

4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması (9) Yeniden e-reçete düzenlenmeksizin yapılacak ilaç temini; a) İlk defa reçete edilecek ilaçlar hariç olmak üzere sürekli kullanılan ilaçlarda uygulanır. b) EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklardan aşağıda belirtilen hastalık grupları ile bu hastalık grupları için EK-4/D Listesinde tanımlı ilaçlar uygulama kapsamındadır: 1) (4.1.) Kalp yetmezliği (I50) 2) (4.2.) Koroner arter hastalığı (I20) (I25) (Z95.1) (Z95.5-Z95.9) 3) (4.5.) Arteriyel hipertansiyon (I10 -I13) (I15) 4) (4.8.) Hiperkolesterolemi*, hiperlipidemi* (E78) 5) (7.2.1.) Diabetes mellitus (E10-E14) 6) (10.3.1.) Parkinson hastalığı (G20) 7) (10.7.) Demans (F00) (F01.1- F01.9) (F02-F03) (G30) 8) (12.1.) Glukom (H40.1-H40.9) 9)(12.2.) Kronik ve nükseden üveitler, tiroide bağlı oftalmopati ve sempatik oftalmi, keratoplasti red reaksiyonu (H20.1) (H20.8) (H06.2) (H44.1) (T86.8-T86.9) 10) (12.3.) Kuru göz sendromu (H04.1) c) Yukarıda belirtilen hastalıklarda sağlık raporuna dayanılarak düzenlenmiş reçeteye istinaden yeniden reçete düzenlenmeksizin eczaneden ilaç temin edilebilir. Bu şekilde ilaç temini, düzenlenmiş reçete tarihi itibarıyla 6 aylık süreyi kapsar. Süre bitiminde tekrar reçete düzenlenir. ç) 6 ay boyunca, düzenlenmiş reçetede yazılı miktarlar esas alınarak, yeniden reçete düzenlenmeksizin bu miktarlarda ilaç temin edilebilir. Ancak SUT'ta belirtilen özel hükümler ile düzenlenmiş reçetede yazılı günlük kullanım dozuna göre bir seferde üç aylık tedavi dozunun aşılmaması gözetilir. d) Raporun geçerlilik süresinin bitmesi durumunda yeniden rapor ve reçete düzenlenmesi şartı aranır.	TEBLİĞİN 4.1.5 NUMARALI MADDESİNİN DOKUZUNCU FIKRASI YÜRÜRLÜKTEN KALDIRILMIŞTIR.
4.2.1 - (Değişik: RG- 25/07/2014-29071 / 19-a md. Yürürlük: 07/08/2014) Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar ve rituksimab (romatoid artrit) kullanım ilkeleri Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artrit), abatasept, ustekinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri 4.2.1.C - (Değişik: RG- 25/07/2014-29071 / 19-b md. Yürürlük: 07/08/2014) Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab ve abatasept kullanım ilkeleri Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri “4.2.1.C-5 -Tosilizumab (1) Romatoid artritli erişkin hastalarda; a) Aktif romatoid artritli bulunan, en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.	TEBLİĞİN 4.2.1 NUMARALI MADDESİNDE AŞAĞIDAKİ DÜZENLEMELER YAPILMIŞTIR. A) MADDENİN BAŞLIĞI AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR. “4.2.1 – Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artrit), abatasept, ustekinumab, tofacitinib ve tosilizumab kullanım ilkeleri” B) 4.2.1.C NUMARALI ALT MADDESİNİN BAŞLIĞI AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR. “4.2.1.C – Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib ve tosilizumab kullanım ilkeleri” C) 4.2.1.C-5 – NUMARALI MADDESİNİN BİRİNCİ FIKRASININ (A) BENDİ AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR. “a) Aktif romatoid artritli bulunan, BİRİ METHOTREXAT OLMAK ÜZERE EN AZ 3 FARKLI HASTALIK MODİFİYE EDİCİ ANTİROMATİZMAL İLACI, EN AZ ÜÇER AY KULLANMIŞ OLMASINA VEYA en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya

	fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.” Ç) 4.2.1.C – NUMARALI ALT MADDESİNE AŞAĞIDAKİ MADDE EKLENMİŞTİR. “4.2.1.C-6 – TOFACİTİNİB (1) Romatoid artritli erişkin hastalarda; biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 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. (2) Tofacitinib, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.”
--	--

4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri (1) Botulismus toksini yalnızca; a) Göz adalesi fonksiyon felçleri bozuklukları, blefarospazm, hemifasiyal spazm, servikal distoni (spazmodik tortikollis), EMG esnasında uygulanacak fokal distoni, erişkinlerde inme sonrası gözlenen fokal spastisite endikasyonlarında; sadece organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulamayı yapacak göz sağlığı ve hastalıkları veya nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının herhangi üçünün yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilir. b) Pediatrik serebral palsy endikasyonunda; üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastaneleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak belirtilen uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 10 yaşa kadar; sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fışık kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır. (2) Yukarıda sıralanan tüm endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrarı düşünülen hastalarda 6 aylık periyotlarda her defasında yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1.000 üniteyi aşmamak üzere yapılabilir. Bu endikasyonlar dışında bedeli ödenmez.	TEBLİĞİN 4.2.5 NUMARALI MADDESİNİN BİRİNCİ FIKRASINA AŞAĞIDAKİ (C) VE (D) BENTLERİ EKLENMİŞ, İKİNCİ FIKRASI AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞ VE ÜÇÜNCÜ FIKRA AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE EKLENMİŞTİR. “c) Kronik dönemde (spinal şok sonrası dönem) subservikal omurilik hasarı veya multiple skleroza bağlı nörojenik detrusor aşırı aktivitesi olan hastalardan, en az 2 farklı antikolinergik/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kullanmasına rağmen tedaviye yanıt alınamayan ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır. d) Sıkışma tipi üriner inkontinans, sıkışma ve sık idrar semptomları olan aşırı aktif mesane endikasyonunda, en az 2 farklı antikolinergik/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kullanıp tedaviye yanıt vermeyen ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır.” “(2) Yukarıda A VE B BENTLERİNDE sıralanan endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrarı düşünülen hastalarda 6 aylık periyotlarda her defasında yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, DYSPORT İÇİN 1.000 ÜNİTEYİ aşmamak üzere yapılabilir.” “(3) Bu endikasyonlar dışında bedeli ödenmez.”
4.2.8 - Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri 4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri (1) Yatan hastalar dışında, normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere malnütrisyonu olanlar ve/veya malabsorpsiyonlu olanlar veya oral beslenemeyen ancak enteral beslenmesi gereken hastalar ile doğuştan metabolik hastalığı olanlar ve/veya kistik fibrozisi olanlara sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.	TEBLİĞİN 4.2.8.A ALT MADDESİNİN BİRİNCİ VE ÜÇÜNCÜ FIKRALARI AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞ VE 6 NUMARALI FIKRA EKLENMİŞTİR. “(1) YATAN HASTALAR DIŞINDA, HERHANGİ BİR NEDENLE MALNÜTRİSYON GELİŞMİŞ HASTALARDA ENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİ VERİLİR. ANCAK DOĞUŞTAN METABOLİK HASTALIĞI OLANLARDA, KANSER HASTALARINDA, KİSTİK FİBROZİSTE, CROHN HASTALARINDA, YANIK HASTALARINDA VEYA OROGASTRİK SONDA/NAZOENTERİK SONDA VEYA GASTROSTOMİ/JEJUNOSTOMİ İLE BESLENEN HASTALARDA AŞAĞIDA BELİRTİLEN MALNÜTRİSYON KOŞULLARI ARANMAZ. UZMAN HEKİMLERCE DÜZENLENEN 6 AY SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORUNA

(3) Raporda belirtilmek kaydıyla; a) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya b) “Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar veya c) Çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar, malnutrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.	DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELİ ÖDENİR.” “(3) MALNÜTRİSYON TANIMI raporda belirtilmek kaydıyla; A) ERİŞKİNLERDE; 1) son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya 2) “subjektif global değerlendirme kategorisi” c veya d olanlar veya B) ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA; 1) yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2sd) olanlar, malnutrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.” “(6) DALLI ZİNCİRLİ AMİNOASİTLERDEN ZENGİN ENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİ: KARACİĞER YETMEZLİĞİ OLAN ORTA VE AĞIR (EVRE 2 VE ÜZERİ) ENSEFALOPATİ GELİŞMİŞ HASTALARDA KULLANILABİLİR. MALNUTRİSYON KRİTERLERİ ARANMAZ. GASTROENTEROLOJİ VEYA İÇ HASTALIKLARI UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLEBİLİR.”
---	--

4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVlg) c) Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi (EK:RG- 25/07/2014-29071 / 25-b md. Yürürlük: 07/08/2014) ve hematoloji uzmanı tarafından,	4.2.12.B MADDESİNİN BİRİNCİ FIKRASININ (c) bendinde yer alan “gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve itp beraberliğinde” ibaresi “GEBELİĞE SEKONDER İMMÜN TROMBOSİTOPENİ VEYA GEBELİK VE ITP (PRİMER İMMUN TROMBOSİTOPENİ) BERABERLİĞİNDE” şeklinde değiştirilmiştir.
4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri 4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; (1) Bevacizumab, fotemustin, gefinitib, interleukin-2, octreotid, lanreotid, setuksimab, streptozosin; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir. h) Azasitidin ve decitabin; 1) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde; a. Kemik iliği blast oranının %5’in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir. b. Azasitidin veya Decitabini 4 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50’den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5’in üstünde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 3 ay daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir. c. Decitabin, yukarıdaki koşullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede (20 mg/m²/gün) toplam 100 mg/m²’yi geçmeyecek şekilde kullanılır. 2) Azasitidin; kronik miyelomonositer lösemi (KMML) ve akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde; a. İçinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. b. Söz konusu teşhislerde en fazla 4 kür kullanılabilir.	TEBLİĞİN 4.2.14.C ALT MADDESİNDE AŞAĞIDAKİ DÜZENLEMELER YAPILMIŞTIR. a) Maddenin birinci fıkrasında yer alan “SETUKSİMAB,” ibaresi madde metninden çıkarılmıştır. b) Maddenin üçüncü fıkrasının (h) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. “h) Azasitidin ve decitabin; 1) AZASİTİDİN; a) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde; 1) Kemik iliği blast oranının %5’in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir. 2) Azasitidini 6 siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50’den daha fazla azalma olmayan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 2 siklus daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir. b) Azasitidin; kronik miyelomonositer lösemi (KMML) ve akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde; 1) İçinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. 2) Söz konusu teşhislerde en fazla 6 siklus kullanılabilir. 2) DECİTABİN; a) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde; 1) Kemik iliği blast oranının %5’in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının

	bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir. 2) Decitabini 4 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50’den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5’in üstünde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 3 ay daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir. 3) Decitabin, yukarıdaki koşullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede (20 mg/m²/gün) toplam 100 mg/m²’yi geçmeyecek şekilde kullanılır. b) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz.” c) Maddenin üçüncü fıkrasının (n) bendinin son cümlesinde yer alan “tedavi toplam iki yıla tamamlanabilir” ibaresi “tedavi toplam 26 küre tamamlanabilir” şeklinde değiştirilmiştir. d) Maddenin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. “(4) SUT’un 4.2.14.C maddesinde yer alan ilaçlardan jinekolojik malignite tedavisinde endikasyonu bulunanlar, ilgili maddelerinde tanımlı uzman hekimlerin yanı sıra yalnızca üçüncü basamak sağlık kurumlarında olmak üzere jinekolojik malignite tedavisinde ayrıca kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce de reçete edilebilir.”
--	---

4.2.15.A - Klopidoğrel (kombinasyonları dahil); (3) (Değişik: RG- 25/07/2014-29071 / 28-b md. Yürürlük: 07/08/2014) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda “,” “ ; ” anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkalı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalardan asetil salisilik asit kullanamayan (ASA intoleransı olduğu raporda belirtilen) hastalarda, kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir. 4.2.15.C – Ivabradin (1) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pectorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazemin toleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen asemptomatik sol ventriküler disfonksiyonu (LVEF <%40) bulunan hastalar için kardiyoloji uzmanlarınca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir. 4.2.15.D-1- Dabigatran, rivaroksaban ve apiksaban; 2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği; en az birinin kardiyoloji uzman hekim olması koşuluyla, kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 4.2.15.D-2-Rivaroksaban; (1) Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde; a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamadığı durumlarda varfarin kesilerek rivaroksaban tedavisine geçilebilir. (2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. (3) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir	TEBLİĞİN 4.2.15 MADDESİNDE AŞAĞIDAKİ DÜZENLEMELER YAPILMIŞTIR. a) 4.2.15.A maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.“ (3) Kalp kapak biyoprotezi bulunan veya anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı olan veya tıkalı periferik arter hastalığı olan veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanmış olan hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.” B) 4.2.15.C ALT MADDESİNİN BİRİNCİ FIKRASINDA YER ALAN “verapamil-diltiazemin toleransı” ibaresi “VERAPAMİL-DİLTIAZEM İNTOLERANSI” şeklinde değiştirilmiştir. C) 4.2.15.D-1 ALT MADDESİNİN İKİNCİ FIKRASINDA YER ALAN “durumların belirtildiği;” ibaresinden sonra gelmek üzere “ÜÇ KARDİYOLOJİ UZMAN HEKİMİNİN YER ALDIĞI VEYA” İBARESİ EKLENMİŞTİR. Ç) 4.2.15.D-2 ALT MADDESİ AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR. “4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran; (1) Yetişkin hastalarda; a) Rivaroksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT’nin önlenmesinde; b) Dabigatran; Akut Derin Ven Trombozu (DVT) ve/veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisinde; En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamadığı durumlarda varfarin kesilerek rivaroksaban veya dabigatran tedavisine geçilebilir. (2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji,
--	--

	iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. (3) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.”
--	--

4.2.18 - Orlistat kullanım ilkeleri (1) Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenen en fazla üç ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır.	AYNI TEBLİĞİN 4.2.18 MADDESİNİN BİRİNCİ FIKRASI AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR. “(1) Endokrinoloji ve metabolizma UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN DÜZENLENEN en fazla üç ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır
4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol, itraconazol (infüzyon ve solüsyon) kullanım ilkeleri (6) Lipozomal amfoterisin-B, lipid kompleks veya koloidal dispersiyon amfoterisin-B’nin parenteral formları, kaspofungin, anidilofungin, vorikanazol, posakonazol veya itraconazol (infüzyon) yukarıdaki şartları sağlayan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. <u>Bu ilaçların oral formları ise yine uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile ayakta tedavide de kullanılabilir.</u>	TEBLİĞİN 4.2.23 MADDESİNİN ALTINCI FIKRASI AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR. “(6) Lipozomal amfoterisin-B, lipid kompleks veya koloidal dispersiyon amfoterisin-B’nin parenteral formları, kaspofungin, anidilofungin, vorikanazol, posakonazol veya itraconazol (infüzyon) yukarıdaki şartları sağlayan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. Bu ilaçların oral formları ise ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANINCA DÜZENLENECEK UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM UZMAN HEKİMLERCE REÇETELENMESİ HALİNDE ayakta tedavide de kullanılabilir.”
4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri 4.2.27.A - Faktörler (4) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri; kazanılmış koagülasyon bozuklukları ve kazanılmış hemofili hastalarında; hafif-orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (glanzmann trombastenisi ve inhibitör gelişmiş hastalarda bu düzey aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda kullanılır. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.	TEBLİĞİN 4.2.27.A MADDESİNİN DÖRDÜNCÜ FIKRASI AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞ VE BEŞİNCİ FIKRASINA AŞAĞIDAKİ BENT EKLENMİŞTİR. “(4) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri; konjenital ve kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluğu olan hastalarda; hafif-orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (glanzmann trombastenisi ve inhibitör gelişmiş hastalarda bu düzey aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda kullanılır. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.” “(C) KAZANILMIŞ (EDİNSEL) KOAGÜLASYON BOZUKLUKLARINDA (K VİTAMİNİ YETERSİZLİĞİ, KARACİĞER YETMEZLİĞİ GİBİ) OLUŞAN KANAMALARDA İLGİLİ KANAMA YERİ BELİRTİLMEK KOŞULU İLE TÜM UZMAN HEKİMLERCE BİR GÜNLÜK DOZDA VERİLEBİLİR. İDAME TEDAVİ, PROSPEKTÜSÜNDE BELİRTİLEN DOZ ŞEMASINA UYGUN OLARAK YALNIZCA HEMATOLOJİ UZMAN HEKİMLERİNCE YAPILABİLİR.”
4.2.27.B - Anti Rh kullanım ilkeleri (3) Idiopatik (immün) trombositopenide (ITP); intravenöz formu Rh pozitif ve splenektomizis hastalarda hematoloji uzman hekimince düzenlenen doz ve kullanım süresi belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilebilir.	TEBLİĞİN 4.2.27.B ALT MADDESİNİN ÜÇÜNCÜ FIKRASINDA YER ALAN “(ITP)” İBARESİ “(ITP/PRİMER İMMUN TROMBOSİTOPENİ)” ŞEKLİNDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR
4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri (5) Eksenatid; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış ve vücut kitle indeksi tedavi başlangıcında 35 kg/m² nin üzerinde olan ve tedavi öncesi anamnezde akut pankreatit geçirilme öyküsü bulunmayan tip 2 diyabet hastalarında	TEBLİĞİN 4.2.38 MADDESİNİN BEŞİNCİ FIKRASININ ALTINCI CÜMLESİNDE YER ALAN “YALNIZCA ENDOKRİNOLOJİ UZMANLARINCA” İBARESİ “ENDOKRİNOLOJİ VEYA İÇ HASTALIKLARI UZMAN

kullanılabilir. Bu kriterlere uyan hastalara başlangıç dozu rapor şartı aranmaksızın (2x5mcg) (1 kutu) olarak endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Başlama kriterleri ilk reçetede belirtilecektir. Tedaviye devam edilecekse; devam kararı, başlama kriterleri ve metformin ve/veya sülfonilüreler için hastaya verilen maksimum dozlar, 6 ay süreli endokrinoloji uzman hekim raporunda belirtilir. Tedaviye devam edilecekse bundan sonraki raporlar 1 yıl süreli düzenlenebilir. Söz konusu raporlara dayanılarak yalnızea—endokrinoloji uzmanlarınca reçete edilir. İnsülinlerle birlikte kesinlikle kullanılmaz. Tedavi esnasında akut pankreatit geçirilmesi durumunda ilaç kesilir ve tekrar kullanılmaz.	HEKİMLERİNCE” ŞEKLİNDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR.
11 .Palonosetron HCL (her kür için bir flakon); Granisetron, Ondansetron, Tropisetron 27. Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda ödenir. İlk defa ilaç kullanacak hastalarda; son 6 ay içerisinde en az birer aylık aralar ile alınan en az 3 solunum yolu kültüründe (balgam veya bronkoalveolar lavaj) p.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi olduğu, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sağlık raporuna dayanılarak bu hekimlerce en fazla 1 kutu reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.) 49.Omalizumab (12 yaş ve üzeri hastalarda ağır persistan alerjik astımlı ve vücut ağırlığı 20-150 kg olan, yüksek doz kortikosteroid ve uzun etkili beta 2 agonist ve/veya lökotrien reseptör antagonisti tedavisine rağmen yanıt alınamayan, ev tozu akarı, kedi köpek tüyü, hamamböceği ve mold sporları gibi en az bir prenia alerjene duyarlı olduğu gösterilmiş (cilt testleri veya spesifik IgE pozitifliği ile) serum Ig E düzeyinin 30–700 IU/ml olduğu belirlenen durumlarda, alerji, göğüs hastalıkları ve klinik immunoloji uzman hekimlerinden en az ikisinin yer aldığı 16 hafta süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçetelenir. 16 haftanın sonunda tedaviden cevap alınması halinde bu durumun belirtileceği 1 yıl süreli yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek yine bu hekimlerce reçetelenir.)	TEBLİĞİN EKİ “AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (UZMAN HEKİM RAPORU/SAĞLIK KURULU RAPORU) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ” NDE (EK-4/F) AŞAĞIDAKİ DÜZENLEMELER YAPILMIŞTIR. a) 11 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. “11. Palonosetron HCL (HER BİR KEMOTERAPİ UYGULAMASINDA 7 GÜN İÇİN 1 FLAKON), Granisetron, Ondansetron, Tropisetron” b) 27 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. “27. Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda ödenir. İlk defa ilaç kullanacak hastalarda; son 6 ay içerisinde alınan solunum yolu kültüründe (balgam veya bronkoalveolar lavaj) p.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi olduğu, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sağlık raporuna dayanılarak bu hekimlerce tobramisin en fazla 1 kutu, kolistimetat 1 aylık dozda (İLK REÇETE DAHİL) reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.” c) 49 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. “49. Omalizumab a) 12 yaş ve üzeri hastalarda ağır persistan alerjik astımlı ve vücut ağırlığı 20-150 kg olan, yüksek doz kortikosteroid ve uzun etkili beta 2 agonist ve/veya lökotrien reseptör antagonisti tedavisine rağmen yanıt alınamayan, ev tozu akarı, kedi köpek tüyü, hamamböceği ve mold sporları gibi en az bir prenia alerjene duyarlı olduğu gösterilmiş (cilt testleri veya spesifik IgE pozitifliği ile) serum Ig E düzeyinin 30-1500 IU/ml olduğu belirlenen durumlarda, alerji, göğüs hastalıkları ve klinik immunoloji uzman hekimlerinden en az ikisinin yer aldığı 16 hafta süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçetelenir. 16 haftanın sonunda tedaviden cevap alınması halinde bu durumun belirtileceği 1 yıl süreli yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek yine bu hekimlerce reçetelenir. b) kronik idiyopatik ürtiker hastalarından daha önce en az 6 ay süreyle antihistaminik tedavisi almış ancak yanıt alınamamış

	olan hastalarda, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde dermatoloji ve/veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tedaviye başlanır. rapor süresi 3 ayı geçemez. ilk 3 aylık omalizumab ile tedavi süresi sonunda yanıt alındığının raporda belirtilmesi koşuluyla hekim tarafından uygun görülen zaman dilimi sonrasında ikinci 3 aylık tedavi verilebilir. tedavi süresi 6 aya tamamlanarak tedavi sonlandırılır. 6. aydan sonra nüks olan hastalarda bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla, tekrar 6 ay süreyle antihistaminik tedavisi alma koşulu aranmaksızın aynı koşullarda tedavi tekrarlanabilir. reçeteler dermatoloji veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince düzenlenir.” Ç) 59, 60 VE 61 NUMARALI MADDELER AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE EKLENMİŞTİR. “59. İdebenon; yalnızca Fridreich Ataksisi veya serebral ataksi endikasyonunda, nöroloji uzman hekim raporu istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçetelenir. 60. Biotin; yalnızca Doğuştan Metabolik ve Kalıtsal Hastalıklar, MNGIE (Mitokondriyal Nörogastrointestinal Ensefalomiyelopati) ve Mitokondriyal sitopati endikasyonlarında; metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilir. 61. Ketojenik tıbbi mama; üç ve üzerinde antiepileptik tedavi uygun doz ve süre kullanılmış olmasına rağmen cevap alınamayan dirençli epilepsi hastalarında, bu durumun belirtildiği çocuk nöroloji veya metabolizma hastalıkları tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu hekimlerce veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Raporda doz, hastanın kalori/kg hesabına göre düzenlenir.”
--	--

