

| 08.04.2026 Tarihli SUT   | 23.05.2026 Tarihli SUT   |
|--|--|
| <b>MADDE-1</b><br><b>4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar</b>  |  |
| <p>(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit;<br/>a) Romatoid artritli erişkin hastalarda; (anti-TNF ilaçlar, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 &gt; 5,1) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 (<del>sertolizumab için 1,2</del>) puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay (<del>sertolizumab için 6 ay</del>) süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay (<del>sertolizumab için 6 ay</del>) daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.</p> <p>1) İnfliksımab etkin maddeli <del>ilaç</del>, yukarıda belirtilen koşullarda ve sürelerde diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış hastalarda, bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu rapor süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28</p> | <p>(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit;<br/>a) Romatoid artritli erişkin hastalarda; (anti-TNF ilaçlar, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 &gt; 5,1) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.</p> <p>1) İnfliksımab, sertolizumab ve golimumab etkin maddeli ilaçlara, yukarıda belirtilen koşullarda ve sürelerde diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış hastalarda, bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 (<del>sertolizumab için 1,2</del>) puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay (<del>sertolizumab için 6 ay</del>) süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay (<del>sertolizumab için 6 ay</del>) daha tedaviye devam edilir. Bu rapor süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu hastaların ayrıca dirençli gastrointestinal tutulumunun veya Beden Kitle İndeksinin 35 ve üzerinde olduğunun raporda belirtilmesi halinde infliksimab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olma kriteri aranmayacaktır.</p>  | <p>hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu hastaların ayrıca dirençli gastrointestinal tutulumunun veya Beden Kitle İndeksinin 35 ve üzerinde olduğunun raporda belirtilmesi halinde infliksimab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olma kriteri aranmayacaktır. Gebelik varlığının raporda belirtilmesi halinde sertolizumab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olması kriteri aranmayacaktır. Bu düzenlemenin yürürlük tarihi öncesi ilaca başlamış hastaların yukarıdaki devam şartlarını sağlaması durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.</p>  |
| <p>(2) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda; <del>biri maksimum doz indometazin olmak üzere</del> en az 3 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) &gt;5), bununla birlikte eritrosit sedimetasyon hızı &gt;28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri veya MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroilit/spondiliti olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay 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.</p> <p>a) İnfliksimab etkin maddeli ilaca yukarıda belirtilen koşullarda ve sürelerde diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış hastalarda, bu durumun 3</p> | <p>(2) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda; en az 3 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) &gt;5), bununla birlikte eritrosit sedimetasyon hızı &gt;28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri veya MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroilit/spondiliti olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay 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.</p> <p>a) İnfliksimab, sertolizumab ve golimumab etkin maddeli ilaçlara, yukarıda belirtilen koşullarda ve sürelerde diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay 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. Bu hastaların ayrıca dirençli gastrointestinal tutulumunun veya Beden Kitle İndeksinin 35 ve üzerinde olduğunun raporda belirtilmesi halinde infliksimab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olma kriteri aranmayacaktır.</p>   | <p>alınamamış hastalarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay 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. Bu hastaların ayrıca dirençli gastrointestinal tutulumunun veya Beden Kitle İndeksinin 35 ve üzerinde olduğunun raporda belirtilmesi halinde infliksimab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olma kriteri aranmayacaktır. Gebelik varlığının raporda belirtilmesi halinde sertolizumab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olması kriteri aranmayacaktır. Bu düzenlemenin yürürlük tarihi öncesi ilaca başlamış hastaların yukarıdaki devam şartlarını sağlaması durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.</p> |
| <p>(3) Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; maksimum dozda NSAİ ile birlikte sulfasalazin veya methotrexattan birinin kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (BASDAİ &gt;5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı &gt;28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay 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.</p> <p>a) İnfliksımab etkin maddeli ilaca yukarıda belirtilen koşullarda ve sürelerde diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış hastalarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile başlanır. İlacın etkinliği, ilaca</p> | <p>(3) Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; maksimum dozda NSAİ ile birlikte sulfasalazin veya methotrexattan birinin kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (BASDAİ &gt;5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı &gt;28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay 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.</p> <p>a) İnfliksımab, sertolizumab ve golimumab etkin maddeli ilaçlara, yukarıda belirtilen koşullarda ve sürelerde diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış hastalarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>başlandıktan 3 ay 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. Bu hastaların ayrıca dirençli gastrointestinal tutulumunun veya Beden Kitle İndeksinin 35 ve üzerinde olduğunun raporda belirtilmesi halinde infliksimab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olma kriteri aranmayacaktır.</p>   | <p>koşulu ile başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay 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. Bu hastaların ayrıca dirençli gastrointestinal tutulumunun veya Beden Kitle İndeksinin 35 ve üzerinde olduğunun raporda belirtilmesi halinde infliksimab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olma kriteri aranmayacaktır. Gebelik varlığının raporda belirtilmesi halinde sertolizumab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış olması kriteri aranmayacaktır. Bu düzenlemenin yürürlük tarihi öncesi ilaca başlamış hastaların yukarıdaki devam şartlarını sağlaması durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.</p>  |
| <p>(5) Psöriyatik artritli hastalarda; en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az üçer ay olmak üzere 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) durumlarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınamaması) 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.</p> <p>a) İnfliksimab etkin maddeli ilaca yukarıda belirtilen koşullarda ve sürelerde diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamış olması halinde</p> | <p>(5) Psöriyatik artritli hastalarda; en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az üçer ay olmak üzere 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) durumlarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınamaması) 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.</p> <p>a) İnfliksimab , sertolizumab ve golimumab etkin maddeli ilaçlara, yukarıda belirtilen koşullarda ve sürelerde diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınamamış hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>(psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınmaması) tedavi sonlandırılır. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir. Bu hastaların ayrıca dirençli gastrointestinal tutulumunun veya Beden Kitle İndeksinin 35 ve üzerinde olduğunun raporda belirtilmesi halinde infliksimab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınmamış olma kriteri aranmayacaktır.</p>   | <p>alınmamış olması halinde (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınmaması) tedavi sonlandırılır. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir. Bu hastaların ayrıca dirençli gastrointestinal tutulumunun veya Beden Kitle İndeksinin 35 ve üzerinde olduğunun raporda belirtilmesi halinde infliksimab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınmamış olma kriteri aranmayacaktır. <b>Gebelik varlığının raporda belirtilmesi halinde sertolizumab kullanımı için daha önceden diğer anti-TNF ilaçlardan en az birini kullanmış ve cevap alınmamış olması kriteri aranmayacaktır. Bu düzenlemenin yürürlük tarihi öncesi ilaca başlamış hastaların yukarıdaki devam şartlarını sağlaması durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.</b></p>  |
| <b>MADDE-2</b>  |   |
| <p><b>4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri</b><br/> (1) Çocukluk yaş grubunda;<br/> a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı;<br/> 1) 5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık (&lt; -2SD),<br/> 2) 5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (&lt; -2SD),<br/> olmasıdır. Malnütrisyon gelişmiş hastalarda bu durumların belirtildiği çocuk hastalıkları ve çocuk cerrahi 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, çocuk endokrinoloji veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 6 ay süreli rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.</p> | <p><b>4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri</b><br/> (1) Çocukluk yaş grubunda;<br/> a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı;<br/> 1) 5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık (&lt; -2SD),<br/> 2) 5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (&lt; -2SD),<br/> 3) 5 yaş üstü çocuklar için yaşa göre boyu (&lt; -2 SD), yaşa göre ağırlık (&lt; -2 SD),<br/> olmasıdır. Malnütrisyon gelişmiş hastalarda bu durumların belirtildiği çocuk hastalıkları ve çocuk cerrahi 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, çocuk endokrinoloji veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 6 ay süreli rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.</p> |
| <b>MADDE-3</b>  |   |
| <p><b>4.2.12.B-1-Spesifik olmayan/gamma/polivalan</b></p>   | <p><b>4.2.12.B-1-Spesifik olmayan/gamma/polivalan</b></p>   |

**immünglobulinler (Uygulama yolu Intravenöz veya Intravenöz /Subcutan olan İmmünglobulinler)**

(1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için;

a) Antikor üretiminin bozulduğu primer (konjenital) immün yetmezlik sendromlarında 1 yıl süre ile hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, romatoloji, nefroloji, immünoloji veya immünoloji ve alerji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından,

b) Profilaktik antibiyotiklerin başarısız veya kontrendike olduğu Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) hastalarındaki hipogamaglobulinemi ve rekürren bakteriyel enfeksiyonlarda veya Multipl Miyelom (MM) hastalarındaki hipogamaglobulinemi ve rekürren bakteriyel enfeksiyonlarda veya allojenik hematopoietik kök hücre transplantasyonu öncesinde veya sonrasında hipogamaglobulinemi endikasyonlarında 1 yıl süre ile hematoloji veya çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimleri tarafından,

c) Kanama riski yüksek olan veya cerrahi müdahale öncesi trombosit sayısının hızla yükseltilmesi gereken İmmün Trombositopeni (İTP) olgularında 1 yıl süre ile hematoloji uzman hekimi tarafından,

ç) Guillan-Barre sendromunda IVIG kritik fazda ilk tercih olarak 2 gr/kg dozunda (0,4 gr/kg/gün olarak ilk 5 günde, tekrarı gerekmesi halinde bir ay içinde 2 gr/kg dozunda (0,4 gr/kg/gün olarak 5 gün kullanılabilir.) 1 ay süre ile nöroloji uzman hekimi tarafından,

d) Kawasaki hastalığında 1 yıl süre ile romatoloji, immünoloji, immünoloji ve alerji, kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimleri tarafından,

e) Multifokal motor nöropati endikasyonunda, 2-5 günde bölünmüş dozlarda en fazla 2g/kg yükleme dozunda, yükleme tedavisine yanıt alınması durumunda **ayda bir (0,4 g/kg/ay)** tek dozda verilir ve 2 ay sonunda yanıt alınamazsa tedavi sonlandırılır. Başlangıç tedavisine

**immünglobulinler (Uygulama yolu Intravenöz veya Intravenöz /Subcutan olan İmmünglobulinler)**

(1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için;

a) Antikor üretiminin bozulduğu primer (konjenital) immün yetmezlik sendromlarında 1 yıl süre ile hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, romatoloji, nefroloji, immünoloji veya immünoloji ve alerji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından,

b) Profilaktik antibiyotiklerin başarısız veya kontrendike olduğu Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) hastalarındaki hipogamaglobulinemi ve rekürren bakteriyel enfeksiyonlarda veya Multipl Miyelom (MM) hastalarındaki hipogamaglobulinemi ve rekürren bakteriyel enfeksiyonlarda veya allojenik hematopoietik kök hücre transplantasyonu öncesinde veya sonrasında hipogamaglobulinemi endikasyonlarında 1 yıl süre ile hematoloji veya çocuk hematolojisi ve onkolojisi uzman hekimleri tarafından,

c) Kanama riski yüksek olan veya cerrahi müdahale öncesi trombosit sayısının hızla yükseltilmesi gereken İmmün Trombositopeni (İTP) olgularında 1 yıl süre ile hematoloji uzman hekimi tarafından,

ç) Guillan-Barre sendromunda IVIG kritik fazda ilk tercih olarak 2 gr/kg dozunda (0,4 gr/kg/gün olarak ilk 5 günde, tekrarı gerekmesi halinde bir ay içinde 2 gr/kg dozunda (0,4 gr/kg/gün olarak 5 gün kullanılabilir.) 1 ay süre ile nöroloji uzman hekimi tarafından,

d) Kawasaki hastalığında 1 yıl süre ile romatoloji, immünoloji, immünoloji ve alerji, kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimleri tarafından,

e) Multifokal motor nöropati endikasyonunda, 2-5 günde bölünmüş dozlarda en fazla 2g/kg yükleme dozunda, yükleme tedavisine yanıt alınması durumunda **2-6 haftada bir 1-2 g/kg** tek dozda verilir ve 2 ay sonunda yanıt alınamazsa tedavi sonlandırılır. Başlangıç tedavisine

|   |  |
|---|--|
| <p>yanıt alınması halinde idame tedavide 1 yıl süre ile nöroloji uzman hekimi tarafından,</p> <p>f) Kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati endikasyonunda steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında 2-5 ardışık günde bölünmüş dozlarda en fazla 2 g/kg yükleme dozunda, yükleme dozuna yanıt alınamaması durumunda <del>ayda bir (0,4 g/kg/ay) tek dozda</del> 1 veya 2 günde verilir ve 2 ay sonunda yanıt alınmazsa tedavi sonlandırılır. Başlangıç tedavisine yanıt alınması halinde <del>ayda bir (0,4 g/kg/ay) tek doz</del>, idame tedavide 1 yıl süre ile nöroloji uzman hekimi tarafından,</p> <p>g) Bulber tutulumu olan myastenia graviste 2 gr/kg dozunda (0,4 gr/kg/gün olarak ilk 5 günde) 1 yıl süre ile nöroloji uzman hekimi tarafından,</p> <p>düzenlenen, yukarıdaki bentlerde belirtilen ilgili uzman hekimlerin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden, ilgili bentlerde belirtilen uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Akut guillain barre sendromu ve bulber tutulumu olan myastenia gravis tanıli acil durumlarda ilgili uzman hekim raporu ile kullanılabilir. (Birdshot retinokoroidopati endikasyonu ödenmez.)</p> | <p>yanıt alınması halinde idame tedavide 1 yıl süre ile nöroloji uzman hekimi tarafından,</p> <p>f) Kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati endikasyonunda steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında 2-5 ardışık günde bölünmüş dozlarda en fazla 2 g/kg yükleme dozunda, yükleme dozuna yanıt alınamaması durumunda <b>3 haftada bir 1 g/kg total doz</b> 1 veya 2 günde verilir ve 2 ay sonunda yanıt alınmazsa tedavi sonlandırılır. Başlangıç tedavisine yanıt alınması halinde <b>3 haftada bir (0,4-1 g/kg) total doz 1 veya 2 günde</b>, idame tedavide 1 yıl süre ile nöroloji uzman hekimi tarafından,</p> <p>g) Bulber tutulumu olan myastenia graviste 2 gr/kg dozunda (0,4 gr/kg/gün olarak ilk 5 günde) 1 yıl süre ile nöroloji uzman hekimi tarafından,</p> <p>düzenlenen, yukarıdaki bentlerde belirtilen ilgili uzman hekimlerin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden, ilgili bentlerde belirtilen uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Akut guillain barre sendromu ve bulber tutulumu olan myastenia gravis tanıli acil durumlarda ilgili uzman hekim raporu ile kullanılabilir. (Birdshot retinokoroidopati endikasyonu ödenmez.)</p> |
| <b>MADDE-4</b>  |  |
| <b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b>   |  |
| <p>(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.</p>  |  |
| <p>1) <b>Dasatinib, bosutinib ve nilotinib;</b><br/>a) Kronik miyeloid lösemi tanıli yetişkin hastaların tedavisinde;</p> <p>2) Nilotinib <del>yalnızca</del>; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intoler (aşağıdaki 4. ve 5. maddede belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanıli yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en</p>   | <p>1) <b>Dasatinib, bosutinib ve nilotinib;</b><br/>a) Kronik miyeloid lösemi tanıli yetişkin hastaların tedavisinde;</p> <p>2) Nilotinib; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intoler (aşağıdaki 4. ve 5. maddede belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanıli yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.</p>   | <p>az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.</p>   |
| <p><b>u) Kabazitaksel, enzalutamid, apalutamid, darolutamid ve abirateron;</b></p> <p>3) Abirateron;</p> <p><b>YENİ EKLENDİ</b></p> <p>5) Darolutamid;</p> <p><b>YENİ EKLENDİ</b></p>   | <p><b>u) Kabazitaksel, enzalutamid, apalutamid, darolutamid ve abirateron;</b></p> <p>3) Abirateron;</p> <p>f) Sağlık Bakanlığınca onaylı endikasyonu olması halinde; cerrahi uygun olmayan non metastatik yüksek riskli (Klinik nod pozitif hastalık (N1) veya nod negatif ise 3 risk faktöründen en az ikisinin olması (Tümör evresi klinik T3 ya da T4, Gleason skoru 8-10, Total PSA <math>\geq</math> 40 ng/mL)) prostat kanserli hastalarda definitif radyoterapi ile birlikte androjen baskılama tedavisi (ADT) ile kombinasyon halinde en fazla 2 yıl süreyle kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>5) Darolutamid;</p> <p>c) Visseral metastazı olmayan hormon duyarlı metastatik prostat karsinomlu (mHDPK) yetişkin erkeklerin tedavisinde androjen deprivasyon tedavisiyle (ADT) kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> |
| <p>oo) Pleriksafor;</p> <p>2) Bünyesinde terapötik aferez merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği en az biri hematoloji uzman hekimi olmak üzere hematoloji ve onkoloji uzman hekimlerinden oluşan 1 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya onkoloji uzman hekimleri tarafından en fazla 4 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.</p> | <p>oo) Pleriksafor;</p> <p>2) Bünyesinde terapötik aferez merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği en az biri hematoloji uzman hekimi olmak üzere hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerinden oluşan 1 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya onkoloji uzman hekimleri tarafından en fazla 4 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.</p>   |
| <b>MADDE-5</b>  |   |
| <p><b>4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde</b></p> <p>(1) Formeterol, salmeterol ve bunların inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, indakaterol, glikopironyum, indakaterol+glikopironyum, tiotropium, vilanterol+flutikazon, vilanterol+umeklidinyum,</p>  | <p><b>4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde</b></p> <p>(1) Formeterol, salmeterol, arformoterol ve bunların inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, indakaterol, glikopironyum, indakaterol+glikopironyum, tiotropium, vilanterol+flutikazon, vilanterol+umeklidinyum,</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <p>tiotropium+olodaterol,<br/>beklometazon+formoterol+glikopronyum<br/>veya flutikazon<br/>furoat+umeclidinyum+vilanterol etken<br/>maddeli ilaçlar; göğüs hastalıkları, göğüs<br/>cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve<br/>hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri<br/>tarafından veya bu uzman hekimlerden biri<br/>tarafından düzenlenen uzman hekim<br/>raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete<br/>edilmesi halinde bedelleri Kurumca<br/>karşılır.</p> <p>(13) Nebül formundaki solunum sistemi<br/>ilaçları Sağlık Bakanlığınca onaylı<br/>endikasyonlarında kullanılması koşulu ile<br/>tüm hekimlerce raporsuz olarak en fazla bir<br/>kutu reçete edilmesi halinde, göğüs<br/>hastalıkları, immünoloji, immünoloji ve<br/>alerji, alerji veya çocuk sağlığı ve<br/>hastalıkları uzman hekimlerin biri tarafından<br/>düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise<br/>tedavinin devamı için diğer hekimlerce de<br/>reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca<br/>karşılır. Aynı grupta yer alan etkin<br/>maddeleri içeren iki ayrı nebül formundaki<br/>ilaçlar kombine olarak kullanılamaz.</p> | <p>tiotropium+olodaterol,<br/>beklometazon+formoterol+glikopronyum<br/>veya flutikazon<br/>furoat+umeclidinyum+vilanterol etken<br/>maddeli ilaçlar; göğüs hastalıkları, göğüs<br/>cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve<br/>hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri<br/>tarafından veya bu uzman hekimlerden biri<br/>tarafından düzenlenen uzman hekim<br/>raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete<br/>edilmesi halinde bedelleri Kurumca<br/>karşılır.</p> <p>(13) Nebül formundaki solunum sistemi<br/>ilaçları (arformoterol hariç) Sağlık<br/>Bakanlığınca onaylı endikasyonlarında<br/>kullanılması koşulu ile tüm hekimlerce<br/>raporsuz olarak en fazla bir kutu reçete<br/>edilmesi halinde, göğüs hastalıkları,<br/>immünoloji, immünoloji ve alerji, alerji veya<br/>çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman<br/>hekimlerin biri tarafından düzenlenen uzman<br/>hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı<br/>için diğer hekimlerce de reçete edilmesi<br/>halinde bedelleri Kurumca karşılır. Aynı<br/>grupta yer alan etkin maddeleri içeren iki ayrı<br/>nebül formundaki ilaçlar kombine olarak<br/>kullanılamaz.</p> |
| <b>MADDE-6</b>  |  |
| <p><b>4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda<br/>iloprost trometamol (inhaler formu),<br/>bosentan, masitentan, sildenafil, riociguat,<br/>seleksipag, tadalafil, epoprostenol,<br/>treprostinil sodyum ve ambrisentan<br/>kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) DSÖ Grup I pulmoner arteriyel<br/>hipertansiyon tanısı sağ kalp kateterizasyonu<br/>ile doğrulanan ve sağ kalp keterizasyonu<br/>vazoreaktivite testi negatif olan ve pulmoner<br/>arter kama basıncı &lt; 15 mmHg olan<br/>hastalarda;</p> <p>a) Fonksiyonel kapasiteleri NYHA sınıf II<br/>veya III olan hastalarda mono veya ikili<br/>kombinasyon (yetişkin için sadece<br/>ambrisentan veya masitentan ile tadalafil<br/>veya sildenafil kombinasyonu, 1-17 yaş için<br/>sadece bosentan ile sildenafil<br/>kombinasyonu) tedavisine başlanması<br/>halinde,</p>   | <p><b>4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda<br/>iloprost trometamol (inhaler formu),<br/>bosentan, masitentan, sildenafil, riociguat,<br/>seleksipag, tadalafil, epoprostenol,<br/>treprostinil sodyum, masitentan+ tadalafil<br/>ve ambrisentan kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) DSÖ Grup I pulmoner arteriyel<br/>hipertansiyon tanısı sağ kalp kateterizasyonu<br/>ile doğrulanan ve sağ kalp keterizasyonu<br/>vazoreaktivite testi negatif olan ve pulmoner<br/>arter kama basıncı &lt; 15 mmHg olan<br/>hastalarda;</p> <p>a) Fonksiyonel kapasiteleri NYHA sınıf II<br/>veya III olan hastalarda mono veya ikili<br/>kombinasyon (yetişkin için sadece<br/>ambrisentan veya masitentan ile tadalafil<br/>veya sildenafil kombinasyonu, 1-17 yaş için<br/>sadece bosentan ile sildenafil<br/>kombinasyonu, 2-17 yaş için sadece<br/>bosentan ile tadalafil kombinasyonu)<br/>tedavisine başlanması halinde,</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>b) Fonksiyonel kapasiteleri NYHA sınıf IV olan hastalarda mono, ikili veya üçlü kombinasyon tedavisine başlanması halinde,</p> <p>c) Epoprostenol etkin maddeli ilacın yalnızca; fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf III veya IV olan hastalarda kullanılması halinde,</p> <p>ç) Treprostinil sodyum etkin maddeli ilacın yalnızca; fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf III olan idiyopatik veya kalıtsal hastalarda kullanılması halinde,</p> <p>bedeli Kurumca karşılanır.</p>  | <p>b) Fonksiyonel kapasiteleri NYHA sınıf IV olan hastalarda mono, ikili veya üçlü kombinasyon tedavisine başlanması halinde,</p> <p>c) Epoprostenol etkin maddeli ilacın yalnızca; fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf III veya IV olan hastalarda kullanılması halinde,</p> <p>ç) Treprostinil sodyum etkin maddeli ilacın yalnızca; fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf III olan idiyopatik veya kalıtsal hastalarda kullanılması halinde,</p> <p>d) Masitentan+tadalafil etkin maddelerini sabit dozda içeren ilaçlar; son 3 ayda masitentan 10 mg ve tadalafil 40 mg (20 mg x 2) dozlarını içeren ilaçların birlikte kullanımı ile stabilize olan hastalarda tedaviye başlanması halinde,</p> <p>bedeli Kurumca karşılanır.</p>   |
| <b>MADDE-7</b>   |  |
| <p><b>4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri</b></p> <p>(9) Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarda yükleme dozu; 4-6 hafta arayla ardışık 3 doz uygulamadır. Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'de aflibersept etkin maddeli ilaç ile yükleme 5 doz olarak da uygulanabilir. Anti-VEGF ajanlar ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra idame tedaviler hekim tarafından belirlenecek aralıklarda sağlanacak, tekrar ilaç gereksinimi durumunda son kullanılan etkin maddeli ilaç ile tedaviye devam edilebilir.</p> <p>Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar için hekim tarafından gerekli görülmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde yükleme dozları tamamlanmaksızın da idame tedavilere geçilebilecektir.</p> | <p><b>4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri</b></p> <p>(9) Ranibizumab veya <b>2 mg ve 8 mg</b> aflibersept etkin maddeli ilaçlarda yükleme dozu; 4-6 hafta arayla ardışık 3 doz uygulamadır. Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'de aflibersept <b>2 mg</b> etkin maddeli ilaç ile yükleme 5 doz olarak da uygulanabilir. Anti-VEGF ajanlar ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra idame tedaviler hekim tarafından belirlenecek aralıklarda sağlanarak, tekrar ilaç gereksinimi durumunda son kullanılan etkin maddeli ilaç ile tedaviye devam edilebilecektir. <b>Aflibersept 8 mg etkin maddeli ilaç için yükleme dozu tamamlandıktan sonra idame tedavi en erken 3 ay aralıklarla yapılacaktır.</b></p> <p>Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar için hekim tarafından gerekli görülmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde yükleme dozları tamamlanmaksızın da idame tedavilere geçilebilecektir.</p> |
| <b>MADDE-8</b>   |  |
| <p><b>4.2.66- Gonadotropin kullanım ilkeleri</b></p> <p>(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 testosteron değeri sayısal olarak</p>   | <p><b>4.2.66- Gonadotropin kullanım ilkeleri</b></p> <p>(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 testosteron değeri sayısal olarak</p>   |

|  |   |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
|--|---|------------|---|-------|----------------------------------|-------|---------------------------------|-------|--------------------------------|-------|--|
| <p>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. Kombine FSH-LH preparatları <del>ile koryogonadotropin alfa etkin maddeli ilaçların birlikte kullanımı halinde Kurumca bedeli ödenmez.</del></p> | <p>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. Kombine FSH-LH preparatları <b>en fazla 750 IU/hafta dozda, koryogonadotropin alfa etkin maddeli ilaçlar en fazla 500 mcg/hafta dozda kullanılabilir.</b></p>   |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
| <p><b>MADDE-10</b><br/><b>HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇLAR LİSTESİ (EK-4/D)</b></p>   |   |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
| <p><b>1. Tüberküloz (A15-A19) (P37.0)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>YENİ EKLENDİ</b></p>   | <p><b>1. Tüberküloz (A15-A19) (A31) (P37.0)</b></p> <table border="1" data-bbox="805 779 1391 1301"> <tr> <td data-bbox="805 779 1102 891"><b>A31</b></td> <td data-bbox="1102 779 1391 891">Diğer mikobakteri türüne bağlı enfeksiyon</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 891 1102 1003">A31.0</td> <td data-bbox="1102 891 1391 1003">Pulmoner mikobakteri enfeksiyonu</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1003 1102 1115">A31.1</td> <td data-bbox="1102 1003 1391 1115">Kutanöz mikobakteri enfeksiyonu</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1115 1102 1189">A31.8</td> <td data-bbox="1102 1115 1391 1189">Mikobakteri enfeksiyonu, diğer</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1189 1102 1301">A31.9</td> <td data-bbox="1102 1189 1391 1301">Mikobakteri enfeksiyonu, tanımlanmamış</td> </tr> </table> | <b>A31</b> | Diğer mikobakteri türüne bağlı enfeksiyon | A31.0 | Pulmoner mikobakteri enfeksiyonu | A31.1 | Kutanöz mikobakteri enfeksiyonu | A31.8 | Mikobakteri enfeksiyonu, diğer | A31.9 | Mikobakteri enfeksiyonu, tanımlanmamış |
| <b>A31</b>   | Diğer mikobakteri türüne bağlı enfeksiyon   |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
| A31.0  | Pulmoner mikobakteri enfeksiyonu  |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
| A31.1  | Kutanöz mikobakteri enfeksiyonu   |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
| A31.8  | Mikobakteri enfeksiyonu, diğer  |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
| A31.9  | Mikobakteri enfeksiyonu, tanımlanmamış  |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
| <p><b>1.2. Antibiyotikler (çoklu ilaç direnci olan tüberkülozlar)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>YENİ EKLENDİ</b></p>   | <p><b>1.2. Antibiyotikler (çoklu ilaç direnci olan tüberkülozlar)</b></p> <p>1.2.12. Kinolon grubu antibiyotikler (Sadece A31.0, A31.1, A31.8 ve A31.9 ICD kodlarında muafiyet kapsamındadır.) (Sağlık Bakanlığı Endikasyon Dışı Genelge ve Kılavuzuna uyulacaktır.)</p> <p>1.2.13. Linezolid (Sadece A31.0, A31.1, A31.8 ve A31.9 ICD kodlarında muafiyet kapsamındadır.) (Sağlık Bakanlığı Endikasyon Dışı Genelge ve Kılavuzuna uyulacaktır.)</p>  |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |
| <p><b>4.10. Pulmoner hipertansiyon (I27.0) (I27.2)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>YENİ EKLENDİ</b></p>  | <p><b>4.10. Pulmoner hipertansiyon (I27.0) (I27.2)</b></p> <p>4.10.15. Masitentan ve tadalafil kombinasyonu*</p>  |            |   |       |                                  |       |                                 |       |                                |       |  |

| <b>MADDE-11</b>   |                                  |   |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|---|---|----------------------------------|--|
| <b>SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ (EK-4/E)</b>   |                                  |   |   |                                  |  |
| <b>13- DİĞERLERİ</b>  |                                  |   | <b>13- DİĞERLERİ</b>  |                                  |  |
| 28.1  | Fosfomisin<br>(oral<br>formları) | Sadece <del>alt—üriner</del><br><del>sistem—enfeksiyonu</del><br><del>tedavisinde—10—gün</del><br><del>içinde en fazla 2 saşe</del><br>kullanılması halinde<br>bedelleri Kurumca<br>karşılır. | 28.1  | Fosfomisin<br>(oral<br>formları) | Sadece yetişkin kadın<br>ve adölesan kızlardaki<br>akut, komplike<br>olmamış sistit tedavisi<br>ve yetişkin erkeklerde<br>transrektal prostat<br>biyopsisi sırasında<br>perioperatif<br>antibiyotik<br>profilaksisinin<br>tedavisinde haftada en<br>fazla bir saşe<br>kullanılması halinde<br>bedelleri Kurumca<br>karşılır. |
| <b>MADDE-12</b>   |                                  |   |   |                                  |  |
| <b>AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-4/F)</b>   |                                  |   |   |                                  |  |
| 67. Adrenalin oto enjektör formları: İmmünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya dermatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. 1 yıl içinde toplam 4 enjektörden fazla kullanılması durumunda yalnızca immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince rapor düzenlenerek immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. |                                  |   | 67. Adrenalin oto enjektör formları: İmmünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya dermatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. 1 yıl içinde toplam 4 enjektörden fazla kullanılması durumunda yalnızca immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince rapor düzenlenerek immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Acil servise başvuran anafilaksi tanılı hastalarda acil tıp uzman hekimleri tarafından 1 yıl içinde yalnızca bir defaya mahsus reçete edilebilir. |                                  |  |

**Madde 9-** Aynı Tebliğ eki “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” ekteki şekilde değiştirilmiştir.

**Madde 13-** Bu Tebliğin;

- 1 ilâ 8 inci maddeleri ile 10 ilâ 12 nci maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- 9 uncu maddesinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya

pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listeye giriş tarihinde (\*) işareti bulunan ilaçlar ile ilaç adında (\*\*) işareti bulunan ilaçlar yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

c) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

**MADDE 14-** Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

