

17 EKİM 2025 TARİHLİ SUT	25 KASIM 2025 TARİHLİ SUT
MADDE 1	
2.2.1.B-3- Evde sağlık hizmetlerinde ödeme (1) Evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç listeleri esas alınarak faturalandırılır. (2) Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ilaveten faturalandırılabilir. Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilir.	2.2.1.B-3-Evde sağlık hizmetlerinde ödeme (1) Evde sağlık hizmetleri bedelleri (diş tedavisine yönelik işlemler dahil) SUT eki EK-2/C listesinde yer alan "P920010 Evde sağlık hizmetleri" işlem kodundan faturalandırılır. Aynı sağlık hizmeti sunucusunda aynı hasta için günde en fazla bir adet "Evde sağlık hizmetleri bedeli" Kurumca karşılanır. (2) Hastanın aynı sağlık hizmeti sunucusuna ayaktan başvurusunda "P920010 Evde sağlık hizmetleri" işleminin faturalandırılması halinde ayaktan başvurduğu gün dahil, 10 (on) gün içinde "P920010 Evde sağlık hizmetleri" işlemi faturalandırılmaz. Sadece SUT eki "Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi (EK-2/A-2)"nde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılır. (3) Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ilaveten faturalandırılabilir. Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilir. (4) Epidermolizis bülloza hastalarına evde sağlık hizmeti kapsamında sunulan yara bakım hizmetleri "2.4.4.N- Epidermolizis Bülloza" maddesindeki hükümler doğrultusunda SUT eki EK-2/B listesinde yer alan "530533 Epidermolizis bülloza hastalığında yara bakım hizmetleri" işlemi üzerinden faturalandırılır.

MADDE 2

4.2.1.C-Biyolojik ajanlar (Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, kanakinumab, anakinra, tosilizumab, sekukinumab, iksekizumab, guselkumab, risankizumab, vedolizumab, bimekizumab), tofacitinib, barisitinib, upadacitinib, abrositinib ve apremilast kullanım ilkeleri

(1) Tedaviye uzun süre ara veren (Rituksimab için 12 ay diğer etkin maddeler için 6 ay ve daha uzun süre) hastalarda özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla yeniden başlangıç kriterleri aranır.

(2) Ara vermeden; etkisizlik veya yan etki nedeniyle ilaç değişiminin yapılması halinde özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla tedaviye başlangıç dozu ile başlanır.

(3) Aynı hasta için iki farklı tanı ile iki farklı anti-TNF veya anti-TNF dışındaki iki farklı biyolojik ajanın birlikte kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Tedavi basamaklarında değişiklik yapılması halinde tedavinin başladığı tarihteki Sağlık Uygulama Tebliğinde yer alan başlangıç kriterleri geçerlidir.

(1) Tedaviye uzun süre ara veren (Rituksimab için 12 ay diğer etkin maddeler için 6 ay ve daha uzun süre) hastalarda özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla yeniden başlangıç kriterleri aranır.

(2) Ara vermeden; etkisizlik veya yan etki nedeniyle ilaç değişiminin yapılması halinde özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla tedaviye başlangıç dozu ile başlanır.

(3) Aynı hasta için iki farklı tanı ile iki farklı anti-TNF veya anti-TNF dışındaki iki farklı biyolojik ajanın birlikte kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Tedavi basamaklarında değişiklik yapılması halinde tedavinin başladığı tarihteki Sağlık Uygulama Tebliğinde yer alan başlangıç kriterleri geçerlidir.

(5) Tanı değişikliğinin oluşması halinde yeni tanıda idame kriterleri geçerlidir.

4.2.1.C-5 -Tosilizumab

(4) Dev Hücreli Arteriti (DHA) ~~bulunan erişkin hastalarda, uzun süre ve~~ yüksek doz kortikosteroid kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tosilizumabın subkütan formu ile tedaviye başlanır.

4.2.1.C-5 -Tosilizumab

(4) Tosilizumabın Dev Hücreli Arteriti (DHA) hastalığında kullanımı;

1) Aşağıda belirtilen koşullardan en az birini sağlayan hastalarda bu durumların belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tosilizumabın subkütan formu ile tedaviye başlanır.

a) Yüksek doz kortikosteroidle birlikte Sağlık Bakanlığından onaylı olması halinde methotreksat, leflunomid, azatioprinin herhangi birinin 3 ay süre ile kullanılmış olmasına rağmen yanıt alınamaması durumunda.

b) Yüksek doz kortikosteroid kullanımının kontrendike olduğu durumlarda.

İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye

2) İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye

devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir romatoloji veya immünoloji ve-alerji uzman hekimlerinden birinin yer alması ve reçetelerin romatoloji veya immünoloji ve-alerji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir romatoloji veya immünoloji uzman hekimlerinden birinin yer alması ve reçetelerin romatoloji veya immünoloji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2.1.C-6 –Tofacitinib, upadasitinib, abrositinib ve barisitininib	4.2.1.C-6 –Tofacitinib, upadasitinib, abrositinib ve barisitininib (11) Upadasitinibin Dev Hücreli Arteriti (DHA) hastalığında kullanımı; 1) Aşağıda belirtilen koşullardan en az birini sağlayan hastalarda bu durumların belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak upadasitinib ile tedaviye başlanır: a) Yüksek doz kortikosteroidle birlikte Sağlık Bakanlığında onaylı olması halinde methotreksat, leflunomid, azatioprinin herhangi birinin 3 ay süre ile kullanılmış olmasına rağmen yanıt alınamaması durumunda. b) Yüksek doz kortikosteroid kullanımının kontrendike olduğu durumlarda. 2) İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir romatoloji veya immünoloji uzman hekimlerinden birinin yer alması ve reçetelerin romatoloji veya immünoloji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2.1.C-9- Sekukinumab	4.2.1.C-9- Sekukinumab (4) Aktif orta ilâ şiddetli hidradenitis süpürativalı (akne inversa) erişkin hastalarda; a) 6 hafta süreyle sistemik antibiyotik ve en az 3 ay süreyle uygun dozda adalimumab tedavisini kullanmış olmasına rağmen yeterli yanıt alınamayan hastalarda bu durumların

YENİ EKLENDİ

YENİ EKLENDİ	belirtildiği en fazla 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak sekukinumab tedavisine başlanır. b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda yapılan değerlendirmede; başlangıca göre apse ve inflamatuvar nodüllerde en az %50 azalma ve apse sayılarında artış olmaması ve akıntılı fistüllerin sayısında artış olmaması halinde bu durumların belirtildiği en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Devam eden raporlarda başlangıç kriterleri aranmaz. Tedaviye 1 yıl ve daha uzun süre ara veren hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır. c) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında üç dermatoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden dermatoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri (1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce toplam 1 yıl süre ile reçete edilebilir. Bu gruplar arasında ilaç değişimi gereken hallerde ve/veya bu ilaçların 1 yıldan uzun süre kullanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanların psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından reçete edilmesi veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde, 1 yıldan uzun süre kullanılması gereken durumlarda ise psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bupropiyon HCl, vortiksetin, trazodon	4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri (1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce toplam 1 yıl süre ile reçete edilebilir. Bu gruplar arasında ilaç değişimi gereken hallerde ve/veya bu ilaçların 1 yıldan uzun süre kullanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanların psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından reçete edilmesi veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde, 1 yıldan uzun süre kullanılması gereken durumlarda ise psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bupropiyon HCl, trazodon uzatılmış salımlı

uzatılmış salımlı formları ve agomelatin içeren ürünlerin yalnızca orta veya ağır depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. (2) Klozapin, olanzapin, olanzapin kombinasyonları, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol, brekspiprazol, lurasidon, kariprazin veya paliperidon içeren ürünlerin psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Klozapin etken maddeli ilaçlar için düzenlenen reçetelerde en fazla 1 aylık ilaç bedeli Kurumca karşılanır. Brekspiprazol etkin maddeli ilaçlar majör depresif bozukluk (MDD) endikasyonunda ödenmez.	formları ve agomelatin içeren ürünlerin yalnızca orta veya ağır depresif bozukluk tedavisinde, vortioksetin etkin maddeli ilaçların major depresif epizotların tedavisinde psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. (2) Klozapin, olanzapin, olanzapin kombinasyonları, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol, brekspiprazol, lurasidon, kariprazin veya paliperidon içeren ürünlerin psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Klozapin etken maddeli ilaçlar için düzenlenen reçetelerde en fazla 1 aylık ilaç bedeli Kurumca karşılanır.
MADDE 4 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. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin 1 yıldan daha uzun sürede kullanımı gerektiğinde; onkoloji, hematoloji, kalp damar cerrahisi, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, genel cerrahi veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Gebelerde ise kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimince düzenlenen 9 ay süreli	4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri (1) Uzman hekim tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli kullanılacak ilacın dozunu gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır ve bu rapora istinaden tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin 6 aydan daha uzun sürede kullanımı gerektiğinde; onkoloji, hematoloji, kalp damar cerrahisi, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, genel cerrahi veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Gebelerde ise kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimince düzenlenen 10 ay süreli uzman hekim

uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
MADDE 5 4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;	
u) Kabazitaksel, enzalutamid, darolutamid ve abirateron; 3) Abirateron;	u) Kabazitaksel, enzalutamid, darolutamid ve abirateron; 3) Abirateron; d) Sağlık Bakanlığınca onaylı endikasyonu olması halinde; yetişkin erkek hastalarda, Androjen Baskılama Tedavisi (ADT) ile birlikte yeni teşhis edilmiş Metastatik Hormona Duyarlı Prostat Kanserinin (mHDPK) tedavisinde progresyona ya da kabul edilemeyecek yan etki oluşana kadar prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. e) Sağlık Bakanlığınca onaylı endikasyonu olması halinde; yetişkin erkek hastalarda, dosetaksel ve Androjen Baskılama Tedavisi (ADT) ile birlikte yüksek hacimli (viseral metastaz ya da en az 1 kemik metastazının vertebra ve pelvis dışı olan ≥ 4 kemik metastazı varlığı) hastalığı olan Metastatik Hormona Duyarlı Prostat Kanserinin (mHDPK) tedavisinde progresyona ya da kabul edilemeyecek yan etki oluşana kadar prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Kombinasyon tedavisinde, dosetakselin bir siklusu gecikse, kesintiye uğrasa veya kesilse bile hastalık ilerleyene kadar veya kabul edilemez toksisite gelişene kadar tedaviye devam edilebilir.
yy) İksazomib; 3) İksazomib, karfilzomib, daratumumab ve pomalidomid etken maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.	yy) İksazomib; 3) İksazomib, karfilzomib, daratumumab, isatuksimab, elranatamab, selineksor ve pomalidomid etken maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
zz) Pomalidomid; 5) İksazomib, karfilzomib, daratumumab ve pomalidomid etkin maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine	zz) Pomalidomid; 5) İksazomib, karfilzomib, daratumumab, isatuksimab, elranatamab, selineksor ve pomalidomid etkin maddeli ilaçların özel

olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.	hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
aaa) Karfilzomib; 3) İksazomib, karfilzomib, daratumumab ve pomalidomid etken maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.	aaa) Karfilzomib; 3) İksazomib, karfilzomib, daratumumab, isatuksimab, elranatamab, selineksor ve pomalidomid etken maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
fff) Daratumumab; 4) İksazomib, karfilzomib, daratumumab ve pomalidomid etken maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.	fff) Daratumumab; 4) İksazomib, karfilzomib, daratumumab, isatuksimab, elranatamab, selineksor ve pomalidomid etken maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. 5) Daratumumab direnci olan hastalarda isatuksimabın, isatuksimab direnci olan hastalarda daratumumabın kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
ttt) Selineksor; 1) Daha önce en az 1-3 sıra multiple myelom tedavisini uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış ve önceki tedavilerle Proteazom İnhibitörüne (PI) dirençli olmayan (önceki PI ile en az kısmi yanıt elde edilmiş ve en son PI maruziyetinin üzerinden en az 6 ay geçmiş olan) relaps/refrakter multiple myelom tanılı yetişkin hastaların tedavisinde bortezomib ve deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	ttt) Selineksor; 1) Daha önce en az 1-3 sıra multiple myelom tedavisini uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış ve önceki tedavilerle Proteazom İnhibitörüne (PI) dirençli olmayan (önceki PI ile en az kısmi yanıt elde edilmiş ve en son PI maruziyetinin üzerinden en az 6 ay geçmiş olan) relaps/refrakter multiple myelom tanılı yetişkin hastaların tedavisinde bortezomib ve deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 2) Daha önce en az dört sıra multiple miyelom tedavisini uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış ve hastalığı en az iki proteazom inhibitörüne, iki immünomodülatör ajana ve bir anti-CD38 monoklonal antikoruna refrakter olan ve aldığı son tedavi sırasında progresyon görülen multipl miyelom tanılı yetişkin hastaların tedavisinde deksametazon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
2) 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür	3) Üçüncü kür sonunda en az minör yanıt, altıncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür

sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 4) İksazomib, karfilzomib, daratumumab, isatuksimab, elranatamab, selinexsor ve pomalidornid etkin maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
uuu) Elranatamab; YENİ EKLENDİ	uuu) Elranatamab; 3) İksazomib, karfilzomib, daratumumab, isatuksimab, elranatamab, selinexsor ve pomalidomid etkin maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
YENİ EKLENDİ	üüü) İsatuksimab; 1) Daha önce lenalidomid ve bir proteozom inhibitörü dahil en az iki sıra multiple miyelom tedavisini uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış ve son tedavilerinde progresyon görülen, nüks ve dirençli erişkin multipl miyelom hastalarının tedavisinde, pomalidomid ve deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 2) Üçüncü kür sonunda en az minör yanıt, altıncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 3) İksazomib, karfilzomib, daratumumab, isatuksimab, elranatamab, selinexsor ve pomalidomid etkin maddeli ilaçların özel hükümleri dışında birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

YENİ EKLENDİ

4) Daratumumab direnci olan hastalarda isatuksimabın, isatuksimab direnci olan hastalarda daratumumabın kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

vvv) Fedratinib;

1) Primer miyelofibrosis, post polistemik miyelofibrosis veya esansiyel trombositemi sonrası ikincil miyelofibrosis tanılı hastalarda splenomegaliye bağlı semptomların tedavisinde aşağıdaki koşulların tümünü taşıyan yetişkin hastalarda ilaca başlanır.

a) Semptomatik masif splenomegalisi bulunan.

b) DIPPS plus skorlama sistemine göre orta veya yüksek risk grubu olan.

c) 6 ay süre ile ruksolitinib tedavisi almış ve uluslararası çalışma grubu uzlaş kriterlerine göre kot kavsi altında fizik muayene ile ölçülen dalak boyutunda başlangıca göre $\geq 50\%$ (USG ile ölçülen dalak hacminde $\geq 35\%$) azalma elde edilemeyen veya elde edilen yanıtı kaybolan.

ç) Güncel kan sayım değerlerinde trombosit sayısının $\geq 50.000/\text{mm}^3$, hemoglobin düzeyinin $\geq 8 \text{ g/dl}$, nötrofil sayısının $\geq 1000/\text{mm}^3$ ve çevresel kan blast oram $< 10\%$ olan.

d) Kemik iliği nakline uygun olmayan.

2) Tedaviye başlandıktan 6 ay sonra yapılan yanıt değerlendirmesinde dalak boyutunda bir azalma yoksa veya konstitusyonel semptomlarda (ateş, gece terlemesi, kilo kaybı veya kaşıntı vb. semptomlarından herhangi biri) tedavinin başlangıcından beri bir iyileşme görülmemişse tedavi kesilir. 6. ayda yapılan yanıt değerlendirmesi, devamında düzenlenecek her 3 aylık raporda belirtilir.

3) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin

	bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
MADDE 6	
4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı (5) İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerde kullanılan tıbbi mamalar, çocuk gastroenteroloji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.	4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı (5) İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerde kullanılan tıbbi mamalar, çocuk gastroenteroloji, çocuk alerji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
MADDE 7	
4.2.24.A - Astım tedavisinde (3) Mepolizumab ve benralizumab; b) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. c) İlk tedaviye yanıtın üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 16 ncı haftada değerlendirilmesi ve tedaviye devamın uygun görülmesi halinde bu durumun belirtildiği en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.	4.2.24.A - Astım tedavisinde (3) Mepolizumab ve benralizumab; b) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, en az bir alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak göğüs hastalıkları, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. c) İlk tedaviye yanıtın üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 16 ncı haftada değerlendirilmesi ve tedaviye devamın uygun görülmesi halinde bu durumun belirtildiği en az bir alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göğüs hastalıkları, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
MADDE 8	
4.2.27.A.1- Faktörler (4) Kombine koagülasyon faktörü/protrombinkompleksi konsantreleri; b) Acil müracaatlarda;	4.2.27.A.1- Faktörler (4) Kombine koagülasyon faktörü/protrombinkompleksi konsantreleri; b) Acil durumlarda; yatan hastalarda acil durumlarda veya ayaktan acil müracaatlarda;

1-Kumarin türevlerinin ve non vitamin K (NOAK) oral antikoagülanların uygulanmasından kaynaklanan ve hayatı tehdit eden aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek koşulu ile hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç ~~kullanılması~~ halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bir günden uzun sürecek tedavilerin hematoloji uzman hekimlerince, hematoloji uzman hekiminin bulunmadığı sağlık hizmeti sunucularında ise ~~ilgili uzman hekim tarafından kanamanın devam ettiğini bildirir günlük kullanım dozunun belirtildiği en fazla üç gün süreli rapor~~ düzenlenmek suretiyle tedaviye devam edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2-Kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizliği, karaciğer yetmezliği gibi) oluşan kanamalarda ilgili kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete ~~edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir.~~ Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

1) Kumarin türevlerinin ve non vitamin K (NOAK) oral antikoagülanların uygulanmasından kaynaklanan ve hayatı tehdit eden aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek koşulu ile **yatan hastalarda acil durumlarda veya ayaktan acil müracaatlarda tüm uzman hekimlerce rapor şartı aranmaksızın** hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç **reçete edilmesi** halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bir günden uzun sürecek tedavilerin **kanamanın devam ettiğini bildirir günlük kullanım dozunun belirtildiği en fazla üç gün süreli** hematoloji uzman hekimlerince **düzenlenecek rapor ile**, hematoloji uzman hekiminin bulunmadığı sağlık hizmeti sunucularında ise **en az bir dahiliye ve/veya çocuk sağlığı hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu** düzenlenmek suretiyle tedaviye devam edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizliği, karaciğer yetmezliği gibi) oluşan kanamalarda ilgili kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce **yatan hastalarda acil durumlarda veya ayaktan acil müracaatlarda rapor şartı aranmaksızın** hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir. **Bir günden uzun sürecek tedavilerin hematoloji uzman hekimlerince düzenlenecek rapor ile, hematoloji uzman hekiminin bulunmadığı sağlık hizmeti sunucularında ise ilgili uzman hekim tarafından kanamanın devam ettiğini bildirir günlük kullanım dozunun belirtildiği en fazla üç gün süreli en az bir dahiliye ve/veya çocuk sağlığı hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu** düzenlenmek suretiyle tedaviye devam edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavinin devam etmesi durumunda hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilir.

MADDE 9	
4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, riociguat, seleksipag, tadalafil, epoprostenol), treprostinil sodyum ve ambrisentan kullanım ilkeleri YENİ EKLENDİ	4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, masitentan, sildenafil, riociguat, seleksipag, tadalafil, epoprostenol), treprostinil sodyum ve ambrisentan kullanım ilkeleri (10) Bosentan etkin maddesini 32 mg dozunda içeren ilaçlar pulmoner arteriyel hipertansiyonda; yukardaki fıkralarda belirtilen koşulları sağlayan 30 kg altı pediatrik hastalar veya kilo sınırı aranmaksızın yutma güçlüğü olan (yoğun bakımda tedavi gören veya entübe veya ağızdan beslenemeyen veya nazogastrik beslenme zorunluluğu olan) hastalarda reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
MADDE 10	
4.2.32 - Kontrast maddeler (6) Reçeteye ön tanı ve istenilen tetkik, tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekimi tarafından yazılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. İyodize yağ asitleri etil esterleri yalnızca radyoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.	4.2.32 - Kontrast maddeler (6) Reçeteye ön tanı ve istenilen tetkik, tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekimi tarafından yazılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. İyodize yağ asitleri etil esterleri yalnızca girişimsel radyoloji işlemi yapan radyoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.
MADDE 11	
4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri YENİ EKLENDİ	4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (8) Empagliflozin (sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörü) ve linagliptin (DPP-4 antagonisti) kombine preparatları; metformin ve/veya sülfonilüre ve empagliflozin veya linagliptinden biri ile birlikte kullanılmasına rağmen 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. Linagliptin ve empagliflozin kombinasyonu, diğer DPP-4 antagonistleri, SGLT2 inhibitörleri ve GLP-1 analogları ile birlikte kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

MADDE 12	
4.2.43 - Dijital ülseri olan sistemik skleroz hastalarında ilaç kullanım ilkeleri (2) Bosentan, sistemik skleroza bağlı dijital ülserli hastalarda; a) Kalsiyum kanal blokerleri ve intravenöz iloprost ile en az 3 ay süreyle tedavi görmüş ve yanıt alınamamış ve en az biri 2 mm'den fazla çapı ve görünebilir derinliği olan ağrılı kardinal ülser olmak üzere multiple (≥ 4 adet) dijital ülseri olan hastalarda tedaviye başlanır.	4.2.43 - Dijital ülseri olan sistemik skleroz hastalarında ilaç kullanım ilkeleri (2) Bosentan, sistemik skleroza bağlı dijital ülserli hastalarda; a) Kalsiyum kanal blokerleri ve intravenöz iloprost ile en az 3 ay süreyle tedavi görmüş ve yanıt alınamamış ve en az biri 2 mm'den fazla çapı ve görünebilir derinliği olan ağrılı kardinal ülser olmak üzere multiple (≥ 4 adet) dijital ülseri olan hastalarda tedaviye başlanır. Bosentan etkin maddesini 32 mg dozunda içeren ilaçlar ise bu durumları karşılayan ve yutma güçlüğü çeken (yoğun bakımda tedavi gören veya entübe veya ağızdan beslenemeyen veya nazogastrik beslenme zorunluluğu olan) erişkin hastalarda raporda belirtilmesi koşulu ile reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
MADDE 14	
4.4.2 - İç Referans Fiyatlandırma Uygulaması (1) İç referans fiyatlandırma uygulaması; aynı endikasyonlar için kullanılabilecek etken maddeleri içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında birim fiyat karşılaştırması esasına dayanır. Kurum, iç referans fiyatlandırma uygulaması kapsamında gruplar oluşturabilir. a) Eşdeğer grup uygulaması; aynı etken maddeyi aynı dozda içeren benzer dozaj formundaki ilaçlar aynı eşdeğer grupta değerlendirilir, bu ilaçlar eczanede ikame edilebilir. b) Eşdeğer grup uygulaması dışında yapılan diğer iç referans fiyatlandırma uygulamaları arasında; aynı etken maddeyi içermekle birlikte Sağlık Bakanlığınca ruhsatlı endikasyonlarında farklılık olan ilaçlardan oluşan gruplar, aynı etken maddeyi içermekle birlikte Sağlık Bakanlığınca cihaz direnç farklılıkları belirtilen ilaçlardan oluşan gruplar, aynı etken maddeyi içermekle birlikte hasta sağlığının korunması ve Sağlık Bakanlığınca eczane ikamesinin emniyetli olmadığı belirtilen ilaçlardan oluşan gruplar ile akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde değerlendirilen ve hastaların tedaviye	4.4.2 - İç Referans Fiyatlandırma Uygulaması (1) İç referans fiyatlandırma uygulaması kapsamında; eşdeğer grup uygulaması, aynı etken maddeyi aynı dozda içeren benzer dozaj formundaki ilaçların aynı eşdeğer grupta değerlendirilmesi esasına dayanır, bu gruplarda yer alan ilaçlar eczanede ikame edilebilir. Ayrıca Kurum, akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde Sağlık Bakanlığının da yer

erişiminde zorluk oluşturmayacağı komisyonlar tarafından belirlenen ilaçlardan oluşan gruplar yer alır. Aneak bu gruplarda yer almakla birlikte farklı eşdeğer gruplarda bulunan ilaçlar eczanede ikame edilemez. (2) İç referans fiyatlandırma uygulaması kapsamında yer alan ilaçlara ait ödemelerde, grubun en ucuz ilaç bedelinin %5 fazlasına kadarı dikkate alınacaktır. a) Bu esaslara göre belirlenen gruplarda; SUT'un 4.4.1 maddesinde belirtilen kamu kurum iskontoları ile belirlenen kamu fiyatı üzerinden gruptaki ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen "indirimli birim bedeller" karşılaştırılarak en ucuz birim bedel bulunur. Bulunan en ucuz birim bedele %5 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur. Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilacın ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilacın kamu fiyatı ile karşılaştırılır. Kamu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı ödenmez. b) Hastalar ve eczaneler tarafından ulaşılabilir olması amacıyla azami birim bedelin hesaplanmasına esas olan en ucuz ilacın belirlenmesinde Kurum tarafından tespit edilebilen son 5 aylık verinin en az 1 ayında grup içinde %1 pazar payına sahip olması hususu gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesinde ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" yetkilidir.	aldığı komisyonlar ile hastaların tedaviye erişiminde zorluk oluşturmayacağı belirlenen ilaçlar için gruplar oluşturabilir, bu gruplarda bulunan ilaçlar eczanede ikame edilemez. (2) İç referans fiyatlandırma uygulaması kapsamında yer alan ilaçlara ait ödemelerde, ilaçların %1 pazar payına sahip olması hususu gözetilerek grubun en ucuz ilaç bedelinin %6 fazlasına kadarı dikkate alınır. a) Bu kapsamda belirlenen gruplarda; SUT'un 4.4.1 maddesinde belirtilen kamu kurum iskontoları ile hesaplanan kamu fiyatı üzerinden gruptaki ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen "indirimli birim bedeller" karşılaştırılarak en ucuz birim bedel bulunur. Bulunan en ucuz birim bedele %6 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur. Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilacın ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilacın kamu fiyatı ile karşılaştırılır. Kamu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı ödenmez. b) Hastalar ve eczaneler tarafından ulaşılabilir olması amacıyla azami birim bedelin hesaplanmasına esas olan en ucuz ilacın belirlenmesinde Kurum tarafından tespit edilebilen son 5 aylık verinin en az 1 ayında grup içinde %1 pazar payına sahip olması hususu gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesinde ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" yetkilidir.
MADDE 19 HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇLAR LİSTESİ (EK-4/D)	
<u>2. Kanser (C00- C97) (D00--D48) C8C844</u> YENİ EKLENDİ	<u>2. Kanser (C00- C97) (D00--D48) C8C844</u> 2.34. İsatuksimab*

8.2. Yalnızca bu hastalıkların tedavisine yönelik kullanılan ilaçlar 8.2.2. Şelatörler *			8.2. Yalnızca bu hastalıkların tedavisine yönelik kullanılan ilaçlar 8.2.2. Şelatörler * (Deferasiroks kan transfüzyonlarına bağlı kronik demir yüklemesi tedavisinde; Miyelodisplastik sendrom (D46), Kronik myeloproliferatif hastalık (D47.1), Orak (sickle cell) hücre anemiler (D57), Kalıtsal diğer hemolitik anemiler (D58), Aplastik diğer anemiler (D61) ICD kodlarında ve Talasemi tedavisinde (D56); ICD kodlarında, EK-4/F hükümlerine göre)		
YENİ EKLENDİ					
9.2.33. Upadasitinib* (sadece 9.1.5., 9.1.6.2. ve 9.1.6.4. maddelerinde tanımlı ICD-10 kodlarında)			9.2.33. Upadasitinib* (sadece 9.1.3.8., 9.1.5., 9.1.6.2. ve 9.1.6.4. maddelerinde tanımlı ICD-10 kodlarında)		
13.5. Hidraadenitis suppurativa (L73.2) YENİ EKLENDİ			13.5. Hidraadenitis suppurativa (L73.2) 13.5.5. Sekukinumab *		
14.2. AİDS (HIV) (B20- B24) YENİ EKLENDİ YENİ EKLENDİ			14.2. AİDS (HIV) (B20- B24) (Z20.6) Z20.6 İnsan immünyetmezlik virüsü [HIV]'ne temas ve maruz kalma 14.2.1. Antiviraller (Z20.6 Kodu ile ödenmesi sadece bir aylık dozda ve çocuk hastalar içindir.)		
MADDE 20 SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ (EK-4/E)					
10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER			10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER		
21	Siklopiroks olamin şampuan formları	Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	21	Siklopiroks olamin şampuan formları	Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından veya ara verilmeksizin sadece 3 aylık süre içinde en fazla ayda 1 kutu olacak şekilde aile hekimlerinde reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

11-ANTİVİRAL İLAÇLAR**A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar****YENİ EKLENDİ****11-ANTİVİRAL İLAÇLAR****A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar**

23	Dolutegravir + lamivudin	(1) İntegraz inhibitörü sınıfına veya lamivudine karşı bilinen veya şüphelenilen direnci olmayan, yetişkinlerde ve en az 40 kg ağırlığında 12 yaşından büyük adolesanlarda İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü tip1 (HIV-1) enfeksiyonunun tedavisinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman hekimlerince, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
----	--------------------------	---

MADDE 21**AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-4/F)****YENİ EKLENDİ**

39.2. Paliperidonun 6 aylık depo parenteral formları (Aralıksız en az 4 ay süreyle paliperidonun 1 aylık depo parenteral formunun 100 mg veya 150 mg dozlarda kullanımı veya en az bir kere 3 aylık depo parenteral formunun 350 mg veya 525 mg dozlarda kullanımı sonrası klinik olarak stabil olan hastalarda bu durumun belirtildiği psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. İlacın dozu, ilaç geçişleri, kullanım süreleri ve idame koşulları Sağlık Bakanlığınca onaylı Kısa Ürün Bilgisinde

	belirtilen pozolojisi doğrultusunda yapılmalıdır. 6 aylık depo parenteral form ile stabil olan hastalarda tedaviye altı aylık depo parenteral formula devam edilir. Bu tedaviye devam edilemeyen hastalarda ise gerekçesinin belirtildiği psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bir aylık veya üç aylık depo parenteral formuna yeniden geçilebilir.)
45. Solifenasin, tolterodine-L, trospiyum, darifenasin, propiverin, fesoterodin, mirabegron, transdermal oksibutinin; oral oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, üroloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Duloksetin, erişkin kadınlarda orta dereceli ve şiddetli stres üriner inkontinansın tedavisinde ve stres üriner inkontinansın baskın olduğu mikst üriner inkontinans (sıkışma ve stres üriner inkontinansın birlikteliği) tedavisinde nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, üroloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Solifenasin, tolterodine-L, trospiyum, darifenasin, propiverin, fesoterodin, transdermal oksibutinin ve oral oksibutinin etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.	45. Solifenasin, tolterodine-L, trospiyum, darifenasin, propiverin, fesoterodin, mirabegron, transdermal oksibutinin; oral oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, üroloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, geriatri veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Duloksetin, erişkin kadınlarda orta dereceli ve şiddetli stres üriner inkontinansın tedavisinde stres üriner inkontinansın baskın olduğu mikst üriner inkontinans (sıkışma ve stres üriner inkontinansın birlikteliği) tedavisinde nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, üroloji, geriatri veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Solifenasin, tolterodine-L, trospiyum, darifenasin, propiverin, fesoterodin, transdermal oksibutinin ve oral oksibutinin etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.
YENİ EKLENDİ	88. Torasemid 200 mg; 10-40 mg dozlarda kullanıma rağmen volüm yükünün veya ödemin devam ettiği, eGFR <30 ml/dk ağır böbrek yetersizliği olan hastalarda, bu durumların belirtildiği nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden nefroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

MADDE 22 SADECE YATARAK TEDAVİLERDE KULLANIMI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ (EK-4/G)	
27.1. Alteplaz erişkinlerde; kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya acil tıp uzmanları tarafından yalnızca aşağıda tanımlanan durumlarda; a) Akut miyokard enfarktüsünün trombolitik tedavisinde veya b) Hemodinamik instabilite ile birlikte olan akut masif akciğer embolisinin trombolitik tedavisinde veya c) Akut iskemik inmenin trombolitik tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	27.1. Alteplaz erişkinlerde; kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon, girişimsel radyoloji veya acil tıp uzmanları tarafından yalnızca aşağıda tanımlanan durumlarda; a) Akut miyokard enfarktüsünün trombolitik tedavisinde veya b) Hemodinamik instabilite ile birlikte olan akut masif akciğer embolisinin trombolitik tedavisinde veya c) Akut iskemik inmenin trombolitik tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
27.4. Absiksimab; 24 saat içinde yüksek riskli perkütan koroner girişim yapılması planlanan akut koroner sendrom hastalarında uygulanacak perkütan girişim sırasında anjiyografik olarak intrakoronar trombüs yükü fazla ve/veya no-reflow fenomeninin tespit edildiği hastalarda kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından reçete/tabela edilebilir.	27.4. Absiksimab; akut koroner sendrom hastalarında perkütan koroner girişim sırasında, anjiyografik olarak intrakoronar trombüs yükü fazla ve/veya no-reflow fenomeninin tespit edildiği hastalarda kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından reçete/tabela edilebilir.
YENİ EKLENDİ	89. 18F-Florokolin: Yalnızca hiperparatiroidi hastalarında son 6 ay içerisinde yapılan boyun USG normal ya da şüpheli ve paratiroid sintigrafisi, dual faz (Tc-99m MIBI) negatif olması halinde paratiroid adenomu tespiti ve lokalizasyonu için üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında nükleer tıp uzman hekim raporu istinaden yine bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

MADDE 23-Bu Tebliğin;

- a) 1 inci, 13 üncü, 15 inci ve 16 ncı maddeleri yayımı tarihinden 10 iş günü sonra,
 - b) 2 ilâ 12 nci maddeleri, 17 nci maddesi ve 19 ilâ 22 nci maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
 - c) 14 üncü maddesi yayımı tarihinden 1 iş günü sonra,
 - ç) 18 inci 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,
 - d) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,
- yürürlüğe girer.

MADDE 24-Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

