

21.04.2015 TARİHLİ SUT	05.08.2015 TARİHLİ SUT
4.1.2-Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi 1) Yatarak tedavilerde kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur. (Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede kullanılmasına izin verilen yurtdışı ilaçların dışında kalan Yurtdışı İlaçlar hariç) 2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenen reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi ve özel sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir. 3) Reçetede yer alan ilaç bedelleri SUT hükümleri doğrultusunda 5 günlük dozu (ancak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları reçete edilebilir) (Yurtdışı İlaçlar ve ara ödemede olan ilaçlar hariç) aşmamak kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilaçların sağlık kurumuna ihale ve doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Ancak tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar ile 1/7/2015 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından reçete edilerek sözleşmeli eczanelerden temin edilen “Hastanelere Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi”nde (Ek 4/II) tanımlı ilaçlar için mahsup edilen tutarlar iade edilmez. Tedavinin devam ettiği durumlarda “doz” bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür. 4) Aneak, günübirlik tedavilerde kullanılan	4.1.2-Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi 1) Yatarak tedavilerde (yatan hasta ve günübirlik tedavi) kullanılacak ilaçların Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temini zorunludur. (Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede kullanılmasına izin verilen yurtdışı ilaçların dışında kalan yurtdışı ilaçlar hariç) 2)Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan/ Günübirlik Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde söz konusu ibarenin ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir. 3) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyip sözleşmeli eczaneler tarafından karşılanan reçetelerde yer alan ilaç bedelleri, SUT hükümleri doğrultusunda 5 günlük dozu (ancak, sağlık kurum ve kuruluşlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları reçete edilebilir) (Yurtdışı İlaçlar ve ara ödemede olan ilaçlar hariç) aşmamak kaydıyla sözleşmeli eczaneye ödenir, ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarının alacağından mahsup edilir ve mahsup edilen tutarlar iade edilmez. Tedavinin devam ettiği durumlarda “doz” bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.

ilaçların hastanelere temini zorunlu olmayıp; hekim tarafından reçetede günübirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar sözleşmeli eezanelerden temin edilebilecektir. 1/7/2015 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından SUT eki (Ek 4/H) listesinde tanımlı ilaçların temin edilmesi esas olup, reçetede günübirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla sözleşmeli eezaneden temin edilecek SUT eki (Ek 4/H) listesindeki ilaçlar için ödenen tutarlar Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir ve bu tutarlar iade edilmez. 5) Taburcu olan hastalara re�etelendirilecek ilaçlar, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir. 6) Robotik kemoterapi �nitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarının fatura edilmesi mümkündür. Uygulamanın esasları Kurumun resmi internet sitesinde duyurulur.	4) Taburcu olan hastalara re�etelendirilecek ilaçlar, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir. 5) Kemoterapi �nitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarı fatura edilecektir.”
4.1.7 - Sadece yatan hastalara kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G) 1) SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri �denecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçlar (anestezikler d�hil), sadece sağlık kurumlarında yatan hastalarda ve/veya özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla günübirlik tedavilerde kullanılır	4.1.7-Sadece yatarak tedavilerde kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G) 1) SUT eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri �denecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçlar (anestezikler d�hil), sadece sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavilerde kullanılır
4.2.1.C-1 - Anti-TNF (t�mor nekrozis faktör) ilaçlar 6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya �niversite 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 veya �ocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.	4.2.1.C-1 - Anti-TNF (t�mor nekrozis faktör) ilaçlar 6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya �niversite 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 veya �ocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Tedaviye uzun süre ara

4.2.1.C-5 –Tosilizumab 2) Aktif sistemik /poliartiküler juvenil idiopatik artriti bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda; a) 3 aylık anti TNF tedavisine rağmen ACR pediatrik 30 cevap kriterine ulaşamayan çocuk hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir çocuk romatoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. b) İlk 3 aylık tosilizumab kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabına ulaşmış hastalar için bu durum raporunda belirtilmek koşuluyla tedavi devam ettirilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriterinin 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun ve 3 üncü aydaki ACR pediatrik cevap kriterinin yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, başlangıç ve ACR cevap kriterleri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda tosilizumab tedavisine devam edilmez. 4.2.3 - Enjektabl alerji aşlarının kullanım ilkeleri (1) Solunum yolu alerjeni duyarlılığı olduğu cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmiş, en az 3 ay süre ile uygulanan	veren (3 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır.” 4.2.1.C-5 –Tosilizumab 2) Aktif sistemik /poliartiküler juvenil idiopatik artriti bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda; a) NSAİ ve/veya methotrexat veya anti-TNF ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınamamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanabilir. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez. b) Sağlık kurulu raporları; yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir çocuk romatoloji uzmanı yer alacak şekilde düzenlenir ve bu rapora dayanılarak çocuk romatoloji veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.” 4.2.3 - Enjektabl alerji aşlarının kullanım ilkeleri (1) Solunum yolu alerjeni duyarlılığı olduğu cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmiş, en az 3 ay süre ile uygulanan
--	--

medikal tedavi ile hastalığı kontrol altına alınamamış hastalarda; alerjik astım, alerjik rinit, alerjik konjonktivit durumlarında, bu durumların belirtildiği immünoloji veya alerji hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, tedavi protokolünü de gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. İlk reçetelendirme bu uzman hekimlerce yapılır.

(2) En fazla 2 farklı grup solunum yolu alerjisi için immunoterapi ödenir. Bu gruplar; polenler, ev tozu akarları, küf mantarları ve hayvan epitelidir.

(3) Mevsim öncesi allergoid immünoterapi hariç, aşı tedavisine 6 ay ya da daha fazla ara verilmesi halinde, çocukluk ve erişkin dönemlerine ait her bir dönem için birer defaya mahsus olmak üzere bu durum ile hastanın tedaviye başladığı tarih ve o tarihteki başlangıç kriterlerinin yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi koşuluyla başlangıç dozlarında tedaviye yeniden başlanabilir. Bu rapora dayanılarak ilk reçetelendirme alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince yapılır.

(4) Sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tedavinin devamı niteliğindeki diğer reçetelendirmeler, bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, dermatoloji, iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimi tarafından da yapılabilir.

(5) Her sağlık kurulu raporunda tedaviye ilk başlangıç tarihi belirtilir.

(6) Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

(7) Arı venom alerjisinde kullanılan arı venom aşıları, alerji, immünoloji, immünoloji ve alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilir.

(8) Aşı tedavileri, arı venom alerjisi hariç, toplamda 5 yılı geçemez. Mevsim öncesi allergoid immünoterapi her yıl polen mevsimi öncesi dönemde ömür boyu en fazla 5 defaya mahsus olarak yapılabilir.

(9) Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın

medikal tedavi ile hastalığı kontrol altına alınamamış hastalarda; alerjik astım, alerjik rinit, alerjik konjonktivit durumlarında, bu durumların belirtildiği immünoloji veya alerji hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, tedavi protokolünü de gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. İlk reçetelendirme bu uzman hekimlerce yapılır.

(2) En fazla 2 farklı grup solunum yolu alerjisi için immunoterapi ödenir. Bu gruplar; polenler, ev tozu akarları, küf mantarları ve hayvan epitelidir.

(3) Mevsim öncesi allergoid immünoterapi hariç, aşı tedavisine 6 ay ya da daha fazla ara verilmesi halinde, çocukluk ve erişkin dönemlerine ait her bir dönem için birer defaya mahsus olmak üzere bu durum ile hastanın tedaviye başladığı tarih ve o tarihteki başlangıç kriterlerinin yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi koşuluyla başlangıç dozlarında tedaviye yeniden başlanabilir. Bu rapora dayanılarak ilk reçetelendirme alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince yapılır.

(4) Sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tedavinin devamı niteliğindeki diğer reçetelendirmeler, bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, dermatoloji, iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimi tarafından da yapılabilir.

(5) Her sağlık kurulu raporunda tedaviye ilk başlangıç tarihi belirtilir.

(6) Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

(7) Arı venom alerjisinde kullanılan arı venom aşıları, alerji, immünoloji, immünoloji ve alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilir.

(8) Aşı tedavileri, arı venom alerjisi hariç, toplamda 5 yılı geçemez. Mevsim öncesi allergoid immünoterapi her yıl polen mevsimi öncesi dönemde ömür boyu en fazla 5 defaya mahsus olarak yapılabilir.

(9) Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın

ödenir.	ödenir. 10) Enjektabl alerji aşları reçete tanzim tarihinden itibaren 90 gün içinde temin edilebilir.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar 3) Bu fıkarda 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. h) Azasitidin ve decitabin 1) Azasitidin 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."	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar 3) Bu fıkarda 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. h) Azasitidin ve decitabin 1) Azasitidin 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) Decitabin b) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz	c) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz.” 2) Decitabin b) Decitabin, kemik iliğinde blast oranı %30'dan fazla olan, orta/kötü sitogenetik riski bulunan ve standart indüksiyon kemoterapisi için aday olmayan 70 yaş ve üstü yeni tanı konmuş 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 teşhiste en fazla 6 siklus kullanılabilir. c) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz
i) Dasatinib ve nilotinib a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde 2) Nilotinib yalnızca; dasatinibe dirençli veya intolere (aşağıdaki 4. ve 5. maddede belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. 3) İmatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere olan hastalardan; plevral effüzyon veya pulmoner hipertansiyon veya KOAH hastalarında, imatinib sonrası dasatinib kullanılmadan nilotinibe geçilebilir	i) Dasatinib ve nilotinib a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde 2) Nilotinib yalnızca; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere (aşağıdaki 4. ve 5. maddede belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.
l) Sorafenib; 1) Metastatik renal hücreli karsinom (mRCC) endikasyonunda; a. Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için	l) Sorafenib; 1) Metastatik renal hücreli karsinom (mRCC) endikasyonunda; a. Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için

hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum raporda belirtilmelidir. b. Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz. 2) Karaciğer kanserinde; lokal tedavi yöntemlerinin uygun olmadığı ve fonksiyonel karaciğer rezervinin Child-Pugh-A evresinde olduğu klinik ve laboratuvar bulgularla raporda kanıtlanmış olan; lokal ileri veya metastatik hepatocellüler kanserli olgularda; daha önce en az bir kemoterapi tedavisi uygulanmış ve progresyon gelişmiş hastalarda, ikinci basamak tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Hastanın kemoterapiye engel olacak bir durumu var ise bu durum sağlık raporunda belirtilerek birinci basamakta da kullanılabilir. Sorafenib en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için progresyon olmadığı belirlenmeli, bu durum ve karaciğer rezervinin Child-Pugh-A evresinde devam ettiği raporda belirtilmelidir.	hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum raporda belirtilmelidir. b. Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz. 2) Karaciğer kanserinde; lokal tedavi yöntemlerinin uygun olmadığı ve fonksiyonel karaciğer rezervinin Child-Pugh-A evresinde olduğu klinik ve laboratuvar bulgularla raporda kanıtlanmış olan; lokal ileri veya metastatik hepatocellüler kanserli olgularda; daha önce en az bir kemoterapi tedavisi uygulanmış ve progresyon gelişmiş hastalarda, ikinci basamak tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Hastanın kemoterapiye engel olacak bir durumu var ise bu durum sağlık raporunda belirtilerek birinci basamakta da kullanılabilir. Sorafenib en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için progresyon olmadığı belirlenmeli, bu durum ve karaciğer rezervinin Child-Pugh-A evresinde devam ettiği raporda belirtilmelidir. 3) Tiroid kanseri endikasyonunda; daha önce VEGF-TKİ gibi hedefe yönelik bir tedavi almamış cerrahi radyoterapi gibi lokal tedavilere uygun olmayan veya bu tedaviler sonrası progresyon gösteren, son 14 ay içerisinde RECIST kriterlerine göre progresyon göstermiş radyoaktif iyot tedavisine dirençli lokal relaps veya metastatik diferansiye tiroidkanserlerinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılabilir. Progresyon sonrası kombinasyon veya monoterapi olarak kullanılamaz. Sorafenib bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.”
4.2.15.Ç- Prasugrel 1) 75 yaşın altında 60 kg’ın üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup; hastaneye yatırılan ve acilen koroner anjiyografisi yapılp	4.2.15.Ç- Prasugrel 1) 75 yaşın altında 60 kg’ın üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup; a) Hastaneye yatırılan ve acilen koroner

perkütan koroner girişim kararı alınan hastalardan; a) Dişabetli ST yükselmesiz [NSTEMI] veya ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] olan hastalar ile b) ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] olan diğer hastalarda;	anjyografisi yapıp perkütan koroner girişim kararı alınan diyabetli ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda; b) Hastaneye yatırılan ve perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] hastalarında
4.2.15.E-Tikagrelor 5) Yukarıdaki maddelerde tanımlanan koşulların tamamını gösteren hastalarda bu durumların belirtildiği kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden birinin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçetelenir. Tedavi süresi 1 yıldır (13 kutu). İlacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür	4.2.15.E-Tikagrelor 5) Yukarıdaki maddelerde tanımlanan koşulların tamamını gösteren hastalarda bu durumların belirtildiği kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden birinin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçetelenir. Tedavi süresi 1 yıldır (13 kutu). İlacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür
4.2.17.A – Osteoporoz 6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.	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 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.
4.2.26 - Levosimendan ve milrinon kullanım ilkeleri 3) Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon, iç hastalıkları ile acil uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve	4.2.26 - Levosimendan ve milrinon kullanım ilkeleri 3) Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon, iç hastalıkları, yoğun bakım ile acil uzman hekimlerinden biri tarafından

bu durumlarını belirtir uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/reçeteye yazılabilirler.	düzenlenen ve bu durumlarını belirtir uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/reçeteye yazılabilirler.
4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri 4.2.27.A – Faktörler 1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır. a) Faktör düzeyi % l'in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan profilaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir. b) Hemofili hastalarında; akut kanama yaşanması ya da cerrahi girişim gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için, bu durumun belirtileceği 3 gün süreli yeni bir hematoloji uzman hekim raporu düzenlenir. 2) Acil müracaatlarda, hastanın tam teşekküllü sağlık kurumlarına başvurusu halinde hemofili takip karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut anacak ilaçta doz artırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun gelişmesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi koşuluyla hastanın tedavisi sağlanacaktır. Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir. 3) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve varsa inhibitör düzeyini (glanzmann trombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman	4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri 4.2.27.A - Faktörler 1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır. a) Faktör düzeyi % l'in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan profilaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir. b) Hemofili hastalarında; akut kanama yaşanması ya da cerrahi girişim gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için, bu durumun belirtileceği 3 gün süreli yeni bir hematoloji uzman hekim raporu düzenlenir. 2) Acil müracaatlarda, hastanın tam teşekküllü sağlık kurumlarına başvurusu halinde hemofili takip karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut olmasına rağmen ilaçta doz artırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun gelişmesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi koşuluyla hastanın tedavisi sağlanacaktır. Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir. 3) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve varsa inhibitör düzeyini (glanzmann trombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman

hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar ~~uzman hekim tarafından kullanılır~~. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

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.

~~5)Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri acil durumlarda;~~

~~a) Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce bir günlük dozda reçete edilebilir. İdame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz şemasına uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.~~

~~b) Kumarin türevlerinin uygulanması sırasında aktif kanaması olmayan ancak kanama riski yüksek olan hastalarda ise INR değerine bakılır. INR değeri ≥ 5 olan hastalarda hematoloji uzman hekimlerince,~~

hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda 4 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar **hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir**. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

4)Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri;

a) 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 gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak **hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından bir günlük dozda reçete edilir**.Kullanılan ünitenin **bir günlük** doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

b) Acil müracaatlarda;

1) Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce **hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.**

~~hematoloji uzman hekiminin bulunmadığı illerde ise diğer uzman hekimlerce en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir.~~

e) Kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizliği, karaciğer yetmezliği gibi) oluşan kanamalarda ilgili kanama yeri belirtilmek koşulu ile ~~tüm~~ uzman hekimlerce bir günlük dozda ~~verilebilir. İdame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz şemasına uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.~~

2) Kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizliği, karaciğer yetmezliği gibi) oluşan kanamalarda ilgili kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce **hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir.** Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

5) Aktifleşmiş protrombin kompleksi konsantresi (aPCC);

a) Hafif orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumu ve hastanın tanısı ile faktör ve inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

b) Profilaksi tedavisinde; Faktör VIII inhibitör titresi <5 BU (Bethesda Ünitesi) oluncaya kadar haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmemek kaydıyla hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Faktör inhibitör titresi 5 BU'nun altında ise profilaksitedavisi sonlandırılır. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

4.2.27.D - Eltrombopag kullanım ilkeleri

1) Splenektomi kontrendikasyonu olan ~~veya splenektomi sonrası nüks eden olgularda;~~

4.2.27.D - Eltrombopag kullanım ilkeleri

1) Splenektomi kontrendikasyonu olan ve kortikosteroid ve en az bir immunsupresif

kortikosteroid ve en az bir immunsupresif tedavi almış olup, yanıtı olmayan ve trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı hastalarda tedaviye başlanır. Hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri de belirtilir.	tedavi almış olup, yanıtı olmayan veya splenektomi sonrası nüks eden olgularda; trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı hastalarda tedaviye başlanır. Hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri de belirtilir
4.2.30. A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri 1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların; a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması, b) Vazoreaktivite testinin negatif olması, c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması gerekmemektedir.	4.2.30. A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri 1) Pulmoner hipertansiyonda; a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması ve vazoreaktivite testinin negatif olması durumunda hastalarda tedaviye başlanır. b) Bu hastaların üç aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması durumunda tedaviye devam edilir
4.2.33.A - Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik maküler ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri 2) Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.	4.2.33.A - Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik maküler ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri 2) Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Bu süre sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedavide ilaç değişimi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılacak değerlendirme sonucuna göre, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş,

(3) Bu grup ilaçlar ardışık ya da kombine olarak kullanılamayacaktır. (4) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.	değişimin gerekçesinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile mümkündür. (3) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır
4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat ve fingolimod kullanım ilkeleri (1) Beta interferon ve glatiramer asetat (copolymer-1); disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olguların remitting-relapsing türü olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi koşuluyla nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.	4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid ve fingolimod kullanım ilkeleri (1) Beta interferon, teriflunomid ve glatiramer asetat (copolymer-1); disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olguların remitting-relapsing türü olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi koşuluyla nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.
4.4 - İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması 4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları 1) Depocuya satış fiyatı 3,55 (üç virgül ellibeş) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz. (Özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla) 2) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül elli altı) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %7 veya %11 baz iskonto uygulanır. 4) 20 yıllık ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül elli altı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %7 baz iskonto uygulanır. b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL (dahil) ile 10,21 (on virgül yirmibir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır. c) Depocuya satış fiyatı 10,22 (on virgül yirmiiki) TL ve üzerinde, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır. ç) Depocuya satış fiyatı 10,22 (on virgül yirmiiki) TL ve üzerinde olan, referansı	4.4 - İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması 4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları 1) Depocuya satış fiyatı 3,62 (üç virgül altmışiki) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz. (Özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla) 2) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışüç) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %7 veya %11 baz iskonto uygulanır.” 4) 20 yıllık ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışüç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgül doksaniki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %7 baz iskonto uygulanır. b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgül doksanüç) TL (dahil) ile 10,42 (on virgül kırkiki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır. c) Depocuya satış fiyatı 10,43 (on virgül kırküç) TL ve üzerinde, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır. ç) Depocuya satış fiyatı 10,43 (on virgül kırküç) TL ve üzerinde olan, referansı

olmayan ilaçlara referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır. 5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellialtı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır. b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır. 6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellialtı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır. b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara %28 (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır. (8) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellialtı) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötikürünler ile enteral beslenme ürünlerine %11 baz iskonto uygulanır.	olmayan ilaçlara referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır. 5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışüç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgül doksaniki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır. b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgül doksanüç) TL ve üzerinde olan ilaçlara %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır. 6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan; a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışüç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgül doksaniki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır. b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgül doksanüç) TL ve üzerinde olan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.” 8) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışüç) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötikürünler ile enteral beslenme ürünlerine %11 baz iskonto uygulanır.
Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi”nde (Ek-4/E)	Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi”nde (Ek-4/E)
11-ANTİVİRAL İLAÇLAR A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar 14)Raltegravir: Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Antiretroviral tedavi altındayken direnç gelişen/yanıt alınamayan hastalarda kombine olarak kullanılır.	11-ANTİVİRAL İLAÇLAR A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar 14)Raltegravir :Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
13-DİĞERLERİ 13)Modafinil: UHP (Ayaktan tedavide	13-DİĞERLERİ 13)Modafinil: Ayaktan tedavide psikiyatri,

uzman hekimlerce veya uzman hekim raporuna bağlı olarak pratisyen hekimler dahil tüm hekimlerce, yatarak tedavide ise tüm hekimlerce reçete edilebilir.)	nöroloji ve göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna istinaden tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.
Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi”nde (Ek-4/F)	Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi”nde (Ek-4/F)
16. Atomoksetine: (6 yaş ve üstü çocuklarda çocuk psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. 16-18 ergen yaş grubunda ayrıca erişkin psikiyatri uzmanlarınca da aynı koşullarda rapor ve reçete düzenlenebilir.)	16. Atomoksetine: (6-25 yaş hastalarda psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. 16-18 ergen yaş grubunda ayrıca erişkin psikiyatri uzmanlarınca da aynı koşullarda rapor ve reçete düzenlenebilir.)”
44.Potasyum sitrat (5 mEq - 10 mEq) (Nefroloji veya üroloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)	44. Potasyum sitrat (5 mEq-10 mEq) (Nefroloji veya üroloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelenir.)”
	62. Montelukast; antihistaminiklere dirençli kronik idiyopatik ürtikerin kombine tedavisinde, alerji ve/veyaimmunoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları veya dermatoloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelenir.
	63. Sodyum Oksibat; Polisomnografi ve MSLT (çoklu uyku latens testi) testlerinin her ikisi ile de tanı alan 18 yaş üzerindeki obstruktif uyku apnesi olmadığı polisomnografi ile gösterilmiş katapleksili ve katapleksisiz narkolepsi hastalarının tedavisinde; modafinil veya metil fenidat kullanılan ve yanıt alınamayan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile yine bu hastanelerde nöroloji uzman hekimlerince reçetelenebilir.
	64. Pasireotid; Cerrahi müdahalenin bir tedavi seçeneği olmadığı ya da başarısız

	olduğu Cushing hastalığı olan erişkin hastalarda tedaviye 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak başlanır. Bu raporun süresi sonunda yapılan değerlendirmede üriner serbest kortizol [UFC] düzeylerinde klinik açıdan anlamlı azalma olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Sağlık kurulu raporları bu durumların belirtildiği, en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer alacağı şekilde düzenlenir ve bu rapora dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince reçetelenir
	Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi”ne (Ek-4/G) 57. “Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” nde (Ek-4/H) tanımlı ilaçlar”
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ	TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ