

18 Mayıs 2024 Tarihli SUT	5 Ağustos 2024 Tarihli SUT
<b>MADDE 3</b>	
<b>4.2.13.3.2- Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler</b>  (5) Tedavide kullanılan ilaçlar, üçüncü basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.	<b>4.2.13.3.2- Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler</b>  (5) Tedavide kullanılan ilaçlar, <b>ikinci ve</b> üçüncü basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi <b>veya iç hastalıkları uzman hekimi</b> tarafından reçete edilir.
<b>MADDE 4</b>	
<b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b>  (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.	
<b>n) Lenalidomid</b>  2) Tek başına veya başka sitogenetik anomalilerle birlikte 5q delesyonu saptanan miyelodisplastik sendromlu hastalardan; 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 <b>5</b> ve 10 mg'lık formları en fazla günlük 1x1 dozunda ödenir.	<b>n) Lenalidomid</b>  2) Tek başına veya başka sitogenetik anomalilerle birlikte 5q delesyonu saptanan miyelodisplastik sendromlu hastalardan; 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 <b>2,5 mg, 5 mg</b> ve 10 mg'lık formları en fazla günlük 1x1 dozunda ödenir.

<p><b>uu) Ekulizumab yalnızca;</b></p> <p>3) Jeneralize Miyastenia Gravis tedavisinde; aşağıda yer alan kriterleri birlikte sağlayan hastalarda tedaviye başlanması ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında 3 nöroloji uzman hekiminin yer aldığı ve aşağıdaki durumların belirtildiği en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimleri tarafından birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>a) Asetilkolin Reseptör (AChR) antikoları serolojik olarak pozitif,</p> <p>b) Amerika Miyastenia Gravis Vakfı (MGFA) klinik sınıflandırma derecesi II ila IV olan,</p> <p>c) Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG-ADL) toplam skoru <math>\geq 6</math> olan,</p> <p>ç) İki ya da daha fazla immünoşüpresan tedavi (ya kombinasyon halinde ya da monoterapi olarak) ile en az bir yıl başarısız tedavi veya en az bir immünoşüpresif tedavi ile başarısız olmuş,</p> <p>⊕) Semptom kontrolü için kronik plazma değişimi veya IVIg gerektirmiş (Önceki 12 ay içerisinde en az 3 ayda bir kas güçsüzlüğü kontrolü için düzenli plazma değişimi veya IVIg tedavisi almış).</p>	<p><b>uu) Ekulizumab yalnızca;</b></p> <p>3) Jeneralize Miyastenia Gravis tedavisinde; aşağıda yer alan kriterleri birlikte sağlayan hastalarda tedaviye başlanması ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında 3 nöroloji uzman hekiminin yer aldığı ve aşağıdaki durumların belirtildiği en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nöroloji uzman hekimleri tarafından birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>a) Asetilkolin Reseptör (AChR) antikoları serolojik olarak pozitif,</p> <p>b) Amerika Miyastenia Gravis Vakfı (MGFA) klinik sınıflandırma derecesi II ila IV olan,</p> <p>c) Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG-ADL) toplam skoru <math>\geq 6</math> olan,</p> <p>ç) İki ya da daha fazla immünoşüpresan tedavi (ya kombinasyon halinde ya da monoterapi olarak) ile en az bir yıl başarısız tedavi veya en az bir immünoşüpresif tedavi ile başarısız olmuş <b>ve</b> semptom kontrolü için kronik plazma değişimi veya IVIg gerektirmiş (Önceki 12 ay içerisinde en az 3 ayda bir kas güçsüzlüğü kontrolü için düzenli plazma değişimi veya IVIg tedavisi almış).</p>
<p><b>ppp) Akalabrutinib;</b></p> <p>2) En az bir sıra tedaviye yanıtız <b>ve sonrasında</b> 6 ay içinde nüks gelişen relaps refrakter KLL tanılı hastalarda ikinci basamak ve daha ileri basamak tedavilerde</p> <p>En az bir hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.</p>	<p><b>ppp) Akalabrutinib;</b></p> <p>2) En az bir sıra tedaviye yanıtız <b>veya en az bir sıra tedavi sonrası</b> 6 ay içinde nüks gelişen relaps refrakter KLL tanılı hastalarda ikinci basamak ve daha ileri basamak tedavilerde</p> <p>En az bir hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.</p>

## MADDE 5

### 4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı

(3) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler) yukarıda belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;

- a) 0-12 ay için ~~145,30 (yüz kırk beş virgöl otuz)~~ TL,  
b) 1-5 yaş için ~~281,24 (iki yüz seksen bir virgöl yirmi dört)~~ TL,  
c) 5-15 yaş için ~~363,26 (üç yüz altmış üç virgöl yirmi altı)~~ TL,  
ç) 15 yaş üstü için ~~375 (üç yüz yetmiş beş)~~ TL,  
tutar ödenir.

(6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

- a) 0-5 yaş için ~~246,06 (iki yüz kırk altı virgöl sıfır altı)~~ TL,  
b) 5-15 yaş için ~~375 (üç yüz yetmiş beş)~~ TL,  
c) 15 yaş üstü için ~~339,82 (üç yüz otuz dokuz virgöl seksen iki)~~ TL,  
tutar ödenir.

### 4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı

(3) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler) yukarıda belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;

- a) 0-12 ay için ~~203,42 (iki yüz üç virgöl kırk iki)~~ TL,  
b) 1-5 yaş için ~~393,73 (üç yüz doksan üç virgöl yetmiş üç)~~ TL,  
c) 5-15 yaş için ~~508,56 (beş yüz sekiz virgöl elli altı)~~ TL,  
ç) 15 yaş üstü için ~~525 (beş yüz yirmi beş)~~ TL,  
tutar ödenir.

(6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

- a) 0-5 yaş için ~~344,48 (üç yüz kırk dört virgöl kırk sekiz)~~ TL,  
b) 5-15 yaş için ~~525 (beş yüz yirmi beş)~~ TL,  
c) 15 yaş üstü için ~~475,74 (dört yüz yetmiş beş virgöl yetmiş dört)~~ TL,  
tutar ödenir.

## MADDE 6

**4.2.34 – Multipl Skleroz Hastalığında fampiridin, beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, okrelizumab, kladribin, natalizumab ve alemtuzumab kullanım ilkeleri**

(7) Kladribin;

a) ~~Yüksek hastalık aktivitesi gösteren~~ relaps ve remisyonla seyreden MS hastalarında, ~~beta interferonlar, glatiramer asetat, teriflunomid veya dimetil fumarat 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.

1) Son 1 yıl içinde en az bir atak geçirmiş olmak,

2) ~~Birbirini takip eden~~ MRG'lerde lezyon yükünde (yeni T2 lezyon, aktif lezyon veya mevcut lezyonda büyüme) artış,

3) Doğrulanmış (6 ay içinde geri dönüşümsüz) EDSS ölçeğinde en az 0,5 puan artışı.

b) EDSS 7 ve altında olan, relaps ve remisyonla seyreden ~~güncel Multipl Skleroz (MS) tanı kriterlerini karşılayan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 1 yıl süreli raporda bu durumun belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi~~ halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**4.2.34 – Multipl Skleroz Hastalığında fampiridin, beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, okrelizumab, kladribin, natalizumab ve alemtuzumab kullanım ilkeleri**

(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.

1) Son 1 yıl içinde en az bir atak geçirmiş olmak,

2) MRG'lerde lezyon yükünde artış (yeni T2 lezyon, aktif lezyon veya mevcut lezyonda büyüme),

3) Doğrulanmış (6 ay içinde geri dönüşümsüz) EDSS ölçeğinde en az 0,5 puan artışı.

b) EDSS 7 ve altında olan, relaps ve remisyonla seyreden MS hastalarında, **beta interferonlar, glatiramer asetat, teriflunomid veya dimetil fumarat 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.

1) Son 1 yıl içinde en az bir atak geçirmiş olmak,

2) **Birbirini takip eden** MRG'lerde lezyon yükünde (yeni T2 lezyon, aktif lezyon veya mevcut lezyonda büyüme) artış,

3) Doğrulanmış (6 ay içinde geri dönüşümsüz) EDSS ölçeğinde en az 0,5 puan artışı.

<p>⊕) Kladribin tedavisi başlanmasından itibaren 4 (dört) yıllık süre zarfında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, alemtuzumab, okrelizumab veya natalizumab etken maddelerini içeren ilaçlardan herhangi birinin kullanımı Sağlık Bakanlığında hasta bazında alınacak endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.</p>	<p>c) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla 1 yıl süreli raporda bu durumun belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>ç) Kladribin tedavisi başlanmasından itibaren 4 (dört) yıllık süre zarfında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, alemtuzumab, okrelizumab veya natalizumab etken maddelerini içeren ilaçlardan herhangi birinin kullanımı Sağlık Bakanlığında hasta bazında alınacak endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.</p> <p>d) Kladribin tedavisi başlanmasından itibaren 4 (dört) yıllık süre zarfında 2 kürün tamamlanmasını takiben hekim tarafından gerekli görülmesi halinde ilave edilecek her bir kür kladribin için Sağlık Bakanlığında hasta bazında alınacak endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile bedeli Kurumca karşılanır.</p> <p>e) Tedavi altında iken EDSS 7 ve üzerinde olan MS hastalarında kladribin tedavisi sonlandırılır.</p> <p>f) Her raporda hastanın güncel vücut ağırlığı belirtilmelidir.</p>
<b>MADDE 7</b>	
<p><b>4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Gabapentin etken maddeli ilaçların; <del>üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen</del> nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, algoloji, deri ve zührevi hastalıkları, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca</p>	<p><b>4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Gabapentin etken maddeli ilaçların nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, algoloji, deri ve zührevi hastalıkları, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Pregabalin</p>

<p>karşlanır. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılmaz.</p> <p>(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının; <del>üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen</del> romatoloji, algoloji, deri ve zührevi hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya beyin cerrahisi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşlanır. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılmaz.</p>	<p>ve gabapentin kombine olarak kullanılmaz.</p> <p>(2) Pregabalin etken maddeli ilaçların mono veya sabit doz kombinasyonlarının romatoloji, algoloji, deri ve zührevi hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi ve travmatoloji, geriatri veya beyin cerrahisi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşlanır. Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılmaz.</p>
<b>MADDE 8</b>	
<p><b>4.2.39 - Kseroderma Pigmentosum ve Albinizm (okülokütanöz) tedavisinde güneşten koruyucu kremlerin kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Kseroderma pigmentosum ve albinizm (okülokütanöz) tedavisinde kullanılan güneşten koruyucu kremlerin bedelleri aylık <del>162 (yüzaltmışiki) TL'yi</del> geçmemek kaydıyla sağlık kurulu raporu, reçete ve faturaya dayanılarak sağlık sosyal güvenlik merkezleri tarafından şahıs bazında ödenir.</p>	<p><b>4.2.39 - Kseroderma Pigmentosum ve Albinizm (okülokütanöz) tedavisinde güneşten koruyucu kremlerin kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Kseroderma pigmentosum ve albinizm (okülokütanöz) tedavisinde kullanılan güneşten koruyucu kremlerin bedelleri aylık <b>226,80 (iki yüz yirmi altı virgöl seksen) TL'yi</b> geçmemek kaydıyla sağlık kurulu raporu, reçete ve faturaya dayanılarak sağlık sosyal güvenlik merkezleri tarafından şahıs bazında ödenir.</p>
<b>MADDE 9</b>	
<p><b>4.2.57- Dupilumab kullanım ilkeleri</b></p> <p><del>(1) Dupilumab yalnızca; sistemik siklosporin ve kortikosteroidlere dirençli ya da ciddi yan etki nedeniyle bu ilaçların kontrendike olduğu orta ve şiddetli atopik dermatitli yetişkin hastalarda üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, en az üç deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 4 (dört) ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak üçüncü basamak sağlık kurumlarında deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi</del></p>	<p><b>4.2.57- Dupilumab kullanım ilkeleri</b></p> <p>(1) Dupilumab orta/şiddetli atopik dermatitli hastalarda; a) Abrositinib veya upadasitinib tedavilerinden en az birini 12 hafta süre ile kullanmış olmasına rağmen yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen veya bu ilaçların kontrendike olduğu 18 yaş ve üzeri orta ve şiddetli atopik dermatitli hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedaviye</p>

~~halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedaviye 600 mg yüklenme dozu ile başlanır ve yüklenme dozunu takip eden ikinci haftadan itibaren iki haftada bir 300 mg olarak devam edilir. 16 haftalık tedavi sonunda herhangi bir iyileşme görülmez ise tedaviye son verilir.~~

başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Ancak iki aydan uzun süreli sistemik kortikosteroid ve siklosporin kullanımından yarar görmeyen veya bu ilaçları tolere edemeyen veya bu ilaçların kontrendike olduğu ve aşağıda belirtilen risk faktörlerinden en az birine sahip olan 18 yaş ve üzeri orta ve şiddetli atopik dermatitli hastalarda bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedaviye dupilumab ile başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

- 1) Aktif veya latent tüberküloz enfeksiyonu,
- 2) Hepatit B veya C enfeksiyonu,
- 3) Son 5 yılda malignite hikayesi (non melanom deri kanseri hariç), veya artmış kanser riski
- 4) HIV enfeksiyonu,
- 5) Karaciğer yetmezliği (Child Pugh C) veya böbrek yetmezliği (GFR < 30),
- 6) Arteriyel veya venöz tromboemboli öyküsü,
- 7) Tromboza eğilim ya da trombofili varlığı,
- 8) 65 yaş ve üzeri kişiler.

(2) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda tedavi başlangıcına göre aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması durumunda tedaviye devam edilebilir;

- 1) EASI skorunda en az %50 azalma,
- 2) Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksinde en az 4 puanlık azalma,
- 3) Pruritus NRS skorunda en az 3 puanlık düşüş.

Yukarıdaki kriterlerin hiçbirinin sağlanamaması durumu tedavide yanıtızlık olarak değerlendirilir ve tedaviye son verilir.

(3) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında, üç deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

	Upadasitinib, abrositinib ve dupilumab birlikte kullanılmaz. (4) Dupilumab tedavisine yanıtızsızlık durumunda dupilumab öncesinde kullanılmamış olması şartıyla abrositinib veya upadasitinib tedavilerinden herhangi birine geçilebilir.
<b>MADDE 16</b> <b>EK-4/F Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi</b>	
<b>80.</b> Karglumik asit; N-asetilglutamat sentaz primer yetmezliğine bağlı hiperamonyemi, izovalerik asidemiye bağlı hiperamonyemi, metilmalonik asidemiye bağlı hiperamonyemi veya propiyonik asidemiye bağlı hiperamonyemi tedavisinde çocuk metabolizma veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekimleri tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak <del>çocuk metabolizma veya çocuk endokrin ve metabolizma</del> uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	<b>80.</b> Karglumik asit; N-asetilglutamat sentaz primer yetmezliğine bağlı hiperamonyemi, izovalerik asidemiye bağlı hiperamonyemi, metilmalonik asidemiye bağlı hiperamonyemi veya propiyonik asidemiye bağlı hiperamonyemi tedavisinde çocuk metabolizma veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekimleri tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak <del>bu hekimlerce veya çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları</del> uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**MADDE 17 -** Bu Tebliğin,

- a) 1 inci, 2 nci, 10 uncu ve 11 inci maddeleri yayımı tarihinden 1 iş günü sonra,
  - b) 3 ila 9 uncu maddeleri, 12 ila 14 üncü maddeleri ve 16 ncı maddesi yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
  - c) 15 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 yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
  - ç) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,
- yürürlüğe girer.

**MADDE 18 -** Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.