

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
İlaç Daire Başkanlığı

Sayı : E-89843079-104.03-114116145
Konu : SUT 4.2.34/(7) Kladribin Ve
4.2.14.C/3.(n) Maddeleri Hakkında

19.03.2025

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİNE
Mustafa Kemal Mah. 2147. Sok. No:3
Çankaya/ ANKARA

İlgi :03.03.2025 tarihli ve 23007 (Kurum varide:113344018) sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız incelenmiştir. Bilindiği üzere Kurumumuzca finansmanı sağlanan ilaçların raporlama ve reçeteleme kriterleri ile ödeme usul ve esasları; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü ve 72 nci maddesi gereği oluşturulan; Sağlık Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı ile Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı temsilcilerinin de yer aldığı ilgili Komisyonlarda klinik ve teknik veriler kullanılarak, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri dikkate alınmak suretiyle ve konusunda uzman ilgili branş hekimlerinin görüşleri de alınarak değerlendirilmekte ve alınan kararlar Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde yayımlanarak yürürlüğe girmektedir.

Sağlık Uygulama Tebliğinde "4.2.34 – Multipl Skleroz Hastalığında fampiridin, beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, okrelizumab, kladribin, natalizumab ve alemtuzumab kullanım ilkeleri" başlıklı maddesinin yedinci fıkrasında,

"(7) Kladribin;

a) EDSS 5,5 ve altında olan relaps ve remisyonla seyreden MS hastalarında, aşağıda belirtilen yüksek hastalık aktivitesi özelliklerinden en az ikisini taşıyan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) EDSS 7 ve altında olan, relaps ve remisyonla seyreden MS hastalarında, beta interferonlar, glatiramer asetat, teriflunomid veya dimetilfumarat tedavilerinden birini veya birkaçını toplamda en az bir yıl süre ile kullanmış ve bu tedavilere yeterli yanıt vermeyen ve aşağıda belirtilen yüksek hastalık aktivitesi özelliklerinden en az ikisini taşıyan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

e) Tedavi altında iken EDSS 7 ve üzerinde olan MS hastalarında kladribin tedavisi sonlandırılır...." şeklinde yer alan düzenlemenin; a) bendinin "EDSS 5,5 ve altında olan MS hastalarında ilk başamak tedaviyi" kapsadığı, b) bendinin ise "EDSS 7 ve altında olan, MS hastalarında, beta interferonlar,



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 6b3b-e315-3cad-819a-e9ca

Belge Doğrulama Adresi: <https://uyg.sgk.gov.tr/DYSEvrakDogrulamaWEB>

Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara
Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241 Faks No: (0312) 207-8165
e-Posta: gssgm_idb@sgk.gov.tr İnternet Adresi: www.sgk.gov.tr
Kep Adresi: sgk@hs01.kep.tr

Bilgi için:Ecz.M.ERGİN ALTUN
Şb.Md.Sor.

Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241



glatiramer asetat, teriflunomid veya dimetilfumarat tedavilerinden birini veya birkaçını toplamda en az bir yıl süre ile kullanmış ve bu tedavilere yeterli yanıt vermeyen hastaların" tedavisini kapsadığı,

Sağlık Uygulama Tebliğinin "4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar" başlıklı maddesinin üçüncü fıkrasının (n) bendinde yer alan,

"n) Lenalidomid;

1) Multipl Miyelom;

a) Ototolog 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,....

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;" hükümleri doğrultusunda a) ve b) bendlerinde otolog kök hücre transplantasyonuna uygun hastaların kök hücre transplantasyonu uygulanan yeni tanı hastalar için monoterapide tek başına veya öncesinde bir tedavi almış olan hastaların idamesinde deksametazon ile kombine halde kullanılması halinde ödeneceği, c) bendi ise kök hücre tedavisine uygun olmayan ve öncesinde hiç tedavi almamış multipl miyelomlu hastaların tedavisinde deksametazon veya bortezomib ve deksametazon veya melfalan ve prednizon ile kombine şekilde tedaviyi kapsadığı hususunda,

Bilgilerinizi rica ederim.

Ecz. Ayfer KALABALIK
Genel Müdür a.
Daire Başkanı



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 6b3b-e315-3cad-819a-e9ca

Belge Doğrulama Adresi: <https://uyg.sgk.gov.tr/DYSEvrakDogrulamaWEB>

Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara
Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241 Faks No: (0312) 207-8165
e-Posta: gssgm_idb@sgk.gov.tr İnternet Adresi: www.sgk.gov.tr
Kep Adresi: sgk@hs01.kep.tr

Bilgi için:Ecz.M.ERGİN ALTUN
Şb.Md.Sor.

Telefon No: (0312) 207-8241 / 8241

