PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ	
4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi	(8) Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimliği uzman hekiminin yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler. (Ek cümle:RG-18/5/2024-32550)(108) SUT'un 4.2.13.1, 4.2.13.2, 4.2.15.B, 4.2.15.C, 4.2.15.Ç, 4.2.15.D-1, 4.2.15.D-2, 4.2.15.E, 4.2.15.F, 4.2.20 ve 4.2.38 maddelerinde yer alan ve sağlık raporuna istinaden iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilen ilaçların, SUT'ta yer alan genel ve özel hükümler saklı kalmak kaydıyla sağlık raporuna istinaden Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimlerce de reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca ödenir.	" (8) Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimliği uzman hekiminin yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler. (Ek cümle:RG-18/5/2024-32550)(108) SUT'un 4.2.13.1, 4.2.13.2, 4.2.15.B, 4.2.15.C, 4.2.15.Ç, 4.2.15.D-1, 4.2.15.D-2, 4.2.15.E, 4.2.15.F, 4.2.20 ve 4.2.38 maddelerinde yer alan ve sağlık raporuna istinaden iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilen ilaçların, SUT'ta yer alan genel ve özel hükümler saklı kalmak kaydıyla sağlık raporuna istinaden Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya ~~yetkilendirilen hekimlerce~~ **veya aile hekimliği uzman hekimlerince** de reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca ödenir."	Yayım tarihinden 5 gün sonra
4.2.1.C – Biyolojik ajanlar (Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, kanakinumab, anakinra, tosilizumab, sekukinumab, iksekizumab, guselkumab, risankizumab, vedolizumab, bimekizumab), tofacitinib, barisitinib, upadasitinib, abrositinib ve apremilast kullanım ilkeleri (Değişik başlık:RG-12/12/2024-32750)(118)	(6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri	(6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya ~~üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** 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	
	(9) (Değişik ibare:RG-25/7/2014-29071) (16) Psoriyazis vulgaris /plak tip psoriyazis /plak psoriyaziste anti-TNF ilaçlar; üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli olduğunu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.	(9) (Değişik ibare:RG-25/7/2014-29071) (16) Psoriyazis vulgaris /plak tip psoriyazis /plak psoriyaziste anti-TNF ilaçlar; ~~üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli olduğunu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.	
4.2.1.C-2 – Rituksimab (Başlığı ile Birlikte Değişik:RG-25/7/2014-29071)(16)	c) Sağlık kurulu raporları aşağıdaki şekilde düzenlenir: 2) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.	c) Sağlık kurulu raporları aşağıdaki şekilde düzenlenir: 2) ~~Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.	
4.2.1.C-3 -Abatasept	a) (Değişik:RG-18/6/2016-29746) (52) Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kulanmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda methotrexat ile birlikte, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir	a) (Değişik:RG-18/6/2016-29746) (52) Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kulanmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda methotrexat ile birlikte, tüm romatoloji uzman hekimleri veya ~~üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde** klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir	
4.2.1.C-4 –Ustekinumab (Ek:RG-25/7/2014-29071)(16)	a) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.	a) ~~Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.	

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.1.C-5 –Tosilizumab (Ek:RG-25/7/2014-29071)(16)	a) (Değişik:RG-18/6/2016-29746) (52) Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kulanmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda (Mülga ibare:RG-14/7/2016-29770) (56) (...), tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.	a) (Değişik:RG-18/6/2016-29746) (52) Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kulanmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda (Mülga ibare:RG-14/7/2016-29770) (56) (...), tüm romatoloji uzman hekimleri veya **~~üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde** klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.
	(2) (Mülga ibare:RG-18/6/2016-29746) (52) (...) poliartiküler juvenil idiopatik artriti bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda; b) (Değişik:RG-5/8/2015-29436)39 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.	(2) (Mülga ibare:RG-18/6/2016-29746) (52) (...) poliartiküler juvenil idiopatik artriti bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda; b) (Değişik:RG-5/8/2015-29436)39 Sağlık kurulu raporları; yalnızca **~~üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında**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.
	c) Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde bu durumların belirtildiği çocuk romatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.	c) **~~Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** bu durumların belirtildiği çocuk romatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.
4.2.1.C-6 – Tofacitinib	(2) Romatoid artritli erişkin hastalarda; Tofacitinib, upadasitinib ve barisitinib tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.	(2) Romatoid artritli erişkin hastalarda; Tofacitinib, upadasitinib ve barisitinib tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.
	(4) Tofacitinib ve upadasitinibin aktif ankilozan spondilitli erişkin hastalarda kulanımı; c) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.	(4) Tofacitinib ve upadasitinibin aktif ankilozan spondilitli erişkin hastalarda kulanımı; c) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.1.C-6 – Tofacitinib, upadasitinib (Ek ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer) (106) , abrositinib 19/10/2023-32344)(100)	(5) Upadasitinibin radyografik olmayan aksiyal spondiloartritli (nr-axSpA) erişkin hastalarda kulanımı; b) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.	(5) Upadasitinibin radyografik olmayan aksiyal spondiloartritli (nr-axSpA) erişkin hastalarda kulanımı; b) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.
	(8) (Ek:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) Upadasitinib ve abrositinibin orta/şiddetli atopik dermatit tedavisinde kulanımı; a) İki aydan uzun süreli sistemik kortikosteroid ve siklosporin kulanımından yarar görmeyen veya bu ilaçları tolere edemeyen veya bu ilaçların kontrendike olduğu orta ve şiddetli atopik dermatitli 12 yaş ve üzeri hastalarda upadasitinib veya abrositinib ile tedaviye başlanabilir.	(8) (Ek:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) Upadasitinib,**barisitinib** ve abrositinibin orta/şiddetli atopik dermatit tedavisinde kulanımı; a) İki aydan uzun süreli sistemik kortikosteroid ve siklosporin kulanımından yarar görmeyen veya bu ilaçları tolere edemeyen veya bu ilaçların kontrendike olduğu orta ve şiddetli atopik dermatitli 12 yaş ve üzeri hastalarda upadasitinib veya abrositinib **18 yaş ve üzeri hastalarda barisitinib** ile tedaviye başlanabilir.
	d) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, 3 deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Upadasitinib, abrositinib ve dupilumab birlikte ku lanılamaz.	d) “Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, deri ve zührevi hastalıkları, immünoloji, immünoloji ve alerji uzman hekimlerinden herhangi üçünün yer aldığı 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak deri ve zührevi hastalıkları, immünoloji, immünoloji ve alerji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Upadacitinib, abrositinib, barisitinib ve dupilumab birlikte kullanılamaz.”
4.2.1.C-7 – (Ek:RG-18/6/2016-29746) (52) Kanakinumab (Ek ibare:RG-12/12/2024-32750)(118) , anakinra	3) Kanakinumab kulanan ve düzenli 3 ay süreyle yapılan kontrolerde atak sıklık ve şiddetinin azaldığı raporda belirtilen hastalarda kanakinumab kulanılmasına devam edilebilir. Kanakinumab tedavisine 6 aydan fazla süre ara verilmesi veya kesilmesi durumunda bu süre zarfında en az üç atak geçirmiş (atak dönemlerine ait en az 15 gün arayla ölçülmüş CRP değerinin normal üst sınır değerinin 2 katı ve üstü yüksekliğini gösterir tetkiklerin sonuç, tarihini içerir bilgilerin raporda belirtilmesi şartıyla) hastalarda başlangıç kriterleri aranmaksızın kanakinumab tedavisine devam edilir.	"3) Kanakinumab kulanan ve düzenli 3 ay süreyle yapılan kontrolerde atak sıklık ve şiddetinin azaldığı raporda belirtilen hastalarda kanakinumab kulanılmasına devam edilebilir. Kanakinumab tedavisine 6 aydan fazla süre ara verilmesi veya kesilmesi durumunda bu süre zarfında en az üç atak geçirmiş (atak dönemlerine ait en az 15 gün arayla ölçülmüş CRP değerinin normal üst sınır değerinin 2 katı ve üstü yüksekliğini gösterir tetkiklerin sonuç, tarihini içerir bilgilerin raporda belirtilmesi şartıyla) hastalarda başlangıç kriterleri aranmaksızın kanakinumab tedavisine devam edilir." **Tedavi altındayken 6 ay ataksız olması ve akut faz reaksiyonlarının normal olması halinde takip eden 6 ay içerisinde doz aralığı açılır. Doz aralığı önce 6 ay süreyle 2 ayda bire, atak görülmezse sonraki 6 ayda 3 ayda bire çıkarılan hastalarda 6 ay ataksız dönem olması ve akut faz reaksiyonlarının normal olması halinde kanakinumab tedavisi sonlandırılır.**
	4) Tedavi altında 6 ay ataksız olması ve akut faz reaktanlarının normal olması halinde takip eden 6 ay içerisinde doz aralığı açılır. Doz aralığı önce 6 ay süreyle 2 ayda bire, atak görülmezse sonraki 6 ayda 3 ayda bire çıkarılan hastalarda 6 ay ataksız dönem olması ve akut faz reaktanlarının normal olması halinde kanakinumab tedavisi sonlandırılır.	4) **Tedavi altında Ara vermeden** 6 ay süreyle düzenli olarak 4 haftada bir 150 mg kanakinumab kullanılmasına rağmen son 3 ay içerisinde akut faz reaksiyonu yüksekliği ile kanıtlanmış en az üç atak (18 yaş altında iki atak) geçirmiş (atak dönemlerine ait en az 15 gün arayla ölçülmüş CRP değerinin normal üst sınır değerinin 2 katı ve üstü yüksekliğini gösterir tetkiklerin sonuç ve tarihini içerir bilgilerin raporda belirtilmesi şartıyla) yeterli yanıt alınamayan hastalarda bu durumun raporda belirtilmesi halinde 4 haftada bir 300 mg kanakinumab tedavisine geçilebilir.

PLATFORM
ÖZEL HASTANELER
PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM
ÖZEL HASTANELER
PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.1.C-9- Sekukinumab (Ek:RG-10/5/2018-30417 Mükerrer)(110)	(1) Aktif ankilozan spondilitli erişkin hastalarda; c) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir. Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda başlangıç kriterleri yeniden aranır.	c) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya ~~üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki~~ **Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir. Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda başlangıç kriterleri yeniden aranır.
	(2) Orta veya şiddetli plak psöriazisli erişkin hastalarda; "c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir."	c) ~~Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında**dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.
4.2.1.C-10- (Ek:RG-4/9/2019-30878 Mükerrer)(123) İksekizumab	c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.	c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.
4.2.1.C-11- (Ek:RG-26/10/2021-31640)(148) Guselkumab	c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.	c) ~~Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.
4.2.1.C-12- (Ek:RG-26/10/2021-31640)(148) Risankizumab	c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.	c) ~~Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında**d ermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.1.C-13 - Apremilast (Ek:RG-19/10/2023-32344)(100)	4.2.1.C-13 - Apremilast (Ek:RG-19/10/2023-32344)(100) (1) Psöriyatik artritli hastalarda; en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az üçer ay olmak üzere kulanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) durumlarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 16 hafta sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınamaması) ilaca devam edilmesi durumunda Kurumca bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir. Apremilast, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. (2) Apremilast; siklosporin, metotreksat veya psoralen ve ultraviyole-A ışığı (PUVA) dahil olmak üzere diğer sistemik tedavilere yanıt vermeyen orta ve şiddetli kronik plak tipi psöriazisi olan yetişkin hastaların tedavisinde, üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, kulanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bede leri karşılanır.	4.2.1.C-13 - Apremilast (Ek:RG-19/10/2023-32344)(100) (1) Psöriyatik artritli hastalarda; en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az üçer ay olmak üzere kulanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) durumlarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 16 hafta sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınamaması) ilaca devam edilmesi durumunda Kurumca bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir. Apremilast, tüm romatoloji uzman hekimleri veya ~~üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında**klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. (2) Apremilast; siklosporin, metotreksat veya psoralen ve ultraviyole-A ışığı (PUVA) dahil olmak üzere diğer sistemik tedavilere yanıt vermeyen orta ve şiddetli kronik plak tipi psöriazisi olan yetişkin hastaların tedavisinde, ~~üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, kulanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bede leri karşılanır.
4.2.1.C-14 – Bimekizumab (Ek: RG-2/11/2024-32710)(115)	c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.	c) ~~Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında dermatoloji** uzman hekiminin yer aldığı başlangıçta 4 ay süreli, sonrasında 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.
4.2.2 - Antidepresanlar ve	(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce (Ek ibare: RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (94) toplam 6 ay süre ile reçete edilebilir. (Ek cümle:RG-10/5/2018-30417 Mükerrer) (110) Bu gruplar arasında ilaç değişimi gereken ha lerde ve/veya bu ilaçların 6 aydan uzun süre kulanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.	(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce (Ek ibare: RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (94) toplam ~~6 ay~~ **1 yıl** süre ile reçete edilebilir. (Ek cümle:RG-10/5/2018-30417 Mükerrer) (110) Bu gruplar arasında ilaç değişimi gereken ha lerde ve/veya bu ilaçların ~~6 aydan~~ **1 yıldan** uzun süre kulanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri	(2) (Değişik:RG-4/9/2019-30878 Mükerrer) (123) Klozapin, olanzapin, (Ek ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer) (106) olanzapin kombinasyonları, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol (Ek ibare:RG-19/10/2023-32344) (100) , brekspiprazol ibare:RG-2/11/2024-32710)(115) , lurasidon (Ek veya paliperidon içeren ürünlerin psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır	(2) (Değişik:RG-4/9/2019-30878 Mükerrer) (123) Klozapin, olanzapin, (Ek ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer) (106) olanzapin kombinasyonları, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol (Ek ibare:RG-19/10/2023-32344) (100) , brekspiprazol ibare:RG-2/11/2024-32710)(115) , lurasidon, **kariprazin** (Ek veya paliperidon içeren ürünlerin psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır
	a) Göz adalesi fonksiyon felçleri bozuklukları, blefarospazm, hemifasiyal spazm, servikal distoni (spazmodik tortikolis), EMG esnasında uygulanacak fokal distoni, erişkinlerde inme sonrası gözlenen fokal spastisite endikasyonlarında; sadece organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kulanılacak ilacın dozuyla kulanım süresini içeren üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulamayı yapacak göz sağlığı ve hastalıkları veya nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının herhangi üçünün yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.	a) Göz adalesi fonksiyon felçleri bozuklukları, blefarospazm, hemifasiyal spazm, servikal distoni (spazmodik tortikolis), EMG esnasında uygulanacak fokal distoni, erişkinlerde inme sonrası gözlenen fokal spastisite endikasyonlarında; sadece organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kulanılacak ilacın dozuyla kulanım süresini içeren ~~**üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde**~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** uygulamayı yapacak göz sağlığı ve hastalıkları veya nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının herhangi üçünün yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.
	b) Pediatrik serebral palsi endikasyonunda; üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastaneleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak belirtilen uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. (Değişik ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) 18 yaşa kadar; sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fikst kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır.	b) Pediatrik serebral palsi endikasyonunda; ~~**üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastaneleri**~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında i**le fizik tedavi ve rehabilitasyon dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak belirtilen uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. (Değişik ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) 18 yaşa kadar; sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fikst kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır.

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri	c) (Ek:RG-30/8/2014-29104)(21) Kronik dönemde (spinal şok sonrası dönem) subservikal omurilik hasarı veya multıple skleroza bağlı nörojenik detrusor aşırı aktivitesi olan hastalardan, en az 2 farklı antikolinerjik/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kulanmasına rağmen tedaviye yanıt alınamayan ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kulanılacak ilacın dozuyla, kulanım süresini içeren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kulanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak kulanılır.	c) (Ek:RG-30/8/2014-29104)(21) Kronik dönemde (spinal şok sonrası dönem) subservikal omurilik hasarı veya multıple skleroza bağlı nörojenik detrusor aşırı aktivitesi olan hastalardan, en az 2 farklı antikolinerjik/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kulanmasına rağmen tedaviye yanıt alınamayan ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kulanılacak ilacın dozuyla, kulanım süresini içeren ~~**üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde**~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kulanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak kulanılır.
	d) (Ek:RG-30/8/2014-29104)(21) Sıkışma tipi üriner inkontinans, sıkışma ve sık idrar semptomları olan aşırı aktif mesane endikasyonunda, en az 2 farklı antikolinerjik/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kulanıp tedaviye yanıt vermeyen ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kulanılacak ilacın dozuyla, kulanım süresini içeren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kulanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak kulanılır.	d) (Ek:RG-30/8/2014-29104)(21) Sıkışma tipi üriner inkontinans, sıkışma ve sık idrar semptomları olan aşırı aktif mesane endikasyonunda, en az 2 farklı antikolinerjik/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kulanıp tedaviye yanıt vermeyen ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kulanılacak ilacın dozuyla, kulanım süresini içeren ~~**üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde**~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kulanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak kulanılır.
4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri	(1) (Değişik:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (94) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen en fazla 3 ay süreli kulanılacak ilacın dozunu gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır ve bu rapora istinaden diğer hekimler tarafından reçete edilebilir. Devam tedavisi için düzenlenecek sağlık kurulu raporları, en fazla 1 yıl süreli olup bu rapora dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. (Ek cümle:RG-2/11/2024-32710)(115) Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin 1 yıldan daha uzun sürede kulanımı gerektiğinde; onkoloji, hematoloji, kalp damar cerrahisi, kardiyoloji, göğüs hastalıkları veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. (Değişik cümle:RG-16/3/2023-32134 Mükerrer) (95) Gebelerde ise kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimince düzenlenen 9 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.	(1) (Değişik:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (94) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen en fazla 3 ay süreli kulanılacak ilacın dozunu gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır ve bu rapora istinaden diğer hekimler tarafından reçete edilebilir. Devam tedavisi için düzenlenecek sağlık kurulu raporları, en fazla 1 yıl süreli olup bu rapora dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. (Ek cümle:RG-2/11/2024-32710)(115) Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin 1 yıldan daha uzun sürede kulanımı gerektiğinde; onkoloji, hematoloji, kalp damar cerrahisi, kardiyoloji, göğüs hastalıkları,**iç hastalıkları, genel cerrahi** veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. (Değişik cümle:RG-16/3/2023-32134 Mükerrer) (95) Gebelerde ise kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimince düzenlenen 9 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.

PLATFORM
ÖZEL HASTANELER
PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM
ÖZEL HASTANELER
PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri (Değişik:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (94)	2) (Değişik ibare:RG-19/10/2023-32344)(100) 5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (< -2SD), olmasıdır. Malnütrisyon gelişmiş hastalarda bu durumların belirtildiği çocuk hastalıkları (Ek ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) ve çocuk cerrahi uzman hekimleri tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak başlanır. Bu sürenin sonunda; yukarıda belirtilen malnütrisyon koşullarının devam etmesi durumunda çocuk gastroenteroloji, çocuk nöroloji, çocuk metabolizma (Ek ibare:RG-16/3/2023-32134 Mükerrer)(95) , çocuk cerrahisi veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 6 ay süreli rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bede leri ödenir.	2) (Değişik ibare:RG-19/10/2023-32344)(100) 5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (< -2SD), olmasıdır. Malnütrisyon gelişmiş hastalarda bu durumların belirtildiği çocuk hastalıkları (Ek ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) ve çocuk cerrahi, **çocuk endokrinoloji** uzman hekimleri tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak başlanır. Bu sürenin sonunda; yukarıda belirtilen malnütrisyon koşullarının devam etmesi durumunda çocuk gastroenteroloji, çocuk nöroloji, çocuk metabolizma (Ek ibare:RG-16/3/2023-32134 Mükerrer)(95) , çocuk cerrahisi veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 6 ay süreli rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bede leri ödenir.
	c) Raporlarda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı, hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık SD veya VKİ değerlerine göre belirlenen günlük kulanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bede leri ödenir.	c) Raporlarda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı, hastanın vücut ağırlığı, **Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan** boyu ve yaşa göre ağırlık SD veya VKİ değerlerine göre belirlenen günlük kulanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bede leri ödenir.
	(2) Yetişkin hastalarda; a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı; 1) Son 6 ayda %5 ten fazla 6 aydan daha uzun sürede ise %10 dan fazla istemsiz kilo kaybı veya VKİ 70 yaş ve üzerinde 22' nin altında, 70 yaş altında ise 20' nin altında ve	(2) Yetişkin hastalarda; a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı; 1) Son 6 ayda %5 ten fazla 6 aydan daha uzun sürede ise %10 dan fazla istemsiz kilo kaybı **veya Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan** VKİ 70 yaş ve üzerinde 22' nin altında, 70 yaş altında ise 20' nin altında ve
4.2.9 - Eritropoietin, darbepoetin, (Ek ibare:RG-19/10/2023-32344) (100) roksadustat, 28/4/2021-31468 Mükerrer)(140) cinacalcet, etelkalsetid, sevelamer, parikalsitol, (Ek ibare: RG oral esansiyel aminoasit preperatları ve keto analogları kullanım ilkeleri	4.2.9 - Eritropoietin, darbepoetin, (Ek ibare:RG-19/10/2023-32344) (100) roksadustat, 28/4/2021-31468 Mükerrer)(140) cinacalcet, etelkalsetid, sevelamer, parikalsitol, (Ek ibare:RG oral esansiyel aminoasit preperatları ve keto analogları kullanım ilkeleri	4.2.9 - Eritropoietin, darbepoetin, (Ek ibare:RG-19/10/2023-32344) (100) roksadustat, 28/4/2021-31468 Mükerrer)(140) cinacalcet, etelkalsetid,**sodyum zirkonyum siklosilikat** sevelamer, parikalsitol, (Ek ibare:RG oral esansiyel aminoasit preperatları ve keto analogları kullanım ilkeleri
	[redacted]	**4.2.9.F - Sodyum zirkonyum siklosilikat kullanım ilkeleri** **(1) Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi (RAAS) inhibitörleri veya Mineralokortikoid Reseptör Antagonistleri (MRA) kullanmakta olan diyaliz almayan Evre 4 KBH veya Evre 5 KBH hastası olup ve son 1 ay içerisinde sodyum/kalsiyum polistiren sülfonat etkin maddeli ilaçları kullanmasına rağmen en az bir şiddetli hiperkalemi atağı geçiren ve serum potasyum (sK+) seviyesi 6,0 mmol/L ya da üzerinde olan hastalarda; bu durumların belirtildiği en az bir nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nefroloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.** **(2) Bir yıldan fazla iki hiperkalemi atağı için toplam en fazla 6 kutu bedeli ödenir. İlacın kullanımı her atak için yukarıda belirtilen koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür."***

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.12.B – Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (Başlığı ile Birlikte Değişik:RG-2/11/2024-32710)(115)	4.2.12.B – Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (Başlığı ile Birlikte Değişik:RG-2/11/2024-32710)(115) 4.2.12.B-1-Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (Uygulama yolu Intravenöz veya Intravenöz /Subcutan olan İmmunglobulinler) a) Antikor üretiminin bozulduğu primer (konjenital) immün yetmezlik sendromlarında 1 yıl süre ile hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, romatoloji, nefroloji veya immünoloji ve alerji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından,	4.2.12.B – Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (Başlığı ile Birlikte Değişik:RG-2/11/2024-32710)(115) 4.2.12.B-1-Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (Uygulama yolu Intravenöz veya Intravenöz /Subcutan olan İmmunglobulinler) a) Antikor üretiminin bozulduğu primer (konjenital) immün yetmezlik sendromlarında 1 yıl süre ile hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, romatoloji, nefroloji, **immünoloji** veya immünoloji ve alerji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından,
	[redacted]	“(2) İmmunoglobulin M (IgM) ile zenginleştirilmiş immunglobulin; üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinde yatan ciddi bakteriyel enfeksiyon kaynaklı septik şok olan hastalarda, uygun antibiyotik, sıvı, vazopressör tedavilerine rağmen devam eden ciddi hipotansiyon (ortalama arter basıncı < 65 mmHg, 2mmol/L ve üzeri laktat seviyesi) tedavisinde uzman hekim tarafından kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.”
4.2.12.B-2-Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (Uygulama yolu yalnızca Subcutan olan İmmunglobulinler)	(1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için; a) Antikor üretiminin bozulduğu primer (konjenital) immün yetmezlik sendromlarında 1 yıl süre ile hematoloji, göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji uzman hekimleri tarafından,	(1) Aşağıda yer alan Sağlık Bakanlığınca onaylı endikasyonlar için; a) Antikor üretiminin bozulduğu primer (konjenital) immün yetmezlik sendromlarında 1 yıl süre ile hematoloji, göğüs hastalıkları ~~veya~~ ,immünoloji ve alerji uzman hekimleri tarafından,
	(3) Bu fıkrada belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.	(3) Bu fıkrada belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.
	1) Daha önce panitumumab veya diğer anti-EGFR (Anti-Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü) tedavileri kulanmamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, (Değişik ibare:RG-9/9/2017-30175) (96) RAS wild tip metastatik kolorektal kanserli hastalarda; birinci veya ikinci seri tedavide FOLFOX veya FOLFIRI kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyona kadar kulanılır. Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.	Daha önce panitumumab veya diğer anti-EGFR (Anti-Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü) tedavileri kullanılmamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, RAS **mutasyonu** ~~wild tip~~ olmayan metastatik kolorektal kanserli hastalarda; birinci veya ikinci seri tedavide FOLFOX veya FOLFIRI kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.
	"u) (Ek:RG-25/7/2014-29071)(16) (Değişik:RG-30/12/2020-31350 2. Mükerrer) (136) Kabazitaksel, enzalutamid (Ek ibare:RG 9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) , apalutamit, ve abirateron;"	"u) (Ek:RG-25/7/2014-29071)(16) (Değişik:RG-30/12/2020-31350 2. Mükerrer) (136) Kabazitaksel, enzalutamid (Ek ibare:RG 9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) , apalutamit, **darolutamid** ve abirateron;"

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;		5) Darolutamid; a) ECOG performans statüsü 0-1 olan, yüksek metastatik hastalık riski taşıyan (PSA ikiye katlanma zamanı ≤ 6 ay, N0-1 ve PSA düzeyi 2 ng/dl üzerinde olan, testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (<50 ng/dl), daha önce sitotoksik kemoterapi almamış olan hastalar) non-metastatik Kastrasyona Dirençli Prostat Kanserli (nmKDPK) yetişkin erkek hastaların tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. b) Dosetaksel ve androjen yoksunluğu tedavisi ile kombinasyon halinde yüksek hacimli (viseral metastaz ya da en az 1 kemik metastazının vertebra ve pelvis dışı olan ≥ 4 kemik metastazı varlığı) hastalığı olan metastatik Hormona Duyarlı Prostat Kanserli (mHDPK) yetişkin erkek hastaların tedavisinde endikedir. Dosetaksel; darolutamidin ilk dozundan itibaren ilk 6 hafta içinde başlanmalıdır.
	5) (Değişik:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer) (106) Kabazitaksel, enzalutamid, apalutamit veya abirateron etkin maddeli ilaçların; bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda progresyon olmadığı belirtilmelidir.	6) Kabazitaksel, enzalutamid, apalutamit, darolutamid veya abirateron etkin maddeli ilaçların; bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda progresyon bilgileri belirtilmelidir. Kemoterapi için uygun olmayan/kemoterapi kontrendike olduğu durumlarda aşağıdaki yer
	6) (Değişik:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer) (106) Kemoterapi için uygun olmayan/kemoterapinin kontrendike olduğu durumlar aşağıda yer almaktadır: a) ECOG performans skorunun >1 olması veya b) Kemik iliği rezervi ileri derecede azalarak nötrofil sayısının 1.500 hücre/mm³ ün altında veya trombosit sayısının 100.000/mm³ ün altında olması veya c) Kreatinin klirensinin <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).	7)Kemoterapi için uygun olmayan/kemoterapi kontrendike olduğu durumlarda aşağıdaki yer almaktadır :a) ECOG performans skoru >1 olması veya; b) Kemik iliği rezervi yetersiz derecede düşük olması (nötrofil sayısının 1.500 hücre/mm³'ün altında veya trombosit sayısının 100.000/mm³'ün altında olması veya c) Kreatinin klirensinin <45 ml/dk olması veya d) Karaciğer enzimlerinden alanin aminotransferaz (ALT) veya Aspartat Aminotransferaz (AST) düzeylerinin normal referans üst sınırının 5 katından fazla yükselmesi veya bilirubin normal referans üst sınırının 3 katından fazla yükselmesi."
	7) (Ek:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer)(106) Enzalutamid, apalutamit ve abirateron etkin maddeli ilaçların ardışık kulanımının bede leri yalnızca Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kulanım onayı bulunması halinde Kurumca karşılanır.	8) Enzalutamid, apalutamit, darolutamid ve abirateron etkin maddeli ilaçların ardışık kullanımının bedelleri yalnızca Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı bulunması halinde Kurumca karşılanır."
aa) (Değişik:RG-4/9/2019-30878 Mükerrer)(123) Beksaroten;	2) Beksaroten topikal; a) Diğer terapilerden sonra refrakter veya kalıcı hastalığı olan veya diğer tedavileri tolere edemeyen Evre IA veya Evre IB kutanöz T-hücreli lenfoma hastalarının kutanöz lezyonlarının topikal tedavisinde kulanılması halinde bede leri Kurumca karşılanır. (Mülga cümle:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer)(94)	2) Beksaroten topikal; a) Diğer terapilerden sonra refrakter veya kalıcı hastalığı olan veya diğer tedavileri tolere edemeyen Evre IA veya **Evre IB** veya Evre IIA kutanöz T-hücreli lenfoma hastalarının kutanöz lezyonlarının topikal tedavisinde kulanılması halinde bede leri Kurumca karşılanır. (Mülga cümle:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer)(94)

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
cc) Vismodegib; (Ek:RG-18/6/2016-29746) (52)	cc) Vismodegib; (Ek:RG-18/6/2016-29746) (52)	cc) Vismodegib **Sonidegib**; (Ek:RG-18/6/2016-29746) (52) **Daha öncesinde başka bir hedgehog yolu inhibitörü kullanılmamış olması gerekmektedir."** **"6) Vismodegib ve sonidegib ardışık olarak kullanılmaz."**
çç) Ruksolitinib ; (Ek:RG-18/6/2016-29746) (52) (Değişik:RG-19/10/2023-32344) (100)	4) JAK 2 (V617F ve Exon 12) mutasyonlarının varlığı ile Polisitemi Vera (PV) tanısı konulmuş olgularda; aşağıda tanımlanan durumlardan en az birini karşıladığını gösteren ve bu durumların raporda belirtilmesi koşuluyla bu rapora dayanılarak reçete edilmesi halinde Kurumca karşılanır. 1- En az 2 g/gün veya hastanın tolere edebileceği maksimum dozda hidroksiüre kulanan polistemi vera tanılı hastalarda en az 3 aylık tedaviye rağmen; a. Hematokriti <%45 tutmak için ayda 1'den fazla flebotomi ihtiyacının devam etmesi veya b. Trombosit sayısının >400000/mm3, beyaz küre sayısının >10000/mm3 olması veya c. Dalak boyutlarında ultrasonografi ile küçülme saptanmaması veya ç. Yeni tromboz gelişmesi. 2- Tam veya kısmi yanıt için gerekli en düşük hidroksiüre dozunda, mutlak nötrofil sayısı <1000/mm3 ya da trombosit sayısı <100000/mm3 ya da hemoglobin <10g/dl olması. 3- Hidroksiüre ilişkili bacak ülseri, kontrol edilemeyen mukokutanöz belirtiler ortaya çıkması halinde. 5) Polisitemi Vera (PV) tanılı hastaların 32 haftalık tedavisinin sonunda, dalak büyüklüğünde minimum %35 küçülme ve tam kan sayımının normalize olması (lökosit, hemoglobin/HCT, trombosit sayılarının referans değerler arasında olması) halinde tedaviye devam edilebilir. 6) Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir.	4) JAK 2 (V617F **veya** Exon 12) mutasyonlarının varlığı ile Polisitemi Vera (PV) tanısı konulmuş olgularda; aşağıda tanımlanan durumlardan en az birini karşıladığını gösteren ve bu durumların raporda belirtilmesi koşuluyla bu rapora dayanılarak reçete edilmesi halinde Kurumca karşılanır. . , . . 6) ~~**Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde**~~ **Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
	[redacted]	**“ttt) Selineksor;** **Daha önce en az 1-3 sıra multiple myelom tedavisini uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış ve önceki tedavilerle Proteazom İnhibitörüne (PI) dirençli olmayan (önceki PI ile en az kısmı yanıt elde edilmiş ve en son PI maruziyetinin üzerinden en az 6 ay geçmiş olan) relaps/refrakter multiple myelom tanılı yetişkin hastaların tedavisinde bortezomib ve deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.**
	[redacted]	**uuu) Elranatamab;** **1)Daha önce bir immünomodülatör ajan, bir proteazom inhibitörü ve bir anti-CD38 antikoru dahil olmak üzere en az dört sıra tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış ve son tedavisi sırasında progresyon görülmüş olan, relaps veya refrakter multiple myelomlu bulunan erişkin hastaların tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.** **“2) 3 üncü kür sonundan en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmı yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”**
4.2.15 – Klopidogrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, riverokaban, apikaban (Ek	(2) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın reçete edilebilir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz veya bu uzman hekimlerce düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kulanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.	(2) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın reçete edilebilir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz veya bu uzman hekimlerce düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kulanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. **İlk iki rapor süresi sonunda (toplam 24 ay), sonraki raporlar en fazla 12 ay sürelerle aile hekimliği uzman hekimlerince de düzenlenebilir.**

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
rivaroksaban, apiksaban, (Ek ibare:RG-21/4/2022-31816) (89) edoksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri (Değişik başlık:RG-25/7/2014-29071)(16)	(3) (Değişik:RG-30/8/2014-29104)(21) Kalp kapak biyoprotezi bulunan veya anjiografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı olan veya tıkayıcı periferik arter hastalığı olan veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanmış olan hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kulanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.	(3) (Değişik:RG-30/8/2014-29104)(21) Kalp kapak biyoprotezi bulunan veya anjiografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı olan veya tıkayıcı periferik arter hastalığı olan veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanmış olan hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kulanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir. İlk iki rapor süresi sonunda (toplam 24 ay), sonraki raporlar en fazla 12 ay sürelerle aile hekimliği uzman hekimlerince de düzenlenebilir.
4.2.15.D-1- Dabigatran, rivaroksaban (Ek ibare:RG-9/9/2017-30175)(96) , edoksaban ve apiksaban;	(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği; (Ek ibare:RG-30/8/2014-29104) (21) (Mülga ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer) (134) (…) en az birinin kardiyoloji (Ek ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer) (134) veya nöroloji uzman hekimi olması koşuluyla, kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir	(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği; (Ek ibare:RG-30/8/2014-29104) (21) (Mülga ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer) (134) (…) en az birinin kardiyoloji (Ek ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer) (134) veya nöroloji uzman hekimi olması koşuluyla, kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu **~~6 ay~~ 1 yıl** süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir **İlk iki rapor süresi (toplam 24 ay) sonunda, sonraki raporlar kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu hekimlerce ve aile hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir**

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban; (Ek ibare:RG-10/5/2018-30417 Mükerrer) (110) ve Edoksaban Birlikte Değişik:RG-18/6/2016-29746) (52)	(3) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden (Değişik ibare:RG-10/5/2018-30417 Mükerrer) (110) ; aynı uzmanlık dalından üçünün veya bu uzmanlık da larından herhangi üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.	(3) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden (Değişik ibare:RG-10/5/2018-30417 Mükerrer) (110) ; aynı uzmanlık dalından üçünün veya bu uzmanlık da larından herhangi üçünün bulunduğu ~~6 ay~~ **1 yıl** süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. **İlk iki rapor süresi (toplam 24 ay) sonunda, sonraki raporlar kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu hekimlerce ve aile hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir**
4.2.16 - (Başlığı ile Birlikte Değişik:RG-7/10/2016-29850) (71) (Değişik:RG-2/11/2024-32710) (115) Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı	(6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati önemi haiz özel formülü un ve özel formülü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;	(6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince 3 yıl süreli rapor düzenlenir. **İkinci ve daha sonraki raporlar bu uzman hekimler veya aile hekimliği uzman hekimleri tarafından düzenlenebilir.** Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati önemi haiz özel formülü un ve özel formülü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;
4.2.17.A - Osteoporoz	(8) Kalsitonin, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde; ağrılı vertebral kırığı bulunmayan osteoporozlu ve bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda, bu durumun iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu uzmanlarca reçete edilerek kulanılabilir.	(8) Kalsitonin, yalnızca ~~üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında**; ağrılı vertebral kırığı bulunmayan osteoporozlu ve bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda, bu durumun iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu uzmanlarca reçete edilerek kulanılabilir.
4.2.24.Ç - Mevsimsel veya yıl boyu devam eden alerjik rinit tedavisinde	(1) Nasal kortikosteroid preparatları; 2-5 yaş grubu hastalarda (2 ve 5 yaş grubu dahil), yalnızca çocuk sağlığı ve hastalıkları, alerji, klinik immünoloji veya KBB hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.	(1) Nasal kortikosteroid preparatları; 2-5 yaş grubu hastalarda (2 ve 5 yaş grubu dahil), yalnızca çocuk sağlığı ve hastalıkları, alerji, klinik immünoloji ~~veya KBB~~ **aile hekimliği veya kulak burun boğaz**hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

MADDELER	ESKİ	YENİ
	a) Faktör düzeyi (Değişik ibare:RG-7/10/2016-29850) (71) % l' veya altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan proflaksi hastalarında haftalık faktör kulanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kulanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.	a) Faktör düzeyi (Değişik ibare:RG-7/10/2016-29850) (71) % l' veya altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan proflaksi hastalarında haftalık faktör kulanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kulanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği ~~6 ay~~ süreli yeni rapor düzenlenir.
4.2.27.A.1 -(Değişik başlık:	(5) Aktifleşmiş protrombin kompleksi konsantresi (aPCC); b) Proflaksi tedavisinde; Faktör VIII inhibitör titresi<5 BU (Bethesda Ünitesi) oluncaya kadar haftalık faktör kulanım 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 proflaksi tedavisi sonlandırılır. (Ek cümle:RG-7/10/2016-29850) (71) Düşük titreli yüksek yanıtlı hastalarda, bu durumun belirtildiği yeni bir rapor düzenlenerek 5BU'nun altında da proflaksi tedavisine devam edilebilir. Haftalık faktör kulanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.	(5) Aktifleşmiş protrombin kompleksi konsantresi (aPCC); b) Proflaksi tedavisinde; Faktör VIII inhibitör titresi<5 BU (Bethesda Ünitesi) oluncaya kadar haftalık faktör kulanım 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 proflaksi tedavisi sonlandırılır. (Ek cümle:RG-7/10/2016-29850) (71) Düşük titreli yüksek yanıtlı hastalarda, bu durumun belirtildiği yeni bir rapor düzenlenerek 5BU'nun altında da proflaksi tedavisine devam edilebilir. Haftalık faktör kulanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği ~~6 ay~~ **1 yıl** süreli yeni rapor düzenlenir.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

MADDELER	ESKİ	YENİ
RG-8/3/2025-32835)(123) Faktörler	(6) (Ek:RG-9/9/2017-30175)(96) İmmün tolerans tedavisi (İTT); sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, üç hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, sadece hematoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. İTT tedavisi açısından maksimum tedavi süresi 1 yıldır. Tedavi süresinin tamamlanması sonrasında hastanın İTT tedavisine vermiş olduğu yanıtın belirtildiği sağlık kurulu raporu da düzenlenecektir. Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere bu dosyada muhafaza edilecektir. b) İTT uygulama doz ve süresi; 1) İmmun tolerans tedaviye haftada 3 kez 50 IU/kg dozunda en az 6 ay süreyle uygulanacak şekilde başlanır. İlaçlar aylık dozlar halinde reçete edilir. Bu süre sonunda FVIII:C aktivitesi ve inhibitör titresine bakılır. % 20 ve üzerinde inhibitör titresinde azalma olması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla 6 ay süreli yeni rapor düzenlenerek tedaviye devam edilebilecektir. FVIII:C aktivitesinin ≥ % 66 olarak saptanması durumunda İTT tedavisi sonlandırılacak olup, bu hastalarda Tebliğin 4.2.27 nci maddesi kapsamında tedaviye devam edilecektir.	" (6) (Ek:RG-9/9/2017-30175)(96) İmmün tolerans tedavisi (İTT); sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, üç hematoloji uzman hekiminin yer aldığı ~~6 ay~~ **1 yıl** süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, sadece hematoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. İTT tedavisi açısından maksimum tedavi süresi 1 yıldır. Tedavi süresinin tamamlanması sonrasında hastanın İTT tedavisine vermiş olduğu yanıtın belirtildiği sağlık kurulu raporu da düzenlenecektir. Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere bu dosyada muhafaza edilecektir." b) İTT uygulama doz ve süresi; 1) İmmun tolerans tedaviye haftada 3 kez 50 IU/kg dozunda en az 6 ay süreyle uygulanacak şekilde başlanır. İlaçlar aylık dozlar halinde reçete edilir. Bu süre sonunda FVIII:C aktivitesi ve inhibitör titresine bakılır. % 20 ve üzerinde inhibitör titresinde azalma olması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla 6 ay**a kadar** süreli yeni rapor düzenlenerek tedaviye devam edilebilecektir. FVIII:C aktivitesinin ≥ % 66 olarak saptanması durumunda İTT tedavisi sonlandırılacak olup, bu hastalarda Tebliğin 4.2.27 nci maddesi kapsamında tedaviye devam edilecektir.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.28.A-1- (Ek:RG-28/12/2018-30639 Mükerrer) (110) Yetişkinlerde	4) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 15-a md. Yürürlük: 11/05/2013) Statinlerin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir. Rosuvastatinin 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 33-b md. Yürürlük: 15/10/2016) , geriatri (Ek ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer) (134) , nöroloji hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak (Değişik ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer)(134) tüm uzman hekimlerce reçete edilir.	4) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 15-a md. Yürürlük: 11/05/2013) Statinlerin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir. Rosuvastatinin 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 33-b md. Yürürlük: 15/10/2016) , geriatri (Ek ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer) (134) , nöroloji **veya iç hastalıkları** hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak (Değişik ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer)(134) tüm uzman hekimlerce reçete edilir. **Tedavinin devamında ilk rapor süresi (24 ay) sonunda devam raporları aile hekimliği uzman hekimlerince de düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.**
4.2.33 – (Değişik:RG-4/9/2019-30878 Mükerrer) (123) Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri	(1) Anti-VEGF ilaçlar (bevacizumab/ranibizumab/aflibersept), deksametazon intravitreal implant veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlar üçüncü basamak sağlık kurumlarında uygulanması ve reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. a) Başlangıç tedavilerinde; yükleme dozları açısından bevacizumab etkin maddeli ilaç için göz hastalık	(1) Anti-VEGF ~~**ilaçlar (bevacizumab/ranibizumab/aflibersept),**~~ **İlaçlardan bevacizumab etkin maddeli ilaçlar; ikinci basamak sağlık kurumlarında, Anti-VEGF ilaçlardan ranibizumab ve aflibersept** deksametazon intravitreal implant veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlar üçüncü basamak sağlık kurumlarında uygulanması ve reçete edilmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır. a) Başlangıç tedavilerinde; yükleme dozları açısından bevacizumab etkin maddeli ilaç için göz hastalık
4.2.33.D- (Değişik:RG-28/12/2018-30639 Mükerrer) (115) Göz hastalıkları tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar	(1) Siklosporin içeren immünsupresif göz damlaları, üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.	(1) Siklosporin içeren immünsupresif göz damlaları, üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.
	(2) (Değişik:RG-28/4/2021-31468 Mükerrer)(140) Keratitis sicca (kuru göz sendromu) veya kerato konjunktivitis sicca tedavisinde kulanılan suni gözyaşlarının, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce etkilenen göze günde en fazla 7 damlaya kadar reçete edilmesi halinde Kurumca bede leri karşılanır.	" (2) (Değişik:RG-28/4/2021-31468 Mükerrer)(140) Keratitis sicca (kuru göz sendromu) veya kerato konjunktivitis sicca tedavisinde kulanılan suni gözyaşlarının, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek ~~**6 ay**~~ **1 yıl** süreli uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce etkilenen göze günde en fazla 7 damlaya kadar reçete edilmesi halinde Kurumca bede leri karşılanır."

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri	(2) Tolkapon; entakaponun etkisiz kaldığı veya direnç geliştiği vakalarda; üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, bu durumun belirtildiği nöroloji (Ek ibare:RG-7/10/2016-29850) (71) veya geriatri uzman hekimi tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla 1 aylık ilaç miktarında reçete edilir.	(2) Tolkapon; entakaponun etkisiz kaldığı veya direnç geliştiği vakalarda; ~~üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde~~, **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** bu durumun belirtildiği nöroloji (Ek ibare:RG-7/10/2016-29850) (71) veya geriatri uzman hekimi tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla 1 aylık ilaç miktarında reçete edilir.
4.2.37.A - Pegvisomant	(1) Cerrahi ve/veya radyasyon terapisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon terapisine uygun olmayan aktif akromegalisi olan ve en az 12 aylık süre ile ve tam dozda uzun etkili somatostatin analogları ile tedaviye rağmen IGF-1 düzeyleri yaşa göre belirlenen normal değerlerin üstünde kalan hastalarda kulanılabilir. Bu hastalar için eğitim ve araştırma ile üniversite hastanelerinde içinde en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.	(1) Cerrahi ve/veya radyasyon terapisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon terapisine uygun olmayan aktif akromegalisi olan ve en az 12 aylık süre ile ve tam dozda uzun etkili somatostatin analogları ile tedaviye rağmen IGF-1 düzeyleri yaşa göre belirlenen normal değerlerin üstünde kalan hastalarda kulanılabilir. Bu hastalar için ~~eğitim ve araştırma ile üniversite hastanelerinde~~ **üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında** içinde en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.
4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri	b) İnsülin degludek+insülin aspart kombinasyonu; analog karışım veya uzun etkili insülinlerden birini kulanmış olmasına rağmen kan şekeri labil seyreden ve/veya sık hipoglisemik olay geçiren ve/veya hipoglisemi riski yüksek ya da regülasyon sağlanamayan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.	b) İnsülin degludek+insülin aspart kombinasyonu; analog karışım veya uzun etkili insülinlerden birini kulanmış olmasına rağmen kan şekeri labil seyreden ve/veya sık hipoglisemik olay geçiren ve/veya hipoglisemi riski yüksek ya da regülasyon sağlanamayan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. **İlk rapordan (24 ay) sonraki sağlık kurulu raporlarında iç hastalıkları uzman hekimlerinin yer alması halinde de bedelleri Kurumca karşılanır.**
4.2.41 - Parenteral demir preparatları kullanım ilkeleri:	(1) Parenteral demir preparatları aşağıda yer alan durumlarda (Ek ibare: RG-2/11/2024-32710) (115) görülen demir eksikliğinin tedavisinde bu durumların belirtildiği (Değişik ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer) (106) 6 ay süreli kardiyoloji, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarınca düzenlenen rapora istinaden bu hekimler tarafından reçete edilir.	(1) Parenteral demir preparatları aşağıda yer alan durumlarda (Ek ibare: RG-2/11/2024-32710) (115) görülen demir eksikliğinin tedavisinde bu durumların belirtildiği (Değişik ibare:RG-9/5/2024-32541 Mükerrer) (106) 6 ay süreli kardiyoloji, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları **veya anestezi ve reanimasyon** uzmanlarınca düzenlenen rapora istinaden bu hekimler tarafından reçete edilir.

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
4. 2.46.A. (Ek başlık:RG-25/9/2024-32673)(114) Idiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;		**(5) Üst solunum yolu açıklığını etkileyebilecek baş-boyun tümörü olan, trakeostomi ile takip edilen, ilacın başlandığı tarihte yoğun bakımda izlenen hastalarda Forced Vital Kapasitesi (FVC) ve karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) değerleri aranmaz.**
4.2.70- Tafamidis kullanım ilkeleri (Ek:RG-16/3/2023-32134 Mükerrer)(95)	4.2.70- Tafamidis kullanım ilkeleri (Ek:RG-16/3/2023-32134 Mükerrer) (95)	4.2.70- Tafamidis **ve tafamidis meglumine** kullanımı ilkeleri
	[redacted]	**4.2.70.A- Transtiretin amiloidoz kardiyomiyopati (ATTR-KM) tedavisinde kullanım ilkeleri"** **b) Üçüncü fıkrasında yer alan "üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde" ibaresi "resmi sağlık hizmeti sunucularında" şeklinde değiştirilmiştir.** **c) Maddeye aşağıdaki alt bent eklenmiştir.**
	[redacted]	**4.2.70.B- Transtiretin amiloidoz polinöropatisi (ATTR-PN) kullanım ilkeleri** **Semptomatik transtiretin amiloidoz ile karakter semptomatik otonom ve nöropati varlığının desteklendiği (sinir ileti testi veya V-R interval analizi dahil) hastalarda tanının doğruluğu endomiyal doku testi veya endikasyon biyopsisi (ince/küçük lif yoğunluğu değerlendirmesi veya konvansiyonel konfokal mikroskopi ile) ile gösterilmelidir. Evre 1 semptomatik polinöropatisi olan transtiretin amiloidoz tanılı hastalarda tafamidis meglumine, bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimlerince reçete edilir."** **(2) 3 ay sonra yapılan değerlendirmede klinik olarak hastalık evresinin değişmediğinin (hastanın ev dışında desteksiz yürümeye devam ettiği) raporda belirtilmesi hâlinde 6 aylık idame rapor ile tedaviye devam edilebilir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede hastalık evresinin değişmediği (hastanın ev dışında desteksiz yürümeye devam ettiği) yeni düzenlenecek her raporda belirtilmelidir. Tedavi, hastalığın Evre 2' ye geçmesi (yürüme için desteğe ihtiyaç duyulması) hâlinde sonlandırılır.** **(3) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yukarıdaki durumların belirtildiği üç nöroloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi hâlinde bedeli Kurumca karşılanır."**

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ	
	(3) Üçüncü basamak üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde; hastalığın tanı kriterleri ile ilaca başlama kriterlerini sağlayan ve bu durumların belirtildiği üç kardiyoloji uzman hekiminden oluşan 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden kardiyoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.	(3) Üçüncü basamak **~~üniversite ve eğitim araştırma hastanelerind~~**e; **resmi sağlık hizmeti sunucularında** hastalığın tanı kriterleri ile ilaca başlama kriterlerini sağlayan ve bu durumların belirtildiği üç kardiyoloji uzman hekiminden oluşan 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden kardiyoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bede leri Kurumca karşılanır.	Yayım tarihinden 5 gün sonra
EK-4D		**2.27. Selineksor***	Yayım tarihinden 5 gün sonra
		2.28. Darolutamid*	
		2.29. Elranatamab*	
		3.23. Sodyum zirkonyum siklosilikat (Yalnızca Evre 4 KBH veya Evre 5 KBH, prediyaliz hastalarında)	
	10.12.2. Karbamazepin	**~~10.12.2. Karbamazepin~~**	
		11.6.2. Melatonin	
		11.7. Smith-Magenis sendromu	
		11.7.1. Melatonin	
	1SefaklorKY (Ek ibare:RG-2/11/2024-32710)(Bu değişiklik yayımı tarihinden 5 iş günü sonra yürürlüğe girer.) (Efervesan formu EHU)	1 Sefaklor KY **~~(Ek ibare:RG-2/11/2024-32710)(Bu değişiklik yayımı tarihinden 5 iş günü sonra yürürlüğe girer.) (Efervesan formu EHU)~~**	
	1 (Değişik:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (Bu değişiklik yayımı tarihinden 5 iş günü sonra yürürlüğe girer.)Fusidik Asit ve TuzlarıUH-P	2 **~~(Değişik:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (Bu değişiklik yayımı tarihinden 5 iş günü sonra yürürlüğe girer.)~~** Fusidik Asit ve Tuzları **~~UH-P~~ KY**	
	7(15)KetokonazolKY (Şampuan formlarının yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)	7 Ketokonazol KY (Şampuan formlarının yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından veya **ara verilmedikçe sadece 3 aylık süre içinde en fazla ayda 1 kutu olacak şekilde aile hekimlerince** reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)	

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

PLATFORM ÖZEL HASTANELER PLATFORMU DERNEĞİ

MADDELER	ESKİ	YENİ
EK4/E		**22** **Doravirin + lamivudin + tenofovir disoproksil fumarat** **(1) Geçmişte veya halihazırda Non-Nükleozid Revers Transkriptaz İnhibitörü (NNRTİ) sınıfına, lamivudine veya tenofovire direnç kanıtları bulunmayan HIV-1 enfeksiyonlu yetişkinlerin tedavisinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman hekimlerince, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.**
	17 Eritromisin+Isotretinoin / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzoilperoksit (Topik formları dahil)/Klindamisin+Benzoilperoksit Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince	17 Eritromisin + İsotretinoin Eritromisin + Tretinoin / Eritromisin + Benzoilperoksit (Topik formları dahil) / Klindamisin + Benzoilperoksit | Sadece cilt hastalıkları uzman hekimlerince **veya aile hekimlerince ara verilmedikçe sadece 3 aylık süre içinde reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.**
(EK-4/F)	51.Anjiotensin reseptör blokerleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan,Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil) (Raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresinin belirtilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.) (Ek: RG-07/10/2016-29850)(17) Anjiotensin reseptör blokerlerinin diğer antihipertansifler ile kombinasyonlarının kulllanılmında; hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamadığının raporda belirtilmesi gerekmektedir	51.Anjiotensin reseptör blokerleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan,Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil) (Raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresinin belirtilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.) (Ek: RG-07/10/2016-29850)(17) Anjiotensin reseptör blokerlerinin diğer antihipertansifler ile kombinasyonlarının kulllanılmında; hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamadığının raporda belirtilmesi gerekmektedir **Anjiyotensin reseptör blokerleri ve kombinasyonları, raporsuz olarak ayda en fazla bir kutu olarak aile hekimlerince reçete edilebilir.**
		87. Melatonin; yalnızca uyku hijyeni önlemlerinin yetersiz olduğu Otizm Spektrum Bozukluğu ve/veya Smith-Magenis sendromu olan 2-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde gecikmiş uyku başlangıçlı uykusuzluğun tedavisinde üç ay süreli çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekim raporu ile tüm uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
25 MART 2025 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
ESKİ ve YENİ KARŞILAŞTIRMASI

MADDELER	ESKİ	YENİ
EK-4/G	27.Streptokinaz, ürokinaz, trofiban, (Mülga ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer)(19) (…) aktivatörleri (Ek ibare:RG-4/5/2013-28637) , absiksimab (Ek ibare:RG-4/9/2019-30878 Mükerrer)(17) , eptifibatid (Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları (Ek ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer)(19), girişimsel radyoloji ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.)	27. Streptokinaz, ürokinaz, trofiban, (Mülga ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer)(19) (…) aktivatörleri (Ek ibare:RG-4/5/2013-28637) , ~~absiksimab~~ (Ek ibare:RG-4/9/2019-30878 Mükerrer)(17) , eptifibatid (Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları (Ek ibare:RG-16/6/2020-31157 Mükerrer)(19), girişimsel radyoloji ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.)
	27.3. (Ek:RG-16/3/2023-32134 Mükerrer)(21) Kangrelor; koroner arter hastalığı olan ve perkütan koroner girişim (PKG) planlanan ve PKG prosedüründen önce bir oral P2Y12 inhibitörü kullanmamış ve P2Y12 inhibitörleri ile oral tedavinin uygulanabilir olmadığı; kardiyak arrest tablosu gelişmiş şuuru kapalı veya entübe veya nazogastrik tüp uygulanamayan trombotik kardiyovasküler olayların azaltılmasında erişkin hastalarda, bu durumların kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerince tabela/reçetede belirtilmesi koşuluyla bedelleri Kurumca karşılanır.	27.3. (Ek:RG-16/3/2023-32134 Mükerrer)(21) Kangrelor; koroner arter hastalığı olan ve perkütan koroner girişim (PKG) planlanan ve PKG prosedüründen önce bir oral P2Y12 inhibitörü kullanmamış ve P2Y12 inhibitörleri ile oral tedavinin uygulanabilir olmadığı **kardiyojenik şok veya**; kardiyak arrest tablosu gelişmiş şuuru kapalı veya entübe veya nazogastrik tüp uygulanamayan trombotik kardiyovasküler olayların azaltılmasında erişkin hastalarda, bu durumların kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerince tabela/reçetede belirtilmesi koşuluyla bedelleri Kurumca karşılanır.
		27.4. Absiksimab; 24 saat içinde akut koroner girişim yapılması planlanan akut koroner sendrom hastalarında, yüksek trombüs yükü ve/veya in-stent tıkayıcı trombüs yükü fazla ve/veya no-reflow gelişme riski bulunan hastalarda kardiyoloji uzman hekimlerince reçete edilmek koşuluyla bedelleri Kurumca karşılanır