

23 Mayıs 2026 Tarihli SUT	29 Haziran 2026 Tarihli SUT Değişikliği
MADDE 4	
2.4.4.P- Prostat adenokarsinom tedavilerinde Lu-177 işaretli PSMA bileşiklerinin kullanım kriterleri	2.4.4.P- Prostat adenokarsinom tedavileri 2.4.4.P-1- Prostat adenokarsinom tedavilerinde Lu-177 işaretli PSMA bileşiklerinin kullanım kriterleri 2.4.4.P-2- Prostat adenokarsinom tedavilerinde Actinyum-225 PSMA bileşiklerinin kullanım kriterleri
YENİ EKLENDİ	<p>(1) Sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılması halinde faturalandırılır. En az bir nükleer tıp ve tıbbi onkoloji uzman hekimi olmak şartıyla; nükleer tıp, tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı, tıbbi gerekçenin belirtildiği sağlık kurulu raporu bulunmalıdır.</p> <p>(2) Sağlık kurulu raporunda progrese, kastrasyona dirençli metastatik prostat kanseri tanısının bulunması gerekir.</p> <p>(3) Tedavi öncesinde kan testosteron düzeyinin 50 ng/dL altında olması gerekir. Tedaviye başlanması için PSA değeri kriter değildir.</p> <p>(4) Actinyum-225 işaretli PSMA bileşikleri ile radyonüklid tedavi öncesi hasta, standart antineoplastik tedavilere (dozetaksel veya kabazitaksel) refrakter olmalıdır. Hastaya yeni nesil hormonal tedavilerden biri (apalutamid, darolutamid, enzalutamid veya abirateron) kullanılmış olmalıdır. Hasta en az 2 uygulama Lu-177 PSMA tedavi sonrası progrese ya da 4 uygulama sonrası yanıtız olmalıdır. Hastanın performans skoru ≤ 2 olmalı, organ fonksiyonları yeterli olmalıdır.</p> <p>(5) Actinyum-225 işaretli PSMA bileşikleri ile tedavisi öncesinde Ga-68 PSMA PET görüntülemenin yapılmış olması ve en az 3 odakta karaciğerden daha yüksek düzeyde patolojik tutulumun bulunması gerekir.</p> <p>(6) Tedavi en az 6 hafta ara ile en fazla 4 uygulama şeklinde yapılır.</p>

MADDE 6

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(3) Bu fıkrada 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.

yyy) Ravulizumab yalnızca;

1) Paroksizmal Noktürnal Hemoglobinüri (PNH) tedavisinde;

a) Vücut ağırlığı 10 kg veya üzerinde olan çocuk ve yetişkin hastalarda, aşağıdaki kriterlerden en az birinin karşılanması halinde tedaviye başlanması ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli aşağıdaki durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Her düzenlenen reçetede hastanın güncel vücut ağırlığı belirtilmelidir.

1- Kemik iliği normoselüler veya hiperselüler iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak (FLAER testi) %1'in üzerinde olduğu gösterilen ve LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde olduğu kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda.

2- Kemik iliği hipoplastik veya aplastik iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak (FLAER testi) %1'in üzerinde olduğu gösterilen ve LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde olduğu kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda.

3- Transplantasyon öncesi dönemde transfüzyon gereksinimini azaltmak ve kronik hemolize bağlı komplikasyonları

YENİ EKLENDİ

	<p>önlemek amacıyla granülosit klonunun akım sitometrik olarak (FLAER testi) %1'in üzerinde olduğu gösterilen allojenik kemik iliği nakline hazırlanan PNH ile ilişkili en az bir bulgunun eşlik ettiği olgularda Sağlık Bakanlığınca endikasyon dışı ilaç kullanım onayı verilmesi halinde.</p> <p>4- Kök hücre nakli yapılamayan ve immünsupresif tedaviye uygun olmayan/yanıt alınamayan granülosit klonunun akım sitometrik olarak (FLAER testi) %1'in üzerinde olduğunun gösterildiği kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda Sağlık Bakanlığınca endikasyon dışı ilaç kullanım onayı verilmesi halinde.</p> <p>5- Allojenik kök hücre nakli sonrası yeterli yanıt elde edilemeyen (hemolizi düzelmeyen ve granülosit klonu varlığı devam eden) olgularda Sağlık Bakanlığınca endikasyon dışı ilaç kullanım onayı verilmesi halinde.</p> <p>6- Tromboembolik olay, renal yetersizlik, pulmoner hipertansiyon vb. kanıtlanmış PNH komplikasyonlarından biri veya birkaçı bulunan granülosit klonunun akım sitometrik olarak %1'in üzerinde olduğu gösterilen olgularda Sağlık Bakanlığınca endikasyon dışı ilaç kullanım onayı verilmesi halinde.</p> <p>7- Kemik iliği normoselüler/hiperselüler iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak %1'in üzerinde olduğu gösterilen gebelerde; gebelik döneminde ve post-partum dönemde en az üç ay süresince Sağlık Bakanlığınca endikasyon dışı ilaç kullanım onayı verilmesi halinde.</p> <p>b) PNH tanısı nedeniyle en az son 6 aydır ekulizumab ile tedavi edilmiş ve tedavi süresince stabil ($LDH \leq 1,5 \times NÜS$) olan hastalarda ravulizumaba geçilebilir.</p> <p>c) PNH hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; klinik fayda gören, granülosit klonu pozitifliğinin devam ettiği akım sitometrik olarak gösterilmiş ve transfüzyon bağımsız olgularda tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde</p>
--	---

	<p>yer almalıdır.</p> <p>2) Yüksek hastalık aktivitesi gösteren, relapslarla seyreden yetişkin hastaların Nöromiyelitis Optika Spektrum Bozukluğu (NMOSB) tedavisinde;</p> <p>a) Aşağıda yer alan kriterleri birlikte sağlayan hastalarda tedaviye başlanması ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında üç nöroloji uzman hekiminin yer aldığı ve aşağıdaki durumların belirtildiği en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Her düzenlenen reçetede hastanın güncel vücut ağırlığı belirtilmelidir.</p> <p>1- Aquaporin 4 (AQP4) antikoru pozitif, 2- Expanded Disability Status Scale (EDSS) 7 ve altında olan, 3- En az iki ya da daha fazla immünosupresan tedaviyi (azatiyoprin, mikofenolat mofetil, siklofosfamid veya rituksimab etkin maddeli ilaçlar) monoterapi olarak uygun dozda ve sürede kullanmasına rağmen tedavi altında iken en az bir atak geçiren.</p> <p>b) NMOSB hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; EDSS 8 ve üzerinde ise tedavi sonlandırılır. EDSS her sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.</p> <p>3) Tedaviye başlamadan iki hafta önce meningokok bağışıklaması tamamlanmış ve "Ravulizumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu" tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek reçete ekine konmuş olmalıdır. İki yaşından küçük çocuklarda veya bağışıklamayı takiben iki hafta geçmeden ravulizumab başlanması gereken olgularda antibiyotik profilaksisi uygulanmış olduğu reçetede belirtilmelidir.</p>
--	---

MADDE 7	
<p>4.2.49.C– Spinal Musküler Atrofi hastalığında nusinersen sodyum ve risdiplam genel kullanım ilkeleri</p> <p>(4) Gen temelli tedavilerin tümü [gen replasman tedavisi ve SMN2 modifiye eden tedaviler (nusinersen, risdiplam)] birlikte kullanılmamalıdır.</p>	<p>4.2.49.C– Spinal Musküler Atrofi hastalığında nusinersen sodyum ve risdiplam genel kullanım ilkeleri</p> <p>(4) Gen temelli tedavilerin tümü [gen replasman tedavisi ve SMN2 modifiye eden tedaviler (nusinersen, risdiplam)] birlikte kullanılmamalıdır.</p> <p>Gen replasman tedavisinin tek seferlik uygulama olması nedeniyle, bu tedavi sonrasında nusinersen veya risdiplam kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p>
MADDE 8	
<p>4.2.52- Febuksostat kullanım ilkeleri;</p> <p>(2) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan erişkin hastalarda; a) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan ve tümör lizis sendromu açısından orta veya yüksek dereceye kadar riski olan allopurinol intoleransı ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda hiperüriseminin önlenmesi ve tedavisi için kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>b) En az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>4.2.52- Febuksostat kullanım ilkeleri;</p> <p>(2) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan erişkin hastalarda; a) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan ve tümör lizis sendromu açısından orta veya yüksek dereceye kadar riski olan allopurinol yanıtsız ve/veya intoleransı ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda hiperüriseminin önlenmesi ve tedavisi için kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>b) Hematoloji veya onkoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen en fazla 3 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
MADDE 17	
SADECE YATARAK TEDAVİLERDE KULLANIMI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-4/G)	
YENİ EKLENDİ	91. Ravulizumab

MADDE 18- Bu Tebliğin;

a) 1 inci maddesinin (b) bendi, 4 üncü maddesi, 9 uncu maddesinin (b) bendindeki ekli listede yer alan "801531" SUT kodlu işlem satırı yayımı tarihinden 10 iş günü sonra,

b) 2 nci ve 5 inci maddeleri, 9 uncu maddesinin (c) bendindeki ekli listede yer alan "7.3 Solunum Sistemi" başlıklı ve "701074" SUT kodlu işlem satırları yayımı tarihinden 30 gün sonra,

c) 3 üncü, 6 ilâ 8 inci, 9 uncu (bu maddenin (a) ve (b) bentlerinde belirtilen işlem satırları hariç) ve 10 ila 15 inci maddeleri ile 17 nci maddesi yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

ç) 16 ncı maddesinin (a) 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 ve aktiflenme tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ile ilaç adında (**) işareti bulunan ilaçlar yayımı tarihinden 5 iş günü sonra, ilaç adında (***) işareti bulunan ilaçlar 15/5/2026 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde, ilaç adında (****) işareti bulunan ilaçlar 9/6/2026 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

d) 16 ncı maddesinin (b) bendinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi, ilaç ismi/etkin madde ismi/barkod değişiklik tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi, ilaç ismi/etkin madde ismi/barkod değişiklik tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

e) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

MADDE 19- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.