



SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü  
İlaç Daire Başkanlığı

Sayı : E-89843079-104.03[104.03]-139041170

Konu : SUT 4.2.14.C/3 (n) Maddesi Kapsamında  
Tereddüt Yaşanan Sorunlar

ACELE  
02.04.2026

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİNE  
Mustafa Kemal Mahallesi 2147 Sokak No:3 06510 Çankaya-ANKARA

İlgi : 09.03.2026 tarihli ve 5524 (137714049) sayılı yazınız.

Bilindiği üzere Sağlık Uygulama Tebliğinin "4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;" başlıklı maddesinin üçüncü fıkrasının n) bendinde,

" n) Lenalidomid;

1) Multipl Miyelom;

a) Otolog kök hücre transplantasyonu uygulanmış olan yeni tanı multipl miyelomlu yetişkin hastaların idame tedavisinde monoterapi olarak veya

b) Daha önce en az bir tedavi almış yetişkin hastalarda deksametazon ile kombinasyon halinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 6 ncı kür sonunda en az stabil hastalık durumunda progresyona kadar tedaviye devam edilebilir. 6 ncı kür sonunda yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. Tedavinin devamında her 6 ncı kür sonunda en az stabil hastalık durumunda progresyona kadar veya tolere edilemez bir yan etki gelişinceye kadar tedaviye devam edilebilir.

c) Kök hücre transplanstasyonuna uygun olmayan, daha önceden tedavi olmamış multipl miyelomlu yetişkin hastaların tedavisinde deksametazon veya bortezomib ve deksametazon veya melfalan ve prednizon ile kombinasyon halinde; hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise idame tedavi olarak progresyona kadar veya tolere edilemez bir yan etki gelişinceye kadar tedaviye devam edilebilir.

2) Tek başına veya başka sitogenetik anomalilerle birlikte 5q delesyonu saptanan miyelodisplastik sendromlu hastalardan;

a) IPSS(Uluslararası prognoz puanlama sistemi)'ye göre düşük veya orta-1 riskli ve

b)Transfüzyona bağımlı anemisi bulunan hastalarda; hematoloji ve/veya tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 3'er aylık sağlık kurulu raporlarına dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Tedavinin 4. ayın sonunda yapılan yanıt değerlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmamış olması koşulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durum ilgili sağlık kurulu raporunda belirtilir. Sağlık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 4. ayda yapılan yanıt değerlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 2,5 mg, 5 mg ve 10 mg'lık formları en fazla günlük 1x1 dozunda ödenir.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: 310F6653-27D7-4F63-B47A-5C5F6ABDB4BA

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/sgk-ebys>

Adres: Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara  
Telefon: 0 312 207 82 41

Bilgi için:Hacer YEĞİN  
Eczacı

3) Daha önceden bortezomib veya bortezomib içeren kombinasyonlarla tedavisi başarısız olan nöks veya dirençli mantle hücreli lenfoma tedavisinde, bu durumların belirtildiği hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde progresyon gelişene kadar Kurumca bedeli karşılanır.

4) Önceden tedavi edilmiş foliküler lenfomalı (Derece 1- 3a) yetişkin hastaların tedavisinde, rituksimab (anti-CD20 antikoru) ile kombinasyon halinde, bu durumun belirtildiği hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. Altıncı ayın sonunda yanıt değerlendirmesi yapılır, yanıt alınmayan hastalarda tedavi sonlandırılır. Yanıt alınan hastalarda bu durumun raporda belirtilmesi halinde 6 ay daha tedaviye devam edilebilir. Tedavi süresi en fazla 1 yıldır." hükümleri yer almaktadır.

Tebliğ maddesi kapsamında, multipl miyelom tanısında (a) ve (b) bendinin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiği, birbiriyle bağlı olmadığı, arasında "veya" ifadesinin bulunduğu, daha önce en az bir tedavi almış hastalar için (b) bendi kapsamında düzenlenen reçetelerde hastanın kök hücre transplantasyonuna uygun olup olmadığı hususunun yer almadığı hususunda,

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Ecz. Ayfer KALABALIK  
Genel Müdür a.  
Daire Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: 310F6653-27D7-4F63-B47A-5C5F6ABDB4BA

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/sgk-ebys>

Adres: Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara  
Telefon: 0 312 207 82 41

Bilgi için: Hacer YEGİN   
Eczacı 