

25.08.2022 Tarihli SUT	16.03.2023 Tarihli SUT
MADDE 1	
1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları 1.4.5 - Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler	1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları KALDIRILDI
MADDE 2	
1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı (1) Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve dış hekimi muayenesinden katılım payı alınmayacaktır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve dış hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları aşağıda belirtilmiştir. d) Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde.....15 TL (3) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelere yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı; (5) SUT'un 1.7.1 maddesinde belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için; resmi sağlık hizmeti sunucuları, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularındaki ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerdeki muayenelerine ilişkin katılım payı sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilir.	1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı (1) Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve dış hekimi muayenesinden katılım payı alınmayacaktır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve dış hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları aşağıda belirtilmiştir. KALDIRILDI (3) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularınca yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı; (5) SUT'un 1.7.1 maddesinde belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için; resmi sağlık hizmeti sunucuları, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularındaki muayenelerine ilişkin katılım payı sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilir.
MADDE 8	
2.4.4.D-1 - Hemodiyaliz tedavileri (1) Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve diyaliz tedavisi alması gerektiği erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelendirilen diyaliz hastaları, bu	2.4.4.D-1 - Hemodiyaliz tedavileri (1) Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve diyaliz tedavisi alması gerektiği erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelendirilen diyaliz hastaları, bu

tedavilerini, SUT'ta belirlenen usul ve esaslara uyulmak suretiyle sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucularında veya "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" hükümlerine uygun olarak açılan Kurumla sözleşmeli özel diyaliz merkezlerinde yaptırabilirler. Hemodiyaliz raporları, hastanın bulunduğu ilde nefroloji uzmanı bulunmaması durumunda sertifikalı uzman tabip tarafından da düzenlenebilir. Daha önce düzenlenen ve düzenlendiği tarih itibarıyla uygulamada olan SUT'a uygun sağlık raporları geçerlidir. Akut böbrek yetmezliği tanısıyla yapılan diyaliz işlemlerinde hekim raporu aranmaz.	tedavilerini, SUT'ta belirlenen usul ve esaslara uyulmak suretiyle sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucularında veya "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" hükümlerine uygun olarak açılan Kurumla sözleşmeli özel diyaliz merkezlerinde yaptırabilirler. Hemodiyaliz raporları, hastanın bulunduğu ilde nefroloji uzmanı bulunmaması durumunda ç hastalıkları uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir. Daha önce düzenlenen ve düzenlendiği tarih itibarıyla uygulamada olan SUT'a uygun sağlık raporları geçerlidir. Akut böbrek yetmezliği tanısıyla yapılan diyaliz işlemlerinde hekim raporu aranmaz.
--	--

MADDE 13

2.4.4.İ-1-2 - IVF sağlık kurulu raporu (1) IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim verilen kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak resmî sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde, iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir.	2.4.4.İ-1-2 - IVF sağlık kurulu raporu (1) IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim verilen kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir.
--	---

MADDE 18

4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı (4) Bir ilacın Ülkemizde onaylanmış endikasyonu ve Kısa Ürün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanımı, Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür. a) Bir ilacın ülkemizde onaylanmış endikasyonu dışındaki her türlü kullanımı için Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı	4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı (4) Bir ilacın Ülkemizde onaylanmış endikasyonu ve Kısa Ürün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanımı, Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür. a) Bir ilacın ülkemizde onaylanmış endikasyonu dışındaki her türlü kullanımı için Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu"nda belirtilen esaslara
--	---

Kılavuzu”nda belirtilen esaslara da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için hasta bazında Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanımı onayı aranır.	da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için hasta bazında Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanımı onayı aranır. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ek Onay Alınmadan Kullanılabilecek Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzunda yapılan düzenlemelerin Sağlık Uygulama Tebliği maddeleri ile çelişmesi durumunda Sağlık Uygulama Tebliği hükümleri geçerlidir. Endikasyon Dışı İlaç Listesi Kullanımı Kılavuzunda bulunan ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları, kılavuzda yer aldığı uzmanlık dalında bulunan uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.
MADDE 19	
4.1.8 - Ayakta tedavide sağlık raporu ile verilebilecek ilaçlar (EK-4/F) (4) Periton diyalizi tedavisinde kullanılması zorunlu görülen diyaliz solüsyonu ve sarf malzemeleri, periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından ayakta tedavide de reçete edilebilir.	4.1.8 - Ayakta tedavide sağlık raporu ile verilebilecek ilaçlar (EK-4/F) (4) Periton diyalizi tedavisinde kullanılması zorunlu görülen diyaliz solüsyonu ve sarf malzemeleri, periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından ayakta tedavide de reçete edilebilir.
MADDE 20	
4.2.1.C–Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab, sekukinumab, iksekizumab, barisitinib, guselkumab, risankizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri	
4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar (7) Bu ilaçların intravenöz formları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurumunda uygulanır. Subkütan formlarının ilk dozları fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurum/kuruluşlarında hekim gözetiminde yapılır. Uygun enjeksiyon tekniği konusunda hastaya veya hasta yakınına eğitim verildikten sonra ilgili uzman hekim uygun gördüğü ve sağlık kurulu raporunda	4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar (7) Bu ilaçların intravenöz formları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurumunda uygulanır. Subkütan formlarının ilk dozları fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurum/kuruluşlarında hekim gözetiminde yapılır. Uygun enjeksiyon tekniği konusunda hastaya veya hasta yakınına eğitim verildikten sonra ilgili uzman hekim

“Mahallinde tedavisi sürdürülebilir” ibaresine yer verdiği takdirde hastane dışında uygulanmak üzere üç aylık dozlar halinde reçete edilebilir.	uygun gördüğü ve sağlık kurulu raporunda “Mahallinde tedavisi sürdürülebilir” ibaresine yer verdiği takdirde hastane dışında uygulanmak üzere 12 (on iki) haftalık dozlar halinde reçete edilebilir.
4.2.1.C-2 – Rituksimab YENİ EKLENDİ	4.2.1.C-2 – Rituksimab (3) Orta ila şiddetli pemfigus vulgarisli hastalarda: a) Pemfigus Hastalığı Alan İndeksi (PDAİ)>15 olan ve sistemik steroid ve/veya immunsupresan ile en az 1 aylık tedaviyi takiben yeni lezyon çıkışı varsa ya da iyileşme sağlanamıyorsa hastaya rituksimab tedavisi başlanabilir. b) Pemfigus Vulgaris tedavisi için önerilen ilk rituksimab dozu 1000mg’dır. IV infüzyon olarak uygulanır, ardından 2 hafta sonra glukokortikoidlerin azaltıcı seyri ile kombinasyon halinde ikinci bir 1000 mg IV infüzyonu yapılır. Tedaviyi takiben yapılan yanıt değerlendirmesinde hastada yeni lezyon çıkışı varsa ya da iyileşme sağlanamıyorsa rituksimab tedavisi sonlandırılır. c) Yanıt alınan hastalarda, tedavinin devamında 500 mg IV idame infüzyonu 12. ve 18. aylarda ve daha sonra gerekirse klinik değerlendirmeye göre yanıt alınan hastalarda 6 ayda bir uygulanabilir. ç) Nüks gelişmesi durumunda hastalara 16 haftadan daha erken olmamak kaydıyla 1000 mg rituksimab daha verilebilir. d) İlacın üçüncü basamak sağlık kurumlarında, dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Raporlarda hastanın PDAİ skorunun ve yanıt değerlendirmesi sonucu yeni lezyon çıkışının olmadığı ve mevcut lezyonlarda küçülme olduğunun belirtilmesi gerekmektedir.

4.2.1.C-4 - Ustekinumab (2) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı üçer ay süre ile uygun dozda kullanmış ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) aktif psöriatik artritli yetişkin hastaların tedavisine en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. a) Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede yeterli cevap alınması halinde (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınması), bu durumun belirtildiği 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile tedaviye devam edilir. Yanıt alınamaması halinde tedavi sonlandırılır. b) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.	4.2.1.C-4 - Ustekinumab (2) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı üçer ay süre ile uygun dozda kullanmış ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) aktif psöriatik artritli yetişkin hastaların tedavisine en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. a) Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede yeterli cevap alınması halinde (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınması), bu durumun belirtildiği 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile tedaviye devam edilir. Yanıt alınamaması halinde tedavi sonlandırılır. b) Bu durumların belirtildiği romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
4.2.1.C-6 –Tofacitinib (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.	4.2.1.C-6 –Tofacitinib (2) Romatoid artritli erişkin hastalarda: 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. (3) Tofacitinibin psöriatik artritli erişkin hastalarda kullanımı: a) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı 3'er ay süre ile uygun

YENİ EKLENDİ

dozda kullanmış ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süre ile kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesini kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) veya en az bir anti-TNF ajanına intolerans olması durumunda aktif psoriatik artritli hastalarda bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) 12 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda yapılan değerlendirmede psöriatik artrit yanıt kriterlerini (PSARC) göre yeterli cevap alındığının yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Yanıt alınmaması halinde tedavi sonlandırılır.

c) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

4) Tofacitinibin aktif ankilozan spondilitli erişkin hastalarda kullanımı;

a) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda: bir veya daha fazla anti-TNF ajanı kullanımına yetersiz cevap olması veya intolerans olması durumunda; bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile Tofacitinib tedavisine başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 12 hafta sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (BASDAI'de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.

b) Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda: bir veya daha fazla anti-TNF ajanı kullanımına yetersiz cevap olması veya intolerans olması durumunda; bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu

	raporunda belirtilmesi koşulu ile Tofacitinib tedavisine başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 12 hafta sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (BASDAİ’de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir. c) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immünoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2.1.C-7 – Kanakinumab YENİ EKLENDİ	4.2.1.C-7 – Kanakinumab (2) Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) olan vücut ağırlığı 7,5 kg üzerinde 2 yaş ve üstü çocuklar ile yetişkin hastaların tedavisinde; a) Amiloidozu olmayan FMF hastalarında, 1) Tedaviye öncelikle tolere edilebilen maksimum dozda kolşisin ile başlanır. Kolşisin içeren öncelikle yurt içi, yanıt alınamazsa yurt dışı preparatların toplam en az 6 ay kullanılmasına rağmen; son 3 ay içerisinde akut faz reaktanları yüksekliği ile kanıtlanmış en az üç atak ve/veya ataksız dönemde devam eden serum amiloid A (SAA) düzeyi yüksekliği ile kolşisin tedavisine yeterli yanıt alınamadığı hastalarda, bu durumların raporda belirtilmesi koşuluyla tedaviye anakinra ilave edilebilir. Kolşisine ciddi intolerans nedeniyle ilacın kullanılmadığı durumlarda/dönemlerde tek başına anakinra tedavisi de mümkündür. Anakinra tedavisinden yanıt alınması halinde idame tedaviye anakinra ile devam edilir. Anakinra tedavisine 12 aydan fazla ara verilmesi durumunda başlangıç kriterleri aranır.

	2) Ara vermeden 3 ay süreyle düzenli anakinra kullanılmasına rağmen aktif hastalığı devam eden; bu süre içerisinde en az üç atak geçirmiş ve CRP değerinin 10mg/l'den yüksek ve/veya serum amiloid A düzeyi yüksek olan veya anakinra tedavisine devam etmeyi önleyecek şiddette ciddi yan etki gelişen hastalarda bu durumların raporda belirtilmesi koşuluyla Kanakinumab tedavisine geçilebilir. 3) Düzenli 3 ay süreyle kanakinumab kullanılmasına rağmen yanıt alınamayan bu süre içerisinde en az üç atak geçirmiş ve CRP değeri 10 mg/l'den yüksek olan hastalarda kanakinumab tedavisi sonlandırılır. Mevcut almakta olunan kolşisin ile tedaviye devam edilebilir. Kanakinumab tedavisinin yanıt değerlendirmesi her 3 ayda bir yapılır. Yanıt alınmış hastalarda bu durumun raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilebilir. Tedavi altında 6 ay ataksız dönem olması halinde, takip eden 6 ay içinde doz aralığı açılarak kanakinumab tedavisi sonlandırılır. 4) Anakinra ve kanakinumab etkin maddeli ilaçlar üçüncü basamak sağlık tesislerinde en az bir romatoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden üçüncü basamak sağlık tesislerinde romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir. b) Amiloidozu olan FMF hastalığı tedavisinde: tanıda herhangi bir dokuda biyopsi ile AA tipi amiloid varlığı tespit edilmiş hastalarda, etkin dozda ardışık 3 ay boyunca kolşisin tedavisine rağmen CRP veya SAA ile değerlendirilen akut faz yanıtı normal sınırlara gerilemeyen, proteinürisi devam eden veya uygun dozda kolşisin kullanmasına rağmen amiloidoza bağlı proteinürisi artan veya yeni organlarda amiloid depolanmasına bağlı bulguları gelişen (herhangi bir dokuda biyopsi ile AA tipi amiloid varlığı) FMF hastalarında anakinra veya kanakinumab kullanılabilir. En fazla bir yıl süreli en az bir romatoloji
--	---

	uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak üçüncü basamak sağlık tesislerinde romatoloji uzman hekimlerince yapılmalıdır. c) Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) olan hastalarda yukarıdaki koşulların sağlanması halinde ayrıca Sağlık Bakanlığı Endikasyon Dışı Onay belgesinin alınması gerekmektedir.
4.2.1.C-9- Sekukinumab (3) Aktif psöriatik artritli erişkin hastalarda; c) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	4.2.1.C-9- Sekukinumab (3) Aktif psöriatik artritli erişkin hastalarda; c) Bu durumların belirtildiği romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2.1.C-10- İksekizumab (2) Aktif psöriatik artritli erişkin hastalarda; c) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	4.2.1.C-10- İksekizumab (2) Aktif psöriatik artritli erişkin hastalarda; c) Bu durumların belirtildiği romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
MADDE 21	
4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri (1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen en fazla 3 ay süreli kullanılacak ilacın dozunu gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır ve bu rapora istinaden diğer hekimler tarafından reçete edilebilir. Devam tedavisi için düzenlenecek sağlık kurulu raporları, en fazla 1 yıl süreli olup bu rapora dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Gebelerde rapor süresi en fazla toplam 9 ay sürelidir.	4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri (1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen en fazla 3 ay süreli kullanılacak ilacın dozunu gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır ve bu rapora istinaden diğer hekimler tarafından reçete edilebilir. Devam tedavisi için düzenlenecek sağlık kurulu raporları, en fazla 1 yıl süreli olup bu rapora dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Gebelerde ise kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimince düzenlenen 9 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete

	edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
MADDE 22	
4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri (1) Çocukluk yaş grubunda; a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı; 1) 2 yaş altı bebekler için yaşa göre ağırlık (< -2SD), 2) 2 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (< -2SD), olmasıdır. Malnütrisyon gelişmiş hastalarda bu durumların belirtildiği çocuk hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak başlanır. Bu sürenin sonunda; yukarıda belirtilen malnütrisyon koşullarının devam etmesi durumunda çocuk gastroenteroloji, çocuk nöroloji, çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 6 ay süreli rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.	4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri (1) Çocukluk yaş grubunda; a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı; 1) 2 yaş altı bebekler için yaşa göre ağırlık (< -2SD), 2) 2 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (< -2SD), olmasıdır. Malnütrisyon gelişmiş hastalarda bu durumların belirtildiği çocuk hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak başlanır. Bu sürenin sonunda; yukarıda belirtilen malnütrisyon koşullarının devam etmesi durumunda çocuk gastroenteroloji, çocuk nöroloji, çocuk metabolizma, çocuk cerrahisi veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 6 ay süreli rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.
MADDE 23	
4.2.9.B – Sevelamer, lantanyum karbonat ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri (2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki durumlardan sevelamer, lantanyum karbonat veya alüminyum klorür hidroksit kullanımını gerektiren durumun belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.	4.2.9.B – Sevelamer, lantanyum karbonat ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri (2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki durumlardan sevelamer, lantanyum karbonat veya alüminyum klorür hidroksit kullanımını gerektiren durumun belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

4.2.9.D - Oral esansiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri (3) Bu hastalarda, nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki hususların belirtildiği 1 yıl süreli sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Her reçetelemede serum albumin düzeyine ait yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. Devam raporlarında ise hastanın tedaviye başlangıç albumin düzeyi yer almalıdır.	4.2.9.D - Oral esansiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri (3) Bu hastalarda, nefroloji, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki hususların belirtildiği 1 yıl süreli sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Her reçetelemede serum albumin düzeyine ait yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. Devam raporlarında ise hastanın tedaviye başlangıç albumin düzeyi yer almalıdır.
MADDE 24 4.2.14.C – Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (3) Bu fıkarda 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.	
n) Lenalidomid; YENİ EKLENDİ	n) Lenalidomid; 4) Önceden tedavi edilmiş foliküler lenfomalı (Derece 1-3a) yetişkin hastaların tedavisinde, rituksimab (anti-CD20 antikoru) ile kombinasyonu halinde, bu durumun belirtildiği hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. Altıncı ayın sonunda yanıt değerlendirmesi yapılır, yanıt alınamayan hastalarda tedavi sonlandırılır. Yanıt alınan hastalarda bu durumun raporda belirtilmesi halinde 6 ay daha tedaviye devam edilebilir. Tedavi süresi en fazla 1 yıldır.
o) Erlotinib; epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 (L858R) mutasyonu, akredite bir laboratuvar da gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının birinci basamak tedavisinde ve yukarıda tanımlanan mutasyon ve delesyonu olan nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında bir basamak kemoterapi	o) Erlotinib; epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 (L858R) mutasyonu, akredite bir laboratuvar da gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının birinci basamak tedavisinde ve yukarıda tanımlanan mutasyon ve delesyonu olan nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri

sonu progresyonunda ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar bu durumların belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Reçeteye genetik tetkik sonucu eklenir. Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardışık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.	hastalarında bir basamak kemoterapi sonu progresyonunda ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar bu durumların belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Rapora genetik tetkik sonucu eklenir. Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardışık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
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. b) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenen en az 3 dermatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde 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.	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. b) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen en az 3 dermatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 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.
kk) Blinatumomab; Relaps/refrakter prekürsor B hücreli ALL tanısı konulan ve CD19 pozitifliği histopatolojik veya akım sitometrik olarak gösterilen Philadelphia kromozomu negatif olan ve aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan relaps/refrakter olgularda;	kk) Blinatumomab; prekürsor B hücreli ALL tanısı konulan ve CD19 pozitifliği histopatolojik veya akım sitometrik olarak gösterilen Philadelphia kromozomu negatif olan ve aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan relaps/refrakter veya MRD pozitif (uluslararası sertifikalı bir laboratuvarında valide edilmiş bir yöntemle

1) En az bir kurtarma tedavisi (FLAG+antrasiklin, yüksek doz sitozin arabinozid tabanlı kombine tedaviyi; yüksek doz metotreksat tabanlı kombine tedaviyi; klofarabin tabanlı kombine tedaviyi tam süre ve dozda) almış ve yanıt alınmamış, 2) Sistemik mantar enfeksiyonu olmayan, 3) Merkezi sinir sistemi tutulumu olmayan, 4) Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olan, 5) HLA doku grubu uyumlu vericisi olan hastalarda, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerinde, en az bir çocuk/erişkin hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, allojenik kök hücre nakli öncesi blast klirensinin sağlanması için maksimum 2 siklus kullanılması halinde bedeli ödenir.	% 0,1 ve üzerinde minimal rezidüel hastalık belirlenmiş) olan erişkinler ve 1 yaşın üzerindeki allojenik kök hücre transplantasyonu yapılacak çocuklarda; 1) En az bir kurtarma tedavisi (FLAG+antrasiklin, yüksek doz sitozin arabinozid tabanlı kombine tedaviyi; yüksek doz metotreksat tabanlı kombine tedaviyi; klofarabin tabanlı kombine tedaviyi tam süre ve dozda) almış ve yanıt alınmamış kemik iliği blast oranı maksimum % 50 olan, 2) Sistemik mantar enfeksiyonu olmayan, 3) Merkezi sinir sistemi tutulumu olmayan, 4) Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olan, 5) HLA doku grubu uyumlu vericisi olan ve kök hücre nakline uygun olan, hastalarda, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerinde, en az bir erişkin hematoloji veya çocuk hematoloji veya çocuk hematoloji ve onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, allojenik kök hücre nakli öncesi blast klirensinin sağlanması için maksimum 2 siklus kullanılması halinde bedeli ödenir.
hhh) Brigatinib; 1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvar 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	hhh) Brigatinib; 1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği, standardize FISH veya RT-PCR veya yeni nesil dizileme yöntemleri ile tespit edilen rearanjman/füzyon varlığı veya immünohistokimyasal olarak saptanan 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,

ile akredite laboratuvarda doğrulanmış metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	standardize FISH veya RT-PCR veya yeni nesil dizileme yöntemleri ile tespit edilen rearanjman/füzyon varlığı veya immünhistokimyasal olarak saptanan metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ	III) Nelarabin; hastalığı en az iki kemoterapi rejimiyle tedaviye yanıt vermeyen veya tekrarlayan T hücreli akut lenfoblastik lösemi (T-ALL) ve T hücreli lenfoblastik lenfoma (T-LBL) hastalarının tedavisinde, erişkin hematoloji veya çocuk hematoloji veya çocuk hematoloji ve onkoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.
MADDE 25	
4.2.15.C - Ivabradin; (2) Kronik kalp yetmezliği tedavisinde ejeksiyon fraksiyonu %45'in altında olan hastalarda aşağıdaki durumlarda kardiyoloji uzmanlarınca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir; a) Beta blokör tedavisi altında olup halen kalp hızı yüksek seyreden veya	4.2.15.C - Ivabradin; (2) Kronik kalp yetmezliği tedavisinde: sistolik disfonksiyonlu NYHA II ila IV sınıfında, sinüs ritminde olan ve kalp hızı 75 vuru/dakika ve üzeri yetişkin hastalarda aşağıdaki durumlarda kardiyoloji uzmanlarınca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir; a) Beta blokör tedavisi dahil standart tedavi ile kombinasyon halinde veya
MADDE 26	
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;	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 72,65 (yetmiş iki virgöl altmış beş) TL, b) 1-5 yaş için 140,62 (yüz kırk virgöl altmış iki) TL, c) 5-15 yaş için 181,63 (yüz seksen bir virgöl altmış üç) TL, ç) 15 yaş üstü için 187,50 (yüz seksen yedi virgöl elli) TL, tutar ödenir. (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 123,03 (yüz yirmi üç virgöl sıfır üç) TL, b) 5-15 yaş için 187,50 (yüz seksen yedi virgöl elli) TL, c) 15 yaş üstü için 169,91 (yüz altmış dokuz virgöl doksan bir) TL, tutar ödenir.	a) 0-12 ay için 145,30 (yüz kırk beş virgöl otuz) TL, b) 1-5 yaş için 281,24 (iki yüz seksen bir virgöl yirmi dört) TL, c) 5-15 yaş için 363,26 (üç yüz altmış üç virgöl yirmi altı) TL, ç) 15 yaş üstü için 375 (üç yüz yetmiş beş) TL, tutar ödenir. (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 246,06 (iki yüz kırk altı virgöl sıfır altı) TL, b) 5-15 yaş için 375 (üç yüz yetmiş beş) TL, c) 15 yaş üstü için 339,82 (üç yüz otuz dokuz virgöl seksen iki) TL, tutar ödenir.
---	--

MADDE 27 4.2.17 - Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve Paget Hastalığında ilaç kullanım ilkeleri	
4.2.17.A – Osteoporoz (6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; b) Denosumab; 2) Bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalardan;	4.2.17.A – Osteoporoz (6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; b) Denosumab; 2) Bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan veya renal yetmezlik nedeniyle bifosfonatları kullanamayan osteoporozlu hastalardan;
4.2.17.D - Osteoporozda teriparatid kullanımı (1) 65 yaş üstü hastalardan; T skoru -3,5 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 24 hafta süreli endokrinoloji ve/veya geriatri uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 24 haftada tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji ve/veya geriatri uzmanının bulunduğu en fazla 52 hafta süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 76 haftayı geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.	4.2.17.D - Osteoporozda teriparatid ve romosozumab kullanımı (1) 65 yaş üstü hastalardan; T skoru -3,5 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş osteoporozlu hastalarda, bu durumların belirtildiği 24 hafta süreli endokrinoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon ve/veya geriatri uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. (2) 24 hafta sonunda yanıt değerlendirmesi yapılır. Tedaviye yanıt veren hastalarda bu durumun kanıtlandığı raporla teriparatid için 52 hafta, romosozumab için 6 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde tedaviye devam edilebilir. Teriparatid ile toplam tedavi süresi ömür boyu 76 haftayı, romosozumab ile 12 ayı geçmeyecektir. (3) Teriparatid veya romosozumab kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.
MADDE 28	

4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri

(3) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ~~ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde~~ 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. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.

(5) Gabapentin etken maddeli ilaçların üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ~~ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde~~ 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 ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.

4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri

(3) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 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. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.

(5) Gabapentin etken maddeli ilaçların üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 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 ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.

MADDE 29

4.2.27.A - Faktörler (3) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve varsa inhibitör düzeyini (glanzmanntrombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda 3 doza (3 dahil) kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza (12 dahil) kadar hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.	4.2.27.A - Faktörler (3) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve inhibitör düzeyini (glanzmanntrombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda 3 doza (3 dahil) kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza (12 dahil) kadar hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.
MADDE 30	
4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri	
4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Becacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.); ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.	4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Becacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 12 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.); ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 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 (Becacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanle edilmesi zorunludur.); 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.B- Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri (2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Becacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 12 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanle edilmesi zorunludur.); 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.C- Patolojik Miyopiye (PM) bağı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Becacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanle edilmesi zorunludur.); ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.	4.2.33.C- Patolojik Miyopiye (PM) bağı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Becacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanle edilmesi zorunludur.); ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 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 (2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Becacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.); deksametazon, 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 (2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda (Becacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 12 hafta sonra OKT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.); deksametazon, ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.
YENİ EKLENDİ	4.2.33.E-Sistinozisli hastalarda korneal sistin kristal yataklarının tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (1) Sisteamin hidroklorür (Merkaptamin hidroklorür) etkin maddesini içeren ilaçların, genetik tetkik ile 17. kromozomda CTNS gen mutasyonu saptanarak sistinozis tanısı almış ve yarık lamba ile sistin kristallerinin görüldüğü yetişkinlerde ve 2 yaşından büyük çocuklarda, bu durumun belirtildiği üçüncü basamak sağlık kurumlarından 3 göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. İdame tedavide tedavi yanıtına ilişkin değerlendirme (korneal sistin kristallerinde azalma ve hastanın semptomatik olarak rahatlaması) her raporda belirtilir. Hastanın semptomatik olarak rahatlamaması ve fotofobi semptomlarının artması veya görme keskinliğinin düşmesi halinde tedavi sonlandırılır.

MADDE 31

4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri

(1) Gabapentin etken maddeli ilaçların, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ~~ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde~~ 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. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.

(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ~~ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde~~ 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. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.

4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri

(1) Gabapentin etken maddeli ilaçların, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 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. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.

(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 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. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.

MADDE 32

4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

YENİ EKLENDİ

4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

(4) Amantadin hidroklorür: yalnızca Parkinson hastalığının tedavisinde; nöroloji veya geriatri uzmanı tarafından veya bu uzman hekimlerin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

MADDE 33

4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

(3) Analog insülinler, pioglitazon, pioglitazonun oral kombinasyonları veya pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

~~a) 300 IU/ml insülin glarjin içeren ilaçlar; günlük insülin ihtiyacı yüksek olan (100 IU/gün) veya uzun etkili insülin kullandığı halde gece hipoglisemi riski yüksek olan veya brittle tip 1 diyabeti olan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.~~

(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin, empagliflozin) ve SGLT2 inhibitörlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

(3) Analog insülinler, pioglitazon, pioglitazonun oral kombinasyonları veya pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

KALDIRILDI

(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin, empagliflozin) ve SGLT2 inhibitörlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda, endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

MADDE 34

4.2.47 – Jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tanılarında metreleptin kullanım ilkeleri;

(1) Jeneralize lipodistrofi tanısında;

Leptin düşüklüğü (erkeklerde <8 ng/ml; kadınlarda <12 ng/ml) bulunan ve jeneralize lipodistrofi kesin tanısının Manyetik Rezonans Görüntüleme yöntemi veya DEXA ile tespit edilmesi veya homozigot mutasyonun moleküler genetik tetkik ile tespit edilmesi halinde ve;

4.2.47 – **Konjenital** Jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tanılarında metreleptin kullanım ilkeleri;

(1) **Konjenital** jeneralize lipodistrofi tanısında;

2 yaş ve üzeri hastalarda, leptin düşüklüğü (erkeklerde <8 ng/ml; kadınlarda <12 ng/ml) bulunan ve jeneralize lipodistrofi kesin tanısının Manyetik Rezonans Görüntüleme yöntemi veya DEXA ile tespit edilmesi veya homozigot mutasyonun moleküler genetik tetkik ile tespit edilmesi halinde ve;

MADDE 35

4.2.65- Diyabetik ayak ülserinde epidermal büyüme faktörü (topikal formu) kullanım ilkeleri

(1) Konvansiyonel yara tedavi prensiplerinin uygulanmasına rağmen yarada iyileşmenin izlenmediği kuru veya yaş gangrensiz, osteomiyeliti ve enfeksiyonu tedavi olmuş, Wagner 1 veya 2 nöropatik diyabetik ayak ülserleri olan hastalarda, ikinci basamak ya da üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ~~ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde~~ enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerinden üçünün yer aldığı 4 (dört) hafta süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından 4 (dört) haftalık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) 4 (dört) haftalık tedavi sonrasında yanıt alınan hastalarda tedavinin devamının gerekmesi halinde; ikinci basamak ya da üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ~~ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde~~ enfeksiyon hastalıkları ve klinik

4.2.65- Diyabetik ayak ülserinde epidermal büyüme faktörü (topikal formu) kullanım ilkeleri

(1) Konvansiyonel yara tedavi prensiplerinin uygulanmasına rağmen yarada iyileşmenin izlenmediği kuru veya yaş gangrensiz, osteomiyeliti ve enfeksiyonu tedavi olmuş, Wagner 1 veya 2 nöropatik diyabetik ayak ülserleri olan hastalarda, ikinci basamak ya da üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerinden üçünün yer aldığı 4 (dört) hafta süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından 4 (dört) haftalık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) 4 (dört) haftalık tedavi sonrasında yanıt alınan hastalarda tedavinin devamının gerekmesi halinde; ikinci basamak ya da üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi,

mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince düzenlenen 4 (dört) hafta süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından 4 (dört) haftalık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince düzenlenen 4 (dört) hafta süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından 4 (dört) haftalık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
MADDE 36	
4.2.66- Gonadotropin kullanım ilkeleri (1) Hipogonadotropik hipogonadizm tanısı; 6 ay ara ile yapılan değerlendirmelerde toplamda 3 yıl süre ile FSH ve LH değerleri normal aralığın alt sınırında veya düşük olan ve total testesteron değeri sayısal olarak düşük olan erkek hastalarda bu durumların belirtildiği en az biri endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.	4.2.66- Gonadotropin kullanım ilkeleri (1) Hipogonadotropik hipogonadizm tanısı; 6 ay ara ile yapılan değerlendirmelerde toplamda 3 yıl süre ile FSH ve LH değerleri normal aralığın alt sınırında veya düşük olan ve total testesteron değeri sayısal olarak düşük olan erkek hastalarda bu durumların belirtildiği en az biri endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi veya üroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi veya üroloji uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.
MADDE 37	
4.2.67- Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında (ADPKD) tolvaptan kullanım ilkeleri (2) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde en az bir nefroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak nefroloji uzmanlarınca reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, yukarıda yer alan kriterler belirtilir. Maksimum doz günde 120 mg'yi aşmamalıdır. GFR<25 ml/dk olduğunda ilaç sonlandırılır.	4.2.67- Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında (ADPKD) tolvaptan kullanım ilkeleri (2) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında en az bir nefroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak nefroloji uzmanlarınca reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, yukarıda yer alan kriterler belirtilir. Maksimum doz günde 120 mg'yi aşmamalıdır. GFR<25 ml/dk olduğunda ilaç sonlandırılır.

MADDE 38

4.2 - Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler

YENİ EKLENDİ	4.2.69- Sakrosidaz kullanım ilkeleri (1) Sükraz-izomaltaz eksikliği klinik tablosu bulunan ve sükraz-izomaltaz (SI) geninde homozigot mutasyonu ya da bileşik heterozigot mutasyonu genetik analiz ile kanıtlanmış jeneralize sükraz-izomaltaz eksikliği olan; a) Pediatrik hastaların tedavisi için; üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen ve yukarıda yer alan tanı kriterlerinin belirtildiği, en az bir çocuk gastroenteroloji uzman hekiminin yer aldığı üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimince düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde, b) Yetişkin hastaların tedavisi için; üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen ve yukarıda yer alan tanı kriterlerinin belirtildiği, en az bir gastroenteroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden gastroenteroloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde, bedeli Kurumca karşılanır.
YENİ EKLENDİ	4.2.70- Tafamidis kullanım ilkeleri (1) Vahşi tip veya herediter tip transtiretin aracılı amiloidoz kardiyomiyopati (ATTR-KM) tanısı aşağıdaki kriterlere uygun olarak alınmalıdır. a) EKG, ekokardiyografi ve/veya kardiyak MR ile kardiyak amiloidozis şüphesi olması, b) Aşağıdaki bulguların hepsinin negatif olması ile monoklonal gamapatisi dışlanması, 1) Serbest plazma hafif zincir Kappa/serbest plazma hafif zincir Lambda oranının $< 0,25$ veya $> 1,62$ olması (GFR $<$

	45 ml/dk/1,72m² halinde Kappa/Lambda oranının $\geq 2,0$ olması) ve 2) Plazma kapiller protein elektroforezinde klonal gamapati olması ve 3) Kan immünfiksasyon elektroforezinde monoklonal gamapati olması ve 4) Yirmi dört saatlik idrar immünfiksasyon elektroforezinde monoklonal gamapati olması. c) Yukardaki bulgulardan herhangi birinin pozitif olması halinde hematoloji uzman hekimi tarafından monoklonal gamapatinin dışlanması, ç) Monoklonal gamapati dışlanmış hastalarda, ^{99m}Tc-PYP, DPD veya HMDP kardiyak sintigrafisiyle Türk Nükleer Tıp Derneğinin kardiyak amiloidoz güncel tanı rehberine göre Grade II-III kardiyak tutulumu olduğunun belirtilmesi, d) Nükleer sintigrafide tipik TTR kardiyak amiloid tutulumu olması halinde TTR genetik mutasyon analizinin yapılması gereklidir. Analizde mutasyon saptanmaması halinde vahşi tip TTR kardiyak amiloidoz kabul edilmesi, mutasyon saptanması halinde, 1) Mutasyonun VUS (variance unknown significans) olması durumunda hastalığı ispatlayıcı biyopsi (endomiyokardiyal veya multiple ekstrakardiyak biyopsi) bulgusunun olması, 2) Mutasyonun olası patojenik veya patojenik olması halinde destekleyici klinik bulguları var ise herediter TTR kardiyak amiloidoz kabul edilmesi, (2) Vahşi tip veya herediter transtiretin aracılı amiloidoz kardiyomiyopatisi (ATTR-KM) tanısı almış erişkin hastalar aşağıdaki kriterlerin tamamını sağladığı takdirde ilaç başlanması uygundur.
--	--

	a) Ekokardiyografide duvar kalınlığının 1,2 cm'nin üzerinde olması, b) Son bir yıl içerisinde en az bir kez kalp yetersizliği (ICD-10 kodları) tanısı ile ayaktan ya da yatarak tedavi almış olması, c) N-terminal pro-B-tip natriüretik peptid (NT-proBNP) seviyesinin 600 pg/ml üzerinde olması, ç) Altı dakika yürüme mesafesinin 100 m'nin üzerinde olması ve NYHA fonksiyonel kapasite I-III olması, d) Karaciğer ve/veya kalp nakli cerrahisi geçirmemiş olması, e) Tahmini GFR'nin 30 ml/dk/1,72m²'nin üzerinde olması, f) Modifiye vücut kitle indeksinin (VKİ x serum albümin mg/dl) 600'den büyük olması. (3) Üçüncü basamak üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde; hastalığın tanı kriterleri ile ilaca başlama kriterlerini sağlayan ve bu durumların belirtildiği üç kardiyoloji uzman hekiminden oluşan 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden kardiyoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. (4) İlaça başlanan hastalarda; her üç ayda bir yapılan değerlendirmede tahmini GFR'nin 30 ml/dk/1,72m²'nin üzerinde olması, ciddi karaciğer yetmezliğinin gelişmemiş olması ve altı dakika yürüme mesafesinin 100 m'nin üzerinde olmasının ve NYHA fonksiyonel kapasite I-III olmasının korunması halinde bu durumların raporda belirtilmesi koşuluyla 3 aylık raporlarla ilaca devam edilebilir. (5) On beşinci ayın sonunda yapılan değerlendirmede; son altı ayda kalp yetersizliği nedeniyle bir ve üzeri hastaneye yatışının veya son altı ayda intravenöz
--	---

	diüretik ihtiyacı ile bir veya üzeri acil servis başvurusu olmaması ve bu durumların raporda belirtilmesi koşuluyla tedaviye devam edilebilir. İlaç devam kriterlerinin karşılanamadığı durumlarda tedaviye son verilir.
MADDE 39	
4.4.1- Uygulanacak indirim oranları	4.4.1- Uygulanacak indirim oranları
(1) Depocuya satış fiyatı 14,17 (on dört virgöl on yedi) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (2) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgöl on sekiz) 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, referans, eşdeğer, fiyat korumalı gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir. Ancak, SUT eki EK-4/A listesinde bulunmaktayken Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Detaylı İlaç Fiyat Listesinde yayımlanan; referans ürün, eşdeğer ürün, fiyat korumalı ürün statülerinde oluşan değişiklikler nedeniyle kamu fiyatında artışa yol açabilecek her türlü değişiklik için indirim oranlarına ilişkin güncelleme talepleri ilgili komisyon marifetiyle Kurum tarafından değerlendirilir. (4) Fiyat korumalı ürünlerden; a) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgöl on sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi yedi virgöl on üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).	(1) Depocuya satış fiyatı 19,38 (on dokuz virgöl otuz sekiz) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (2) Depocuya satış fiyatı 19,39 (on dokuz virgöl otuz 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, referans, eşdeğer, fiyat korumalı gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir. Ancak, SUT eki EK-4/A listesinde bulunmaktayken Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Detaylı İlaç Fiyat Listesinde yayımlanan; referans ürün, eşdeğer ürün, fiyat korumalı ürün statülerinde oluşan değişiklikler nedeniyle kamu fiyatında artışa yol açabilecek her türlü değişiklik için indirim oranlarına ilişkin güncelleme talepleri ilgili komisyon marifetiyle Kurum tarafından değerlendirilir. (4) Fiyat korumalı ürünlerden; a) Depocuya satış fiyatı 19,39 (on dokuz virgöl otuz dokuz) TL (dahil) ile 37,10 (otuz yedi virgöl on) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 27,14 (yirmi-yedi virgöl-on-dört) TL (dahil) ile 40,87 (kırk-virgöl-seksen-yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk-virgöl-seksen-sekiz) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp maliyet kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). ç) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk-virgöl-seksen-sekiz) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (5) Eşdeğeri olmayan referans ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on-dört-virgöl-on-sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi-yedi-virgöl-on-üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). b) Depocuya satış fiyatı 27,14 (yirmi-yedi virgöl-on-dört) TL (dahil) 40,87 (kırk-virgöl-seksen-yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk-virgöl-seksen-sekiz) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (6) Eşdeğeri olan referans ilaçlar ile eşdeğer ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on-dört-virgöl-on-sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi-yedi-virgöl-on-üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).	b) Depocuya satış fiyatı 37,11 (otuz yedi virgöl on bir) TL (dahil) ile 55,89 (elli beş virgöl seksen dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 55,90 (elli beş virgöl doksan) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp maliyet kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). ç) Depocuya satış fiyatı 55,90 (elli beş virgöl doksan) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (5) Eşdeğeri olmayan referans ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 19,39 (on dokuz virgöl otuz dokuz) TL (dahil) ile 37,10 (otuz yedi virgöl on) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). b) Depocuya satış fiyatı 37,11 (otuz yedi virgöl on bir) TL (dahil) 55,89 (elli beş virgöl seksen dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). c) Depocuya satış fiyatı 55,90 (elli beş virgöl doksan) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla). (6) Eşdeğeri olan referans ilaçlar ile eşdeğer ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 19,39 (on dokuz virgöl otuz dokuz) TL (dahil) ile 37,10 (otuz yedi virgöl on) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).
---	--

b) Depocuya satış fiyatı ~~27,14 (yirmi-yedi virgöl-on-dört)~~ TL (dahil) ile ~~40,87 (kırk-virgöl-seksen-yedi)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~40,88 (kırk-virgöl-seksen-sekiz)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satış fiyatı ~~14,18 (on-dört-virgöl-on-sekiz)~~ 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 ~~14,17 (on-dört-virgöl-on-yedi)~~ TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı ~~14,18 (on-dört-virgöl-on-sekiz)~~ TL (dahil) ile ~~27,13 (yirmi-yedi-virgöl-on-üç)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~27,14 (yirmi-yedi virgöl-on-dört)~~ TL (dahil) ile ~~40,87 (kırk-virgöl-seksen-yedi)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 iskonto (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı ~~40,88 (kırk-virgöl-seksen-sekiz)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(9) Piyasaya verilecek, mevcut EK-4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK-4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave

b) Depocuya satış fiyatı ~~37,11 (otuz yedi virgöl-on bir)~~ TL (dahil) ile ~~55,89 (elli beş virgöl-seksen dokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~55,90 (elli beş virgöl-doksan)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satış fiyatı ~~19,39 (on dokuz virgöl-otuz dokuz)~~ 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 ~~19,38 (on dokuz virgöl-otuz sekiz)~~ TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı ~~19,39 (on dokuz virgöl-otuz dokuz)~~ TL (dahil) ile ~~37,10 (otuz yedi virgöl-on)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı ~~37,11 (otuz yedi virgöl-on bir)~~ TL (dahil) ile ~~55,89 (elli beş virgöl-seksen dokuz)~~ TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 iskonto (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı ~~55,90 (elli beş virgöl-doksan)~~ TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(9) Piyasaya verilecek, mevcut EK-4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK-4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave

iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT'un "4.3- Yurt dışından ilaç getirilmesi" başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK-4/A Listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) EK-4/A Listesinde yer alıp, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Kamu Kurum iskontosu ayrıca belirlenen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(11) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, ayakta veya yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da Kurum eşdeğer ilaç uygulaması ile belirlenen azami birim bedel esas alınmak suretiyle yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının ilaç satın alma bedeli ile eşdeğer ilaçların Kurumca ödenen azami fiyatları arasında fark oluşması halinde fark ücreti kişilerden talep edilemez. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(12) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen ürünlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT'un "4.3- Yurt dışından ilaç getirilmesi" başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK-4/A Listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) EK-4/A Listesinde yer alıp, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Kamu Kurum iskontosu ayrıca belirlenen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(11) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, ayakta veya yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da Kurum eşdeğer ilaç uygulaması ile belirlenen azami birim bedel esas alınmak suretiyle yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının ilaç satın alma bedeli ile eşdeğer ilaçların Kurumca ödenen azami fiyatları arasında fark oluşması halinde fark ücreti kişilerden talep edilemez. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(12) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen ürünlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

MADDE 44																											
Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)																											
9.2. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar 9.2.27. Tofasitinib (sadece 9.1.5. maddede tanımlı ICD-10 kodlarında)	9.2. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar 9.2.27. Tofasitinib (sadece 9.1.5., 9.1.6.2. ve 9.1.6.4. maddelerinde tanımlı ICD-10 kodlarında)																										
13.3. Pemfigus (L10) YENİ EKLENDİ	13.3. Pemfigus (L10) 13.3.3. Rituksimab*																										
15.1. Amiloidozis (E85.1-E85.9) <table border="1"> <tr> <td>E85.1</td><td>Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik</td></tr> <tr> <td>E85.2</td><td>Amiloidozis, heredofamilyal tanımlanmamış</td></tr> <tr> <td>E85.3</td><td>Amiloidozis, sekonder sistemik</td></tr> <tr> <td>E85.4</td><td>Amiloidozis, organla sınırlı</td></tr> <tr> <td>E85.8</td><td>Amiloidozis, diğer</td></tr> <tr> <td>E85.9</td><td>Amiloidozis, tanımlanmamış</td></tr> </table> 15.1.1. Kolşisin 15.1.2. Kortikosteroidler 15.1.3. Melfalan 15.1.4. Tafamidis Meglumine*	E85.1	Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik	E85.2	Amiloidozis, heredofamilyal tanımlanmamış	E85.3	Amiloidozis, sekonder sistemik	E85.4	Amiloidozis, organla sınırlı	E85.8	Amiloidozis, diğer	E85.9	Amiloidozis, tanımlanmamış	15.1. Amiloidozis (E85.1-E85.9) <table border="1"> <tr> <td>E85.0</td><td>Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik olmayan</td></tr> <tr> <td>E85.1</td><td>Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik</td></tr> <tr> <td>E85.2</td><td>Amiloidozis, heredofamilyal tanımlanmamış</td></tr> <tr> <td>E85.3</td><td>Amiloidozis, sekonder sistemik</td></tr> <tr> <td>E85.4</td><td>Amiloidozis, organla sınırlı</td></tr> <tr> <td>E85.8</td><td>Amiloidozis, diğer</td></tr> <tr> <td>E85.9</td><td>Amiloidozis, tanımlanmamış</td></tr> </table> 15.1.1. Kolşisin 15.1.2. Kortikosteroidler 15.1.3. Melfalan 15.1.4. Tafamidis Meglumine* 15.1.5. Tafamidis*	E85.0	Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik olmayan	E85.1	Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik	E85.2	Amiloidozis, heredofamilyal tanımlanmamış	E85.3	Amiloidozis, sekonder sistemik	E85.4	Amiloidozis, organla sınırlı	E85.8	Amiloidozis, diğer	E85.9	Amiloidozis, tanımlanmamış
E85.1	Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik																										
E85.2	Amiloidozis, heredofamilyal tanımlanmamış																										
E85.3	Amiloidozis, sekonder sistemik																										
E85.4	Amiloidozis, organla sınırlı																										
E85.8	Amiloidozis, diğer																										
E85.9	Amiloidozis, tanımlanmamış																										
E85.0	Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik olmayan																										
E85.1	Heredofamilyal amiloidozis, nöropatik																										
E85.2	Amiloidozis, heredofamilyal tanımlanmamış																										
E85.3	Amiloidozis, sekonder sistemik																										
E85.4	Amiloidozis, organla sınırlı																										
E85.8	Amiloidozis, diğer																										
E85.9	Amiloidozis, tanımlanmamış																										
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) 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) 15.4.1.20. Sisteamin hidroklorür (Merkaptamin hidroklorür) *																										

MADDE 45**Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)****13- DİĞERLERİ**

22	Rifaksimin (Yalnızca intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatik ensefalopati, kolonun semptomatik komplike olmayan divertiküler hastalığı, kronik bağırsak inflamasyonu gibi rifaksimine duyarlı bakteriler tarafından desteklenen GI hastalıkların tedavisi ve kolorektal cerrahide enfektif komplikasyonların profilaksisi endikasyonlarında)	UH-P
----	---	------

YENİ EKLENDİ**13- DİĞERLERİ**

22	Rifaksimin (Yalnızca; intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatik ensefalopati, kolonun semptomatik komplike olmayan divertiküler hastalığı, kronik bağırsak inflamasyonu gibi rifaksimine duyarlı bakteriler tarafından desteklenen GI hastalıkların tedavisi ve kolorektal cerrahide enfektif komplikasyonların profilaksisi endikasyonlarında)	UH-P
----	--	------

29.1	Meklizin dihidroklorür monohidrat + Pridoksin hidroklorür	Yalnızca; gebelikte, operasyonlardan sonra, röntgen çekilmesinin ardından mide bulantısı ve kusmanın giderilmesinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
------	---	--

MADDE 46**Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)**

75. İkatibant yalnızca; 2 yaş ve üzerindeki hastaların C1 esteraz inhibitörü eksikliği veya C1 esteraz inhibitörü düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşüklüğü ile birlikte seyreden hereditör anjiyoödem (HAÖ) akut ataklarının tedavisinde, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ~~ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde~~ düzenlenecek en az bir immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporunda; C1 esteraz inhibitörü düzeyi/fonksiyonu değer olarak belirtilir. Hastanın 1 ay içinde toplam 4 enjektörden fazla kullanımının olduğu durumda, bundan sonra düzenlenecek tüm reçetelerin immünoloji ve alerji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

75. İkatibant yalnızca; 2 yaş ve üzerindeki hastaların C1 esteraz inhibitörü eksikliği veya C1 esteraz inhibitörü düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşüklüğü ile birlikte seyreden hereditör anjiyoödem (HAÖ) akut ataklarının tedavisinde, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenecek en az bir immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporunda; C1 esteraz inhibitörü düzeyi/fonksiyonu değer olarak belirtilir. Hastanın 1 ay içinde toplam 4 enjektörden fazla kullanımının olduğu durumda, bundan sonra düzenlenecek tüm reçetelerin immünoloji ve alerji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

MADDE 47 Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi (EK 4/G)	
YENİ EKLENDİ 64. Amino asit + lipid + karbonhidrat içeren parenteral nutrisyon çözeltisinin; miadında doğmuş yeni doğan bebeklerle 2 yaşına kadar olan çocuklarda oral ya da enteral beslenmenin imkânsız, yetersiz ya da kontrendike olduğu durumlarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	27.3. Kangrelor; koroner arter hastalığı olan ve perkütan koroner girişim (PKG) planlanan ve PKG prosedüründen önce bir oral P2Y12 inhibitörü kullanmamış ve P2Y12 inhibitörleri ile oral tedavinin uygulanabilir olmadığı; kardiyak arrest tablosu gelişmiş şuuru kapalı veya entübe veya nazogastrik tüp uygulanamayan trombotik kardiyovasküler olayların azaltılmasında erişkin hastalarda, bu durumların kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerince tabela/reçetede belirtilmesi koşuluyla bedelleri Kurumca karşılanır. 64. Amino asit + lipid + karbonhidrat içeren parenteral nutrisyon çözeltisinin; premature yeni doğan, miadında doğmuş yeni doğan bebeklerle 2 yaşına kadar olan çocuklarda oral ya da enteral beslenmenin imkânsız, yetersiz ya da kontrendike olduğu durumlarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

MADDE 43- Aynı Tebliğ eki;

- b) “Eksternal Alt ve Üst Ekstremit/Gövde Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-2)” Ek-6’daki şekilde,
- c) “Diğer Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-3)” Ek-7’deki şekilde,
- ç) “Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/C-4)” Ek-8’deki şekilde,
- y) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-32’deki şekilde, değiştirilmiştir.

MADDE 48- Bu Tebliğin;

- a) 39 uncu maddesi 14/12/2022 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 43 üncü maddesinin (y) bendinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listeye giriş tarihinde (*)

işareti bulunan ilaçlar ile ilaç adında (**) işareti bulunan ilaçlarda yapılan düzenlemeler ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra (24.03.2023),

ç) 1 ilâ 38 inci ve 44 ilâ 47 nci maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra(24.03.2023),

d) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

