

20 Ağustos 2020 Tarihli SUT	30 Aralık 2020 Tarihli Değişiklik
<p><b>1.4.2 - Sağlık kurumları</b>  <b>1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık kurumu</b>  (1) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, <b>İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.</b></p>	<p><b>1.4.2 - Sağlık kurumları</b>  <b>1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık kurumu</b>  (1) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, <b>Darülaceze Başkanlığı Tıp Merkezi.</b></p>
<p><b>2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi</b>  (4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan sürekli hemodiyaliz/hemofiltrasyon, plazmaferez tedavileri, immün plazma tedarik ve uygulama, prematüre retinopatisinde lazer tedavisi, terapötik hipotermi tedavisi SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ve o işleme ilişkin faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri ile hemodiyaliz tedavisi SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden ayrıca faturalandırılacaktır.</p>	<p><b>2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi</b>  (4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan sürekli hemodiyaliz/hemofiltrasyon, plazmaferez tedavileri, immün plazma tedarik ve uygulama, <b>viral inaktivasyon işlemi</b>, prematüre retinopatisinde lazer tedavisi, terapötik hipotermi tedavisi SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ve o işleme ilişkin faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri ile hemodiyaliz tedavisi SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden ayrıca faturalandırılacaktır.</p>
<p><b>3.3.34-Biyçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidaları:</b>  (1) Kanüllü Biyçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.  (2) Kanülsüz Biyçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p><b>3.3.34-Biyçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidaları:</b>  (1) Kanüllü Biyçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.  (2) Kanülsüz Biyçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.  (3) <b>Eklem içi kırıklarda ve artroskopik cerrahide kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.</b>  (4) <b>TV5680 SUT kodlu tıbbi malzemenin TV1080 ve TV1090 SUT kodları ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.</b></p>

**4.2.14-Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

**4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;**

**u) Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron;**

~~1) Hormonal tedavi ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapi tedavisine progresyon gelişmiş metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılır. Enzalutamid için prednizolon ile kombine kullanım şartı aranmaz.~~

~~2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir.~~

~~3) Sağlık kurulu raporunda; progresyonun, PSA ve radyolojik görüntüleme yöntemleriyle (RECIST kriterleri ile) tespit edildiği, ECOG performans skorunun (0-1) olduğu ve testosteron düzeyinin kastrasyon seviyesinde olduğu belirtilir.~~

~~4) Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda tedaviye başlangıç kriterleri ile birlikte hastada progresyon olmadığı belirtilmelidir.~~

**4.2.14-Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

**4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;**

**u) Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron;**

1) Kabazitaksel; hormonal tedaviye ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapiye dirençli, ECOG performans skoru 0-1 olan, progresyonun Prostat Spesifik Antijen (PSA) ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Enzalutamid;

a) Kastrasyona dirençli progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği ve testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (<50 ng/dl), kemoterapinin kontrendike olduğu veya diabetes mellitus tanısı olan metastatik prostat kanserli hastalarda progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Hormonal tedaviye ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapiye dirençli, ECOG performans skoru 0-1 olan, progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği metastatik prostat kanserli hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) Abirateron;

a) Kastrasyona dirençli progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği ve testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (<50 ng/dl), kemoterapi için uygun olmayan metastatik prostat kanserli hastalarda progresyona kadar prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Hormonal tedaviye ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapiye dirençli, ECOG performans skoru 0-1 olan, progresyonun PSA ve görüntüleme yöntemleriyle gösterildiği metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

4) Kabazitaksel, enzalutamid veya abirateron etken maddeli ilaçların; bu durumların belirttiği en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekim tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda progresyon olmadığı belirtilmelidir.

5) Kemoterapi için uygun olmayan/kemoterapinin kontrendike olduğu durumlar aşağıda yer almaktadır;

a) ECOG performans skorunun >1 olması veya

<p>5) Enzalutamid ve abirateron etken maddeli ilaçların ardışık kullanımının bedelleri yalnızca Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı bulunması halinde Kurumca karşılanır.</p>	<p>b) Kemik iliği rezervi ileri derecede azalarak nötrofil sayısının 1.500 hücre/mm<sup>3</sup>'ün altında veya trombosit sayısının 100.000/mm<sup>3</sup>'ün altında olması veya c) Kreatinin klirensinin &lt;45 ml/dk olması veya ç) Karaciğer rezervinin düşük olması (Alanin Aminotransferaz (ALT) veya Aspartat Aminotransferaz (AST) düzeylerinin normal kabul edilen üst sınırın 5 katından fazla yükselmesi veya total bilirubin düzeyinin normal kabul edilen üst sınırın 3 katından fazla yükselmesi).</p> <p>6) Enzalutamid ve abirateron etken maddeli ilaçların ardışık kullanımının bedelleri yalnızca Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı bulunması halinde Kurumca karşılanır.</p>
<p><b>4.2.14-Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</b> <b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b> <b>üü) Venetoklaks;</b> 1) <del>BCL-2 varlığı akım sitometrik olarak veya immünohistokimyasal yöntemlerle gösterilmiş olan, ilk basamak tedaviye yanıtız veya nüks gelişen kronik lenfositik lösemi hastalarında; 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu veya CD38 pozitifliği veya ZAP70 pozitifliği olan veya immunoglobulin variable bölge mutasyonu taşımayan olguların ikinci basamak tedavilerinde monoterapi olarak veya rituksimab ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</del></p>	<p><b>4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</b> <b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b> <b>üü) Venetoklaks;</b> 1) Kronik lenfositik lösemi hastalarında monoterapi veya rituksimab ile kombine olarak aşağıda tanımlanan durumlardan herhangi birinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. a) 17p delesyonu, TP53 mutasyonu, CD38 pozitifliği, ZAP70 pozitifliği veya immunoglobulin variable bölge mutasyonu yokluğu özelliklerinden herhangi birini taşıyan, b) İlk basamak tedaviye yanıtız, c) Birinci basamak tedavi sonrası 6 ay içinde nüks gelişen, ç) Birinci fıkrada tanımlanan özelliklerden herhangi birini taşımamakla birlikte daha önce iki basamak tedavi sonrası yanıtız olan veya nüks gelişen hastaların üçüncü basamak tedavisinde.</p>
<p><b>YENİ EKLENDİ.</b></p>	<p><b>4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</b> <b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b> <b>ggg) Vinflunin;</b> Platin bazlı kemoterapi sonrası progresyon gösteren, ECOG performans skoru 0-1 olan ileri evre metastatik ürotelyal kanserli hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
	<p><b>4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri</b> <b>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;</b> <b>ğğğ) Lorlatinib;</b> 1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvarında doğrulanmış, daha önce krizotinib, alektinib veya seritinib etken</p>



**YENİ EKLENDİ.**

maddelerinden en az biri ile tedavi edilmesi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması hallerinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığının belirtilmesi gerekmektedir.

3) Lorlatinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib, alektinib veya seritinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.



**4.2.17- Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve Paget Hastalığında ilaç kullanım ilkeleri**

**4.2.17.A – Osteoporoz**

(6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab;

a) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ~~ve denosumab~~; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

b) Denosumab;

Hormon ablasyonu uygulanmış olan nonmetastatik prostat kanserli veya meme kanseri nedeniyle adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi gören yüksek kırık riskine sahip hastalardaki osteoporoz tedavisinde; bu durumun belirtildiği, en az bir onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

**4.2.17- Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve Paget Hastalığında ilaç kullanım ilkeleri**

**4.2.17.A – Osteoporoz**

(6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab;

a) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

b) Denosumab;

1) Hormon ablasyonu uygulanmış olan nonmetastatik prostat kanserli veya meme kanseri nedeniyle adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi gören yüksek kırık riskine sahip hastalardaki osteoporoz tedavisinde; bu durumun belirtildiği, en az bir onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalardan;

a) Postmenopozal osteoporozu bulunan kadın veya osteoporozu bulunan erkek hastaların tedavisinde veya

b) Yüksek kırık riski olan yetişkin hastalarda uzun dönem glukokortikoid tedavisiyle ilişkili kemik kaybının tedavisinde

iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı ve bu durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

<p><b>4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri</b></p> <p><b>4.2.24.A - Astım tedavisinde</b></p> <p>(3) Mepolizumab;</p> <p>a) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan “Hipereozinofilik Ağır Persistan Astım” tanılı hastalarda;</p> <p>1) Yetişkinlerde,</p> <p>2) Kan eozinofil sayımının <math>\geq 300</math> hücre/<math>\mu</math>l olması (uzun süredir düzenli sistemik steroid kullanan hastalarda ise tedavi altında <math>\geq 150</math> hücre/<math>\mu</math>l olması),</p> <p>3) En az 6 aydır düzenli sistemik steroid altında kontrollü veya kontrolsüz astımı olması ve/veya yüksek doz inhaler kortikosteroid (<math>&gt;800</math> mcg/gün budesonid veya eşdeğeri) ve inhaler uzun etkili beta iki agonist <del>kombinasyonu ile birlikte 3 üncü bir kontrol edici ilaç</del> en az 1 (bir) yıldır kullanmakta olmasına rağmen kontrolsüz astımı olması (en az 3 gün sistemik kortikosteroid kullanımını gerektiren yılda en az 2 atağı olması).</p>	<p><b>4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri</b></p> <p><b>4.2.24.A - Astım tedavisinde</b></p> <p>(3) Mepolizumab;</p> <p>a) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan “Hipereozinofilik Ağır Persistan Astım” tanılı hastalarda;</p> <p>1) Yetişkinlerde,</p> <p>2) Kan eozinofil sayımının <math>\geq 300</math> hücre/<math>\mu</math>l olması (uzun süredir düzenli sistemik steroid kullanan hastalarda ise tedavi altında <math>\geq 150</math> hücre/<math>\mu</math>l olması),</p> <p>3) En az 6 aydır düzenli sistemik steroid altında kontrollü veya kontrolsüz astımı olması ve/veya yüksek doz inhaler kortikosteroid (<math>&gt;800</math> mcg/gün budesonid veya eşdeğeri) ve inhaler uzun etkili beta iki agonist <b>kombinasyonunu</b> en az 1 (bir) yıldır kullanmakta olmasına rağmen kontrolsüz astımı olması (en az 3 gün sistemik kortikosteroid kullanımını gerektiren yılda en az 2 atağı olması).</p>
<p><b>4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tedavisinde</b></p> <p>(2)Beklometazon+formoterol+glikopronyum etken maddelerini sabit dozda içeren veya flutikazon furoat+umeklidinyum+vilanterol etken maddelerini sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren ürünlerin;</p> <p>a) En az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p><b>4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tedavisinde</b></p> <p>(2)Beklometazon+formoterol+glikopronyum etken maddelerini sabit dozda içeren veya flutikazon furoat+umeklidinyum+vilanterol etken maddelerini sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren ürünlerin;</p> <p>a) En az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p><b>Flutikazon furoat +umeklidinyum+vilanterol etken maddelerini sabit doz kombinasyonu şeklinde içeren ürünün; en az 3 ay süreyle, uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve uzun etkili antikolinergikler (LAMA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</b></p>

**4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) tedavisinde**

(12) (4), (5) ve (6) ncı fıkralarda yer alan mono LABA/LAMA/İKS veya sabit doz LABA/LAMA/İKS kombinasyonlarıyla yapılacak üçlü kombinasyon tedavilerinde; en az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) tedavisinde**

(12) (4), (5) ve (6) ncı fıkralarda yer alan mono LABA/LAMA/İKS veya sabit doz LABA/LAMA/İKS kombinasyonlarıyla yapılacak üçlü kombinasyon tedavilerinde; en az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) veya uzun etkili solunum yolu beta agonistleri (LABA) ve uzun etkili antikolinerjikler (LAMA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.





<p><b>4.2.34– Multipl Skleroz Hastalığında fampiridin, beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, okrelizumab, kladribin, natalizumab ve alemtuzumab kullanım ilkeleri</b> (6) Okrelizumab; a) Yüksek hastalık aktivitesi gösteren <b>relaps-ve remisyonla</b> 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, <b>relaps-ve remisyonla</b> 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.</p>	<p><b>4.2.34– Multipl Skleroz Hastalığında fampiridin, beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, okrelizumab, kladribin, natalizumab ve alemtuzumab kullanım ilkeleri</b> (6) Okrelizumab; a) Yüksek hastalık aktivitesi gösteren <b>relapslarla</b> 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, <b>relapslarla</b> 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. c) <b>Güncel Multipl Skleroz (MS) tanı kriterlerini karşılayan ve EDSS 7 ve altında olan primer progresif Multipl Skleroz (MS) hastalarında, 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.</b></p>
<p><b>4.2.46 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;</b> (2) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) <math>\geq</math>30, Forced Vital Kapasitesi (FVC) <math>\geq</math>50 <b>olan ve/veya</b> akciğer biyopsisi ve/veya toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile IPF tanısı konmuş ve bununla birlikte bağ dokusu belirteçleri açısından değerlendirilmiş hastalarda antifibrotik tedavi başlanır. Sağlık kurulu raporunda; a) HRCT ile tanı konuldu ise görüntüleme raporunun tarih ve sayısı veya b) Akciğer biyopsisi ile tanı konuldu ise patoloji raporunun tarih ve sayısı veya</p>	<p><b>4.2.46 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;</b> (2) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) <math>\geq</math>30, Forced Vital Kapasitesi (FVC) <math>\geq</math>50 <b>iken</b> akciğer biyopsisi ve/veya toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile IPF tanısı konmuş ve bununla birlikte bağ dokusu belirteçleri açısından değerlendirilmiş hastalarda antifibrotik tedavi başlanır. Sağlık kurulu raporunda <b>DLCO ve FVC değerlerinin yanı sıra;</b> a) HRCT ile tanı konuldu ise görüntüleme raporunun tarih ve sayısı veya b) Akciğer biyopsisi ile tanı konuldu ise patoloji raporunun tarih ve sayısı <b>veya</b></p>



<p>c) DLCO <math>\geq</math>%30, FVC <math>\geq</math> %50 olması hali, ile birlikte bağ dokusu belirteçleri negatif olan hastalarda bu durumun belirtilmesi, bağ dokusu belirteçleri pozitif olan hastalarda romatolojik açıdan değerlendirilerek bağ dokusu hastalığı-akciğer tutulumunun olmadığı belirtilmesi gerekmektedir.</p>	<p><del>c) DLCO <math>\geq</math>%30, FVC <math>\geq</math> %50 olması hali,</del> ile birlikte bağ dokusu belirteçleri negatif olan hastalarda bu durumun belirtilmesi, bağ dokusu belirteçleri pozitif olan hastalarda romatolojik açıdan değerlendirilerek bağ dokusu hastalığı-akciğer tutulumunun olmadığı belirtilmesi gerekmektedir.</p>
<p><b>EK-3/1 - Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler</b> <b>TROMBOEMBOLEKTOMİ-TROMBOLİZ KATETERLERİ</b></p>	
<p><b>YENİ EKLENDİ</b></p>	<p><b>KV3158 KATETER, TROMBOLİZ, PERİFERİK, İNFÜZYON 474,00</b></p>
<p><b>KV3159</b> <b>ARTER/VEN TROMBOLİZ KATETERLERİ</b></p>	<p><b>KV3159</b> <b>VEN FARMAKOMEKANİK TROMBOLİZ/TROMBEKTOMİ KATETERLERİ</b></p>
<p>(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, <del>aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda, epikrizde</del> 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) Radyoloji veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına <del>istinaden,</del></p>	<p>(1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tansal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) kalp ve damar cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanın yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremitte için birer (1) adedinin bedeli Kurumca karşılanır.</p>
<p><b>KV3160</b> <b>VEN/PULMONER FARMAKOMEKANİK KATETERLERİ</b></p>	<p><b>KV3160</b> <b>PULMONER ARTER FARMAKOMEKANİK TROMBOLİZ /TROMBEKTOMİ KATETERLERİ</b></p>
<p>(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, <del>aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda, epikrizde</del> 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) Radyoloji veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına <del>istinaden,</del></p> <p><del>a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında;</del></p>	<p>(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında ve ekokardiyografi ya da bilgisayarlı tomografi ile sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olduğunun saptandığı durumlarda; 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) Radyoloji veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her bir taraf (sağ ve sol) ana pulmoner arter için birer (1) adedinin bedeli Kurumca karşılanır.</p>

~~(Semptomların başlangıcı itibariyle ilk 14 günde olmak kaydıyla)~~

~~b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması)~~

~~durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.~~

**KV2022- KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE**

~~(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda, epikrizde 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) Radyoloji veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,~~

~~a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında, (Semptomların başlangıcı itibariyle ilk 14 günde olmak kaydıyla)~~

~~b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması)~~

~~durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.~~

**KV2023 - KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE**

~~(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, aşağıdaki~~

**KV2022/KV2023/KV2024/KV2025**

(1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibariyle ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) kalp ve damar cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanın yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremitte için birer (1) adedin bedeli Kurumca karşılanır.

~~endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda, epikrizde 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) Radyoloji veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,~~

~~a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında, (Semptomların başlangıcı itibariyle ilk 14 günde olmak kaydıyla)~~

~~b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması) durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.~~

**KV2024- KATETER, TROMBOASPIRASYON, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE**

~~(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda, epikrizde 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) Radyoloji veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,~~

~~a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında, (Semptomların başlangıcı itibariyle ilk 14 günde olmak kaydıyla)~~

~~b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile~~



~~sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması)~~  
~~durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.~~

**KV2025- KATETER, TROMBOASPIRASYON, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE**

~~(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda, epikrizde 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) Radyoloji veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,~~

~~a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında, (Semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla)~~

~~b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması)~~  
~~durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.~~

**EK-3/K - Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler**

~~KD1002 - MERSİLEN TAPE 65 MM İPLİK 30 CM TAPE 5 MM ½ YUVARLAK BLUNT POINT ÇİFT İĞNELİ SERKLAJ SÜTÜRÜ~~

KD1002 – POLYESTER TAPE; ½ YUVARLAK GÖVDELİ KÜNT UÇLU ÇİFT İĞNELİ, 5 MM GENİŞLİĞİNDE VE EN AZ 30CM UZUNLUĞUNDA SERKALAJ SATÜRÜ

**EK-3/M - Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler**

**GR1042-KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE**

**GR1042 / GR1043 / GR1044 / GR1045**

~~(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda, epikrizde 2 (iki) Radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,~~  
~~a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında, (Semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla)~~  
~~b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması)~~  
~~durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.~~

**GR1043-KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE**

~~(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda, epikrizde 2 (iki) Radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,~~  
~~a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında, (Semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla)~~  
~~b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ ventrikül ejeksiyon~~

(1)1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir kalp ve damar cerrahisi uzmanı veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremitte için birer (1 ) adedin bedeli Kurumca karşılanır.

~~fraksiyonunun %45 ve altında olması)  
veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan  
büyük olması)~~

~~durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.~~

**GR1044-KATETER,  
TROMBOASPIRASYON, PERİFERİK,  
DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE  
BİRLİKTE**

~~(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi  
olan hastalarda, aşağıdaki  
endikasyonlardan en az birinin sağlandığı  
durumlarda, epikrizde 2 (iki) Radyoloji  
uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC veya 1 (bir)  
Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,~~

~~a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile  
objektif olarak tanımlanmış vena cava  
inferior veya ilio femoral ven  
segmentlerini tutan ve rekanalizasyon  
gelişmemiş akut derin venöz tromboz  
varlığında, (Semptomların başlangıcı  
itibariyle ilk 14 günde olmak kaydıyla)~~

~~b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik  
rezonans görüntüleme yöntemleri ile  
tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner  
emboli varlığında (hemodinamik  
instabilite varlığında, ekokardiyografi ile  
sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş  
olması (sağ ventrikül ejeksiyon  
fraksiyonunun %45 ve altında olması)  
veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan  
büyük olması)~~

~~durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.~~

**GR1045-KATETER,  
TROMBOASPIRASYON, PERİFERİK, TEL  
ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE  
BİRLİKTE**

~~(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi  
olan hastalarda, aşağıdaki  
endikasyonlardan en az birinin sağlandığı  
durumlarda, epikrizde 2 (iki) Radyoloji  
uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC veya 1 (bir)  
Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,~~

~~a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile  
objektif olarak tanımlanmış vena cava  
inferior veya ilio femoral ven  
segmentlerini tutan ve rekanalizasyon  
gelişmemiş akut derin venöz tromboz~~



<p><del>varlığında, (Semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla)</del>  <del>b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmoner emboli varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması)</del>  <del>durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.</del></p>	
<p><b>EK-4/D - HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇLAR LİSTESİ</b></p>	
<p>9.1.5. Romatoid artrit ve ilişkili sendromlar (Sjögren vb) <b>(M05-M06) (M08.0) (M35.0-M35.1) (M35.3 -M35.8)</b></p> <p><b>YENİ EKLENDİ</b></p>	<p>9.1.5. Romatoid artrit ve ilişkili sendromlar (Sjögren vb) <b>(M05-M06) (M08.0) (M08.2-M08.3) (M35.0-M35.1) (M35.3 -M35.8)</b></p> <p><b>M08.2</b> Juvenil artrit, sistemik başlagıçlı  <b>M08.3</b> Juvenil poliartrit(seronegatif)</p>
<p><del>15.4.1.16. Karglumik asit* (Yalnızca E72.2 ICD 10 kodunda N-asetilglutamat sentaz primer yetmezliğine bağlı hiperamonyemi tanısında muafır.)</del></p>	<p><b>KALDIRILDI</b></p>
<p><b>EK-4/E - SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ</b></p>	
<p><b>13- DİĞERLERİ</b>  25- Diltiazem (topikal formları)  Yalnızca genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p><b>13- DİĞERLERİ</b>  25- Diltiazem (topikal formları)  Yalnızca genel cerrahi <b>veya kadın hastalıkları ve doğum</b> uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p><b>EK-4/F - AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ</b></p>	
<p>15. Kontraseptifler (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki tedavi endikasyonlarında ödenir.) (Levonergestrel etkin maddeli ürünün anormal uterin kanamalarda kullanımı öncesi, intrauterin organik patolojilerin ekartasyonu için ofis histeroskopi ya da Salin İnfüzyon Sonografisi (SİS) yapılması, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum</p>	<p>15. Kontraseptifler (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki tedavi endikasyonlarında ödenir.) (Levonergestrel etkin maddeli ürünün anormal uterin kanamalarda kullanımı öncesi, intrauterin organik patolojilerin ekartasyonu için <b>transvajinal ultrasonografi veya endometriyal biyopsi veya</b> ofis histeroskopi ya da Salin İnfüzyon Sonografisi (SİS) yapılması, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince</p>

uzman hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.)	uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.)
<b>YENİ EKLENDİ</b>	<p>81. Monobenzon yalnızca; yaygın (vücut yüzey alanının yüzde 50'sinden daha fazlası), repigmentasyon tedavilerine dirençli vitiligo hastalarında, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda bu durumun belirtilmesi ve dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 3'üncü ayın sonunda yanıt değerlendirmesi yapılarak tedaviden yanıt alınamaması halinde tedavi sonlandırılır. Tedavinin devamı gereken hallerde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3'er ay süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecek olup maksimum tedavi süresi 12 ay ve bu süre boyunca en fazla kullanılacak ilaç kutu adedi 4'tür. Çillenme, fotosensitizasyonun neden olduğu hiperpigmentasyon (berlock dermatiti), gebelik melazması (kloazma) veya derinin postinflatuvar hiperpigmentasyonu vb. hiperpigmentasyon tedavilerinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>82. Benzidamin hidroklorür içeren vajinal çözelti yalnızca; radyoterapi tedavisi ile gelişen vajinal radyomikozit tedavisinde, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından düzenlenen, bu durumun belirtildiği sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>83. İnsan C proteini konsantresi; en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli ve hastanın tanısı, protein C düzeyi, hastanın vücut ağırlığı ve ilacın kullanım dozunun belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda tanımlanan durumlarda: a) Ağır konjenital protein C eksikliği bulunan hastalarda ortaya çıkan purpura</p>

	<p>fulminans ve kumarine bağlı deri nekrozunun tedavisinde veya</p> <p>b) Ağır konjenital protein C eksikliği olan hastalardan; yakın zamanda invaziv tedavi ya da cerrahi girişim uygulanacak olanlara, kumarin tedavisi başlanacak olanlara, tek başına kumarin tedavisinin yetersiz kaldığı durumda veya kumarin tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda kısa süreli profilaksi amaçlı bir reçetede en fazla 7 günlük dozda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p><b>EK-4/G - SADECE YATARAK TEDAVİLERDE KULLANIMI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ</b></p>	
<p>4.1. Linezolid oral formları yalnızca; osteomyelitin eşlik etmediği şiddetli ve orta derecedeki diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalardan en az 3 gün yatarak tedavi sonrası klinik iyileşme göstererek <del>oral</del> tedaviye geçişi uygun olanlarda bu durumun belirtildiği EHU onayı ile ayakta tedavilerde en fazla 10 günlük dozlar şeklinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>	<p>4.1. Linezolid oral formları yalnızca; osteomyelitin eşlik etmediği şiddetli ve orta derecedeki diyabetik ayak enfeksiyonları dahil deri ve deri yapılarına ait komplike enfeksiyonu olan hastalardan en az 3 gün yatarak tedavi sonrası klinik iyileşme göstererek ayakta tedaviye geçişi uygun olanlarda bu durumun belirtildiği EHU onayı ile ayakta tedavilerde en fazla 10 günlük dozlar şeklinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>25. Surfaktanlar</p>	<p>25. Surfaktanlar</p> <p>Respiratuvar Distres Sendromu (RDS) izlenen veya RDS riski altında olan prematüre bebekler ile diğer surfaktan eksikliği bulguları izlenen prematüre bebeklerin kurtarma tedavisi ve profilaksisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p><del>71. İnsan C proteini konsantrisi, en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli ve hastanın tanısı, protein C düzeyi, hastanın vücut ağırlığı ve ilacın kullanım dozunun belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda tanımlanan durumlarda;</del></p> <p><del>a) Ağır konjenital protein C eksikliği bulunan hastalarda ortaya çıkan purpura fulminans ve kumarine bağlı deri nekrozunun tedavisinde veya</del></p>	<p><b>KALDIRILDI</b></p>



~~b) Ağır konjenital protein C eksikliği olan hastalardan; yakın zamanda invaziv tedavi ya da cerrahi girişim uygulanacak olanlara, kumarin tedavisi başlanacak olanlara, tek başına kumarin tedavisinin yetersiz kaldığı durumda veya kumarin tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda kısa süreli profilaksi amaçlı bir reçetede en fazla 7 günlük dozda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.~~

Bu Tebliğin;

- a) 2 nci maddesi 1/4/2020 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 17 nci maddesinin (c) bendi 24/6/2020 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- c) 4 ila 9 uncu maddeleri ve 18 ila 20 nci maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- ç) 16 nci maddesinin (a) ve (b) bentlerinde düzenlenen ekli listelerde; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımı tarihinde, listeye giriş tarihinde (\*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- d) 13 üncü maddesinin (b) ve (c) bentleri yayımı tarihinden 30 gün sonra,
- e) Diğer maddeleri yayımı tarihinde, yürürlüğe girer.