekiz virgül yetmişbeş) TL, b) 5-15 yaş için 120 (yüzyirmi) TL, c) 15 yaş üstü için 108,75 (yüzsekiz virgül yetmişbeş) TL, tutar ödenir.	4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı (6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık; a) 0-5 yaş için 98,43 (doksan sekiz virgül kırk üç) TL, b) 5-15 yaş için 150 (yüz elli) TL, c) 15 yaş üstü için 135,93 (yüz otuz beş virgül doksan üç) TL, tutar ödenir.

4.2.24.C - Alerjik rinit (mevsimsel, yıl boyu devam eden (pereniyal), birlikte seyreden astım dahil) tedavisinde;

(2) ~~Azelastin hidroklorür ve flutikazon propiyonat kombine preparatları; 12 yaş ve üzeri hastalarda orta ila şiddetli mevsimsel ve pereniyal alerjik rinit semptomlarının giderilmesinde, intranazal antihistaminik veya glukokortikoid monoterapisinin yeterli olmadığı durumlarda bu durumun belirtildiği alerji ve immünoloji, kulak burun boğaz, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.~~

4.2.24.C - Alerjik rinit (mevsimsel, yıl boyu devam eden (pereniyal), birlikte seyreden astım dahil) tedavisinde;

(2) Mevsimsel ve pereniyal alerjik rinit semptomlarının giderilmesinde intranazal antihistaminik veya glukokortikoid monoterapilerinin yeterli olmadığı durumlarda; azelastin hidroklorür ve flutikazon propiyonat etken maddelerini içeren sabit doz kombine preparatları 12 yaş ve üzeri hastalarda alerji ve immünoloji, kulak burun boğaz, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(3) Mevsimsel ve pereniyal alerjik rinit semptomlarının giderilmesinde intranazal antihistaminik veya glukokortikoid monoterapilerinin yeterli olmadığı durumlarda; mono intranazal kortikosteroid ve mono intranazal antihistaminik ilaçların birlikte kullanımı alerji ve immünoloji, kulak burun boğaz, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları uzman hekimlerince birlikte reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

4.2.27.D.1- İmmün trombositopenik purpura endikasyonunda eltrombopag kullanımı ilkeleri

(1) Diğer tedavilere (kortikosterooid ve immünoglobulinler ve splenektomiye) dirençli ya da kortikosterooid ve immünoglobulinlere dirençli ve splenektominin kontrendike olduğu/yapılamadığı ya da splenektomi sonrası nüks eden durumlarda, 1 yaşından itibaren trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı kronik immün trombositopenik purpura hastalarında tedaviye başlanır.

(2) 1-5 yaş arası pediyatrik popülasyonda başlangıç dozu günde bir kez 25 mg, 6-17 yaş arası pediyatrik popülasyon ile erişkin popülasyonda başlangıç dozu günde bir kez alınan 50 mg'dır. 2 haftalık tedaviye rağmen trombosit sayısının 50.000'in altında olması durumunda doz 75 mg'a çıkarılabilir. Trombosit sayısının 150.000'i aşması durumunda günlük tedavi dozu 25 mg

4.2.27.D.1- İmmün trombositopenik purpura endikasyonunda eltrombopag kullanımı ilkeleri

(1) Diğer tedavilere (kortikosterooid ve immünoglobulinler ve splenektomiye) dirençli ya da kortikosterooid ve immünoglobulinlere dirençli ve splenektominin kontrendike olduğu/yapılamadığı ya da splenektomi sonrası nüks eden durumlarda, 1 yaşından itibaren trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı kronik immün trombositopenik purpura hastalarında tedaviye başlanır.

(2) 1-5 yaş arası pediyatrik popülasyonda başlangıç dozu günde bir kez 25 mg, 6-17 yaş arası pediyatrik popülasyon ile erişkin popülasyonda başlangıç dozu günde bir kez alınan 50 mg'dır. 2 haftalık tedaviye rağmen trombosit sayısının 50.000'in altında olması durumunda doz 75 mg'a çıkarılabilir. Trombosit sayısının 150.000'i aşması durumunda günlük tedavi dozu 25 mg

basamaklarla azaltılmalıdır. Her doz değişikliğinde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir. (3) Trombosit sayısının 250.000 üzerine çıkması veya günlük 75 mg'lık tedavi dozuna rağmen 4 haftalık tedavi sonrası trombosit sayısının 30.000' in altında kalması durumunda tedavi sonlandırılır. (4) Trombosit sayısı 250.000' i aştığı için tedavisi kesilen vakalarda trombosit sayısı 100.000 ve altına düştüğünde 25 mg'lık günlük doz ile tedaviye yeniden başlanır. (5) Bu durumların belirtildiği, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri ve ayrıca tedaviye başlangıç kriterleri ve başlangıç tarihi belirtilir.	basamaklarla azaltılmalıdır. Trombosit sayısının>150.000/mikrolitre ila ≤250.000/mikrolitre olması durumunda günde bir kez 25 mg eltrombopag kullanan hastalarda doz azaltımı için günde bir kez 12,5 mg dozu ya da alternatif olarak günde bir kez 25 mg dozu kullanılabilir. Her doz değişikliğinde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir. (3) Trombosit sayısının 250.000 üzerine çıkması veya günlük 75 mg'lık tedavi dozuna rağmen 4 haftalık tedavi sonrası trombosit sayısının 30.000' in altında kalması durumunda tedavi sonlandırılır. (4) Trombosit sayısı 250.000' i aştığı için tedavisi kesilen vakalarda trombosit sayısı 100.000 ve altına düştüğünde 25 mg'lık günlük doz ile tedaviye yeniden başlanır. (5) Bu durumların belirtildiği, hematoloji veya çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimi tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri ve ayrıca tedaviye başlangıç kriterleri ve başlangıç tarihi belirtilir.
4.2.28.C-Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dahil)	4.2.28.C-Ezetimib içeren mono/kombine ürünler, safra asidi tutucular ve ezetimib içeren mono/kombine ürünler ile safra asidi tutucuların statinler ile birlikte kullanımı (3) Safra asidi tutucu ilaçların Tip-2 diyabetes mellitus tedavisinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.
4.2.33.D- Göz hastalılarının tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar (2) Kuru göz sendromunda kullanılan suni gözyaşları, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek 6 (altı) ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.	4.2.33.D- Göz hastalıkları tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar (2) Keratitis sicca (kuru göz sendromu) veya kerato konjunktivitis sicca tedavisinde kullanılan suni gözyaşlarının, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce etkilenen göze günde en fazla 7 damlaya kadar reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

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.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, iç hastalıkları 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.
4.2.60- Sodium benzoate kullanım ilkeleri (3) Lizinurik protein intoleransı endikasyonunda, bedelleri Kurumca karşılanır.	4.2.60- Sodium benzoate kullanım ilkeleri (3) Lizinurik protein intoleransı ve/veya Non-ketotik hiperglisinemi (glisin metabolizması bozuklukları/glisin encefalopatisi) endikasyonunda, bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2- Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler	4.2- Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler 4.2.63-Trientin hidroklorür kullanım ilkeleri (1) Enfeksiyona bağlı olmayan ateş, lenfadenopati, proteinüri, ciltte döküntü, lupus benzeri etkiler, kemik iliği baskılanmasıyla oluşan yan etkiler (anemi, nötropeni veya trombositopeni), nörolojik semptomlarda kötüleşme durumlarından bir veya birkaçını göstererek D-Penisilamin etken maddeli ilacı tolere edemeyen Wilson hastalarının tedavisinde, en az biri gastroenteroloji uzman hekimi olmak kaydıyla; gastroenteroloji ve/veya nöroloji uzman hekimlerinin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

	4.2.64-Wilson hastalığında D-penicillamine kullanım ilkeleri (1) Wilson hastalığı tanılı hastaların tedavisinde, üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji, çocuk nörolojisi, gastroenteroloji, çocuk gastroenterolojisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen sağlık raporuna istinaden, tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları (1) Depocuya satış fiyatı 6,88 (altı virgül seksen sekiz) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (2) Depocuya satış fiyatı 6,89 (altı virgül seksen dokuz) 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) 20 yıllık ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 6,89 (altı virgül seksen dokuz) TL (dahil) ile 13,17 (on üç virgül on yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). b) Depocuya satış fiyatı 13,18 (on üç virgül on sekiz) TL (dahil) ile 49,84 (on dokuz virgül seksen dört) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 49,85 (on dokuz virgül seksen beş) 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 49,85 (on dokuz virgül seksen beş) TL ve üzerinde olan,	4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları (1) Depocuya satış fiyatı 8,25 (sekiz virgül yirmi beş) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (2) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgül yirmi altı) 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) 20 yıllık ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgül yirmi altı) TL (dahil) ile 15,80 (on beş virgül seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). b) Depocuya satış fiyatı 15,81 (on beş virgül seksen bir) TL (dahil) ile 23,80 (yirmi üç virgül seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgül seksen 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 23,81 (yirmi üç virgül seksen 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).

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~6,89 (altı virgül seksen dokuz)~~ TL (dahil) ile ~~13,17 (on üç virgül on yedi)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı ~~13,18 (on üç virgül on sekiz)~~ TL (dahil) ile ~~19,84 (on dokuz virgül seksen dört)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~19,85 (on dokuz virgül seksen beş)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı ~~4,89 (altı virgül seksen dokuz)~~ TL (dahil) ile ~~13,17 (on üç virgül on yedi)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı ~~13,18 (on üç virgül on sekiz)~~ TL (dahil) ile ~~19,84 (on dokuz virgül seksen dört)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~19,85 (on dokuz virgül seksen beş)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satış fiyatı ~~6,89 (altı virgül seksen dokuz)~~ TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı ~~6,89 (altı virgül seksen dokuz)~~ TL (dahil) ile ~~13,17 (on üç virgül on yedi)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgül yirmi altı) TL (dahil) ile 15,80 (on beş virgül seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 15,81 (on beş virgül seksen bir) TL (dahil) ile 23,80 (yirmi üç virgül seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgül seksen bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgül yirmi altı) TL (dahil) ile 15,80 (on beş virgül seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 15,81 (on beş virgül seksen bir) TL (dahil) ile 23,80 (yirmi üç virgül seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgül seksen bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgül yirmi altı) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı 8,26 (sekiz virgül yirmi altı) TL (dahil) ile 15,80 (on beş virgül seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 13,18 (on üç virgül on sekiz) TL (dahil) ile 19,84 (on dokuz virgül seksen dört) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 19,85 (on dokuz virgül seksen beş) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).	b) Depocuya satış fiyatı 15,81 (on beş virgül seksen bir) TL (dahil) ile 23,80 (yirmi üç virgül seksen) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 23,81 (yirmi üç virgül seksen bir) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).
EK-4/D HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇLAR LİSTESİ	
	2. Kanser (C00- C97) (D00--D48) C
YENİ EKLENDİ	2.21. Dinutuksimab beta
	2.22. Koloni stimüle edici faktörler*
4.8.3. Beşineler (Kolestramin)*	4.8.3. Safra asidi tutucular*
6.6.3. Trientine hidrokloride	6.6.3. Trientin hidroklorür
YENİ EKLENDİ	7.3.2. Hiperparatiroidi (E21.0-E21.3)
	7.3.2.4. Etelkalseid*
YENİ EKLENDİ	7. Endokrin sistem hastalıkları
	7.11. Yavaş Fetal Büyüme ve Fetal Malnütrisyon (P05)
	P05 Yavaş fetal büyüme ve fetal malnütrisyon
	P05.0 Hamilelik yaşına göre hafif fetus
	P05.1 Hamilelik yaşına göre küçük fetus
	P05.2 Hamilelik yaşına göre hafif veya küçük olmaksızın fetal malnütrisyon
	P05.9 Yavaş fetal büyüme, tanımlanmamış
	7.11.1. Büyüme hormonu*
YENİ EKLENDİ	8. Kan hastalıkları
	8.2.18. Koloni stimüle edici faktörler*
YENİ EKLENDİ	9. Konnektif doku hastalıkları
	9.2.30. Barisitinib* (yalnızca 9.1.5. maddede tanımlı ICD-10 kodlarında)
15.4.1.15. Sodium benzoate (Sadece E72.2 ICD kodu kullanılarak üre siklus metabolizması bozuklukları tanısında muaftır)	15.4.1.15. Sodium benzoate (Sadece E72.2 ICD kodu kullanılarak üre siklus metabolizması bozuklukları ve Nonketotik hiperglisinemi, glisin metabolizması bozuklukları/glisin ensefalopatisi endikasyonu tanısında muaftır)

YENİ EKLENDİ	15.4.1. Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrisyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar (G.71.0) (K52.2) (T78.1) (K91.2) (E70-E72) (E74-E77) (E79-E80) (E88.0) (E88.2) (E88.8) (E88.9) 15.4.1.17. Vestronidase alfa* (Yalnızca E76.2 Diğer mukopolisakkaridozlar ICD-10 kodunda Mukopolisakkaridoz Tip VII tanısında mıdır.)
YENİ EKLENDİ	15. Diğer hastalıklar 15.20. İnterstisyel sistit (kronik) (N30.1) İnterstisyel sistit (kronik) N30.1 15.20.1. Pentosan Polisülfat Sodyum*
EK-4/E Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçetelene Kuralları Listesi	
YENİ EKLENDİ	1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER 3. Kuşak Sefalosporinler Seftazidim pentahidrat ve Avibaktam sodyum 6.1 Komplike intraabdominal enfeksiyon, piyelonefrit dahil komplike idrar yolu enfeksiyonu veya ventilatör ile ilişkili pnömoni dahil hastanede kazanılmış pnömoni tedavisinde; karbapenem, aminoglikozid ve 3 üncü kuşak diğer sefalosporinlere dirençli ve seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisine duyarlı olduğu in-vitro olarak ispatlanmış hastalarda enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen sağlık

			raporuna istinaden ikinci ve/veya üçüncü basamak yoğun bakım tedavilerinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.
13- DİĞERLERİ 2-Glukagon UH-P (Glukagonun günlük 3 ve üzeri uygulanmasının gerekmesi durumunda hastanın iç hastalıkları uzman hekimlerince hastaneye yatırılarak insülin dozunun ayarlanması ve belirlenen günlük uygulama sayısının 3 ve üzerinde olması durumunun devam etmesi halinde en az bir iç hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi koşulu ile bedeli Kurumca karşılanır.)	13- DİĞERLERİ 2-Glukagon Glukagonun; yalnızca insülin kullanan hastalarda günlük en fazla 1 mg dozunda kullanılması ve iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Günlük 1 mg dozun üzerinde kullanılması gereken durumlarda; iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden en fazla 1 aylık dozda tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.		
3- Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin, Serenoa repens standardize lipofilik ekstre, Doksazosin, Silodosin (Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda) UH-P	3- Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Hipertansiyonun eşlik ettiği benign prostat hiperplazisi endikasyonunda kombine kullanılmaması koşulu aranmaz.		
4-Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.	4-Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.		
	4.1.-Serenoa repens standardize lipofilik ekstre		

	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin, finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.
EK-4/F Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi	
14. Koloni stimüle eden faktörler (Granülosit, Makrofaj, Filgrastim, Lenograstim, Pegfilgrastim Lipegfilgrastim) (Lenograstim, günde 4 Flakona kadar kullanımı ancak “periferik kan progenitor hücrelerinin mobilizasyonu” endikasyonunda)	14. Koloni stimüle eden faktörler (SUT'un 4.2.14. B numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)
28. Sani gözyaşı; (Göz hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)	KALDIRILDI.
45. Solifenasin, Tolterodine-L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin, Mirabegron, Transdermal Oksibutin; oral oksibutinine yanıt alamamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz; uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. Duloksetin, erişkin kadınlarda orta dereceli ve şiddetli Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)'in tedavisinde ve Stres Üriner İnkontinans baskın olduğu Mikst Üriner İnkontinans (sıkışma ve stres üriner inkontinansın birlikteliği) tedavisinde uzman hekimlerce raporsuz; uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.	45. Solifenasin, tolterodine-L, trospiyum, darifenasin, propiverin, fesoterodin, mirabegron, transdermal oksibutin; oral oksibutinine yanıt alamamayan ya da tolere edemeyen hastalarda nöroloji, üroloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Duloksetin, erişkin kadınlarda orta dereceli ve şiddetli stres üriner inkontinansın tedavisinde ve stres üriner inkontinansın baskın olduğu mikst üriner inkontinans (sıkışma ve stres ürineri inkontinansın birlikteliği) tedavisinde nöroloji, üroloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Solifenasin, tolterodine-L, trospiyum, darifenasin, propiverin, fesoterodin, transdermal oksibutin ve oral oksibutin etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.
7. 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	7. 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.	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 kardiyoloji veya nöroloji uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 2 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden kardiyoloji veya nöroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
EK-4/G Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi	
4. Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem, Doripenem, Sulbaktam, Kolistimetat Sefuroksim sodyum intrakameral enjeksiyonluk çözelti Fosfomisin (parenteral formları) Polimiksin B (parenteral formları) ve Daptomisin	4. Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem, Doripenem, Sulbaktam, Kolistimetat Sefuroksim sodyum intrakameral enjeksiyonluk çözelti Fosfomisin (parenteral formları) Polimiksin B (parenteral formları), Siprofloksasin (parenteral formları), Levofloksasin (parenteral formları), Ofloksasin (parenteral formları), Moksifloksasin (parenteral formları) ve Daptomisin
5. Sefotaksim, Sefoperazon, Sefaperazon, Sulbaktam, Sefotaksim, Sefiazidim, Seftizoksım, Siprofloksasin Parenteral, Levfloksasin Parenteral, Ofloksasin Parenteral, Moksifloksasin Parenteral, Teikoplanin (EHU APATTA K3), Gansiklovir Parenteral (Kanser Hastalarında, Tüberküloz Hastalarında, Bronşektazide, Pnömonide, Diyaliz tedavisi gören ve Kronik Böbrek Hastalarında, Nefrotik Sendromda, Osteomiyelitte, Tromboflebite, Kistik Fibroziste, Antibiyotik kullanımı gereken immün bozukluğu olan hastalarda, Kronik Karaciğer Hastalıklarında ve Diyabetli Hastalarda, bir aydan küçük yenidoğan bebeklerdeki enfeksiyonlarda, orbital selülitte; yatarak tedavide başlanan antibiyotiğin hastaneden çıkışta devamı gerektiğinde bu ilaçların antibiyotik tablosunda belirtilen şartlarda ayaktan verilebilecektir.)	5. Sefoperazon, Sefoperazon-Sulbaktam, Sefotaksim, Seftazidim, Seftizoksım, Teikoplanin ile parenteral formlarıyla sınırlı olmak üzere Gansiklovir eken maddeli ilaçların; kanser, tüberküloz, bronşektazi, pnömoni, diyaliz tedavisi gören kronik böbrek hastalığı, nefrotik sendrom, osteomiyelit, tromboflebit, kistik fibrozis, antibiyotik kullanımı gereken immün bozukluklar, kronik karaciğer hastalıkları, diyabet, bir aydan küçük yeni doğan bebeklerdeki enfeksiyonlar, orbital selülit, solid organ nakli, kemik iliği nakli tanılarıyla yatarak tedavide başlanan parenteral antibiyotiğin taburculuk sonrası devamı gereken hallerde bu ilaçların antibiyotik tablosunda belirtilen şartlarda ayakta tedavilerde 10 gün süreyle kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.
	5.1. Seftazidim pentahidrat ve Avibaktam sodyum kombinasyonu

Aynı Tebliğ eki;

- “Eksternal Alt ve Üst Ekstremit/Gövde Protez Ortezler (EK-3/C2)” listesi Ek-8’deki şekilde,
- “Diğer Protez Ortezler (EK-3/C-3)” listesi Ek-9’deki şekilde,
- “Tıbbi Sarf Malzemeler (EK-3/C-4)” listesi Ek-10’deki şekilde,

değiştirilmiştir.

Bu Tebliğin;

- a) 3 üncü maddesi 24/11/2020 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 24 üncü maddesi 20/2/2021 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- c) 25 inci maddesinin (dd) ve (ee) bentlerinde düzenlenen ekli listelerde; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımı tarihinde, listeye giriş tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- ç) 25 inci maddesinin (ff) bendinde düzenlenen ekli listede fiyat değişiklik tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihte, diğer ilaçlar yayımı tarihinde,
- d) 4 ila 9 uncu maddeleri ile 12 nci, 22 nci, 30 uncu, 31 inci maddeleri, 25 inci maddesinin (c) bendinde yer alan “704210”, “704230”, “704233” SUT kodlu işlem satırları ile (ç) bendinde yer alan “P704210”, “P704230”, “P704233” SUT kodlu işlem satırları yayımı tarihinde,
- e) 1 inci maddesi ve bu maddenin (d) bendinde belirtilen SUT kodlu işlem satırları hariç olmak üzere, 25 inci maddesinin (a) ila (çç) bentlerinde düzenlenen ekli listeler 1/6/2021 tarihinde,
- f) Diğer maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra, yürürlüğe giren

