



SIK SORULAN SORULAR



Kitapçığıdaki bilgiler Sık Sorulan Sorulardan hazırlanmıştır.
SUT hükümlerindeki değişiklikleri takip etmeye özen gösteriniz.

BAŞLIKLAR

Enteral Beslenme Ürünleri	Sayfa 1
Hepatit B Tedavisi	Sayfa 2
Anti-TNF İlaçlar	Sayfa 4
IVF (TÜP BEBEK)	Sayfa 8
Lipid Düşürücü İlaçlar	Sayfa 10
Osteoporoz İlaçları	Sayfa 12
Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri	Sayfa 13
(Eprex, Eporon, Epobel, Droppoetin, Mircera, Neo-Recormon, Aranesp)	
KOAH İlaçları	Sayfa 14
Filgrastim, Lenograstim, Perfilgrastim	Sayfa 15
Granisetron (Granexa, Emetril, Kytril) ondansetron (Onzyd, Zofer)	Sayfa 16
Ursodeoksikolik asit (Ursactive, Ursomed)	Sayfa 17
Dabigatran (Pradaxa), rivaroksaban (Xarelto), apiksaban (Eliquis), edoksaban (Lixiana, Savaysa)	Sayfa 18
Pimekrolimus (Elidel), tacrolimus (Tacrolin)	Sayfa 19
Klopidogrel (kombinasyonları dahil) (As- Clodip, Clopitro Clogan, Diporel, Plavix, Pingel, Klopis, Karum, Opirel Atervix, Clopra, Planor, Plavega, Plavidol, Diloxol (Klogel-A (Klopidogrel+ASA))	Sayfa 20
Şeker ölçüm çubukları ve iğne uçları	Sayfa 21

Enteral Beslenme Ürünleri

Raporun açıklama kısmında olması gerekenler:

- Beslenme ürününün ticari adı (Eğer 1.0 gibi, plus, fibre gibi ek ismi de olmalı, aroması önemli değildir)
- Günlük kalori ihtiyacı (mutlaka **kcal** cinsinden) **cal** olarak kabul edilmez
- Günlük kullanım miktarı (2x1,3x1 gibi)
- Malnütrisyon tanımı

Erişkinlerde olması gereken ibare:

- “Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla istemsiz kilo kaybı vardır.”
- Çocukluklarda olması gereken ibare:
- “Yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altındadır (< -2SD)”

Rapor açıklamasında ayrıca “Malnütrisyon gelişmiştir.” ifadesine gerek yoktur

- **20.00** tanı kodu ile çıkan raporlarda “malnütrisyon” içeren bir ICD-10 kodu olmalıdır. (E40-E46)
- **04.04 Periferik ve serebral damar hastalıkları** tanı kodu ile çıkan raporlarda sadece **G46** ve **I69** ICD-10 kodları uygundur.
- **10.07 Demans** tanı kodu ile çıkan raporlarda sadece **F00**, **F02-F03** ve kendi alt ICD-10 kodları uygundur. (F00.1 gibi)

Doğuştan metabolik hastalığı olanlarda,

Kanser hastalarında

Kistik fibroziste

Crohn hastalarında

Yanık hastalarında veya orogastrik sonda/nazogastrik sonda/nazoenterik sonda veya

gastrostomi/jejunostomi ile beslenen hastalarda aşağıda belirtilen malnütrisyon koşulları aranmaz.

Hastanın elindeki bütün enteral beslenme ürünleri ve tıbbi mamaların toplam kcal değeri, günlük kcal

ihtiyacını aşmamalıdır. (Medula Eczane Provizyon Sisteminde enteral beslenme ürünlerinin adının

yanında kcal değerleri de yazmaktadır) Medula “ilaç bilgisi” kısmında “Tek doz miktarı” na göre hesap

yapılmalıdır.)

Hastanın ilaç geçmişi de kontrol edilerek

Hepatit B Tedavisi

Başlangıç kriterleri:

HBV DNA seviyesi 10.000 (10⁴) kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olmalıdır.

- a) Erişkin hastalarda; karaciğer biyopsisinde Histolojik Aktivite İndeksi (HAI) ≥ 6 veya fibrozis ≥ 2
- b) 2-18 yaş grubu hastalarda: ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI ≥ 4 ” veya “ALT düzeyine bakılmaksızın fibrozis ≥ 2

İdame raporlarda:

- Başlangıç kriterleri
- Güncel Hbs Ag (+)
- Daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama kriterleri varsa geçmişte yapılan bütün ilaç değişiklikleri nedenleriyle birlikte yazılmalıdır.

- 1 yıl ve üzeri ilaç arası varsa başlangıç tedavisi olarak kabul edilmelidir.
- Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda [PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı $< 80.000 /mm^3$ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği/böbrek nakli veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya karaciğer nakli veya gebeler veya biyopsiye engel teşkil edecek şekilde ciddi yeti yitimine neden olan psikotik bozukluğu ve zeka geriliği olan hastalarda (biyopsi uyumunun olmadığı psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla)] karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz.

İmmünesupresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi:

İmmünesupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan **HBsAg (+) hastalarda**, ALT yüksekliği, HBV DNA pozitifliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın uygulanmakta olan diğer tedavisi süresince ve bu tedavisinden sonraki en fazla 12 ay boyunca günde 100 mg lamivudin (Epivir, Medovir, Mivux, Zeffix, Zefomen) veya 600 mg telbivudin (Sebivo) veya 245 mg tenofovir disoproksil fumarat (Sotacar, Tenoviral, Viread, Voxus) veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat veya 0,5 mg entekavir (Baraclude) kullanılabilir.

HBsAg (-) olduğu durumlarda, **HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti HBc pozitifliği** durumlarında immünesupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalara ALT yüksekliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın lamivudin

veya telbivudin veya tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir kullanılabilir.

Söz konusu tedavilerin bitiminden sonraki en fazla 12 ay boyunca da antiviral tedavi kullanılabilir.

- İmmüsupresif, sitotoksik kemoterapi ve monoklonal antikor tedavisine ilişkin ilaç raporunun tarih ve sayısı reçetede belirtilir.

Hepatit B'ye bağlı karaciğer sirozunda tedavi:

Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanılabilir ve bu durum raporda belirtilir.

Anti-TNF İlaçlar

İnfliksımab (Remicade), etanarsept (Enbrel), adalimumab (Humira) afelimomab (Raptiva), sertolizumab (Cimzia), golimumab (Simponi)

Romatoid artritli erişkin hastalarda:

Biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5.1; hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır.

İlaca başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 (Cimzia) için 1,2) puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay (Cimzia) için 6 ay) süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay (Cimzia) için 6 ay) daha tedaviye devam edilir.

Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir.

Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

Juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik-kronik) hastalarda:

NSAİ ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir.

Tedaviye 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.

Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda:

Biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflamatuvar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (BASDAİ >5), bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri veya MR/sintigrafi ile

gösterilmiş aktif sakroilit/spondiliti olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda:

Maksimum dozda NSAİ ile birlikte sulfasalazin veya methotrexattan birinin kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (BASDAİ >5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli, periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartiritli hastalarda:

İlaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. BASDAİ’de 2 birimden fazla düzelme olması durumunda tedaviye devam edilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.

Psöriyatik artritli hastalarda:

En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az üçer ay olmak üzere kullanmış 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 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınamaması) ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.

Crohn hastalığı:

Yetişkinlerde; fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab, sertolizumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immunsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır.

Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde başlangıca göre en az 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir.

Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde başlangıca göre en az 70 puan ve üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile ilacın kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir.

Çocuklarda; fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immunsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt

vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedavi başlanır.

Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması The Pediatric Crohn Disease Activity Index (PCDAI) skorunda başlangıca göre en az 15 puan düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. PCDAI skorunda başlangıca göre en az 15 puan ve üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile ilacın kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir.

Ülseratif kolit hastalığında: *infliksimab (Remicade) veya adalimumab (Humira)*

Kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda; şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

Üveit hastalığı:

Yetişkinlerde; kortikosteroidlere yetersiz yanıt vermiş, kortikosteroid kullanımının azaltılması gereken veya kortikosteroid tedavisine uygun olmayan non-enfeksiyöz orta, arka veya panüveitte 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine başlanabilir.

İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecekse bu durumun belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir.

2 yaşından itibaren çocuklarda; konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıt vermiş, konvansiyonel tedavilere uygun olmayan/tolere edemeyen non-enfeksiyöz kronik anterior üveitte 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine başlanabilir.

İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecekse bu durumun belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir.

- Tedaviye uzun süre ara veren (6 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır.
- Aynı hasta için iki farklı teşhis ile iki farklı anti-TNF ve/veya iki farklı biyolojik ajanın birlikte kullanılması halinde bedelleri ödenmez.
- **İlaç Güvenlik İzlem Formu**'nun hekimlerce doldurulduğuna dair beyanın ve formun seri numarasının reçete eden hekim tarafından e- reçetede belirtilmesi gerekir. İlaçların kullanımına devam edilebilmesi için üç aylık aralarla İlaç Güvenlik İzlem Formu doldurulmalıdır.

- **Hasta Onay Formu**'nun doldurulduğuna dair beyanın ve formun seri numarasının Sağlık Kurulu Raporunda yer alması gerekir. Tedavinin başlangıcında doldurulması yeterlidir.

OI ve/veya IUI

- Sağlık kurulu raporunda ilgili tanı kodu ile kaçınıcı deneme olduğu yazmalıdır.
- Standart hasta grubunda (açıklanamayan infertilite veya erkek infertilitesi veya endometriyozis olgularında) uygulama (siklus) başına toplam 1000 IU, toplam 3 siklus (3000 IU) gonadotropin ödenir. **(Tanı kodu 20.15)**
- Polikistik Over Sendromu (PCOS); en az 3, en fazla 6 siklus klomifen sitrat tedavisine yanıt alınamayan (ovulasyon sağlanamayan veya gebelik elde edilemeyen) hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir. **(Tanı kodu 20.16)**
- Hipogonadotropik hipogonadizm; hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir. **(Tanı kodu 20.17)**

IVF (TÜP BEBEK)

- Normal ovaryan yanıtı hasta grubunda en fazla 3 uygulama, siklus başı 3000 IU ye kadar, toplam 9000 IU gonadotropin ödenir. Bu grup hastalarda IVF tedavisi öncesi IUI işlemi yapılmış olması şartı aranır. **(Tam kodu 20.18)**
- Kötü ovaryan yanıtı veya düşük ovaryan rezervli hasta grubunda en fazla 3 uygulama, siklus başı 4500 IU ye kadar toplam 13500 IU gonadotropin ödenir. Ayrıca bu grup hastalarda IVF tedavisi öncesi OI+IUI işlemi yapılmış olması şartı aranmaz. **(Tam kodu 20.19)**
- En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması veya halen genel sağlık sigortalısı olan kadının bu bentteki koşulları taşımaması halinde eşinin gerekli koşulları sağlaması gerekmektedir.

Erkek faktörü: Üro-androlojik tedaviye rağmen, en az 15 gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogramın hepsinde total progresif motil sperm sayısının 5 milyondan az olduğu oligoastenospermi olguları ile azospermi olguları. Ancak; normal yoldan ejakulat- sperm elde edilemeyen bir hastalığın olduğunun ilgili uzman hekim raporu ile belgelenmesi halinde spermiyogram sonucu aranmaz.

Oligoastenozoospermide total progresif motil sperm sayısı 5 milyondan yüksek olan olgularda iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış “OI+IUI” tedavisinin yapılmış olmasına rağmen gebe kalınamadığının (5 milyondan az olan oligoastenozoospermi olguları ile azospermi olgularında bu şart aranmaz) belirtilmesi gerekmektedir.

Kadın faktörü:

a) Tubal faktör:

Primer silier diskinezi-Kartegener Sendromu varlığı, laparoskopi ile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan) olgular, ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile) sonrasında gebe kalamayan olgular.

b) Endometriyozis:

Hafif ve orta derece endometriyozis olgularında, en az iki deneme gonadotropinlerle “OI+IUI” tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin yazması gerekmektedir.

İleri evre (evre 3-4) endometriyozis olgularında; endometriyozis cerrahisi tedavisinden sonra bir yıl gebeliğin sağlanamadığının veya cerrahi tedavi sonrası iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış “OI+IUI” tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin yazması gerekmektedir.

c) Hormonal -ovulatuvar bozukluklar: DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtıız olgular.

Açıklanamayan infertilite: Hem erkek, hem de kadının tetkiklerinin normal olmasına ve gonadotropinlerle en az iki deneme OI+IUI uygulanmasına rağmen evlilik tarihinden itibaren 3 yıl veya daha uzun süreli gebe kalamama halinin yazması gerekmektedir.

Diğer endikasyonlar: Kötü ovaryan yanıtıı veya düşük ovaryan rezervli olgular

Ancak;

a) Primer silier diskinezi-Kartegener Sendromu varlığında,

b) Laparoskopı ile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan) olgularda,

c) Ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopı veya açık cerrahi ile) sonrasında bir yıl içinde gebe kalamayan olgularda,

ç) DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtıız olgularda,

tanıya dayanak teşkil eden klinik ve laboratuvar bulgularının sağıık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, **IVF öncesinde “OI ve/veya OI+IUI” tedavisi yapılma şartı aranmaz.**

Lipid Düşürücü İlaçlar

Statinler (antihipertansiflerle veya asetilsalisilikasitle kombinasyonları dahil ve Kolestiramin Başlangıç kriterleri:

- a) LDL düzeyinin 190 mg/dL'nin üstünde
- b) LDL düzeyinin 160 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; iki ek risk faktörü varsa,
- c) LDL düzeyinin 130 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; üç ek risk faktörü varsa,
- ç) LDL düzeyinin 70 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş Mİ, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlar. **Bu hastalıklara ait aktif raporları bulunmayan hastaların hiperlipidemi raporlarında ilgili hastalığın tanı kodu mutlaka olmalıdır.**

Son 6 ay içinde, birinci fıkranın **a, b ve c** bentleri için **en az bir hafta ara ile iki defa** olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları raporun açıklama kısmında tarih ile birlikte belirtilir.

Risk faktörleri:

- Hipertansiyon,
- Ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü,
- 65 yaş ve üstü hastalar

Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar: fenofibrat (Fenogal, Lipanthyl, Lipofen, Secalip), gemfibrozil (Gemfibril, Lopi)

- a) Trigliserid düzeyinin 500 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda veya
- b) Trigliserid düzeyinin 200 mg/dL üstünde olan; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları, nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. **Bu hastalıklara ait aktif raporları bulunmayan hastaların hiperlipidemi raporlarında ilgili hastalığın tanı kodu mutlaka olmalıdır.**

Raporun yenilenmesi:

- Raporlu hastalarda raporun yenilenmesi durumunda, yapılan tetkik sonucu dikkate alınmadan, daha önce alınmış ilacın teminine esas olan bir önceki raporun düzenlenme tarihi veya tedaviye başlama tarihi ve başlama değerlerinin raporda belirtilmesi yeterlidir.

- Ancak yeni yapılan tetkikin sonucu başlama değerlerine uygunsa önceki rapora ait bilgilere gerek olmaksızın yeni rapor düzenlenir.
- Tedaviye (6 ay ve daha uzun süre) ara veren hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır.

Osteoporoz İlaçları

- Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce son iki yıl içinde yapılan Kemik Mineral Yoğunluk (KMY) ölçümüyle planlanır.
- Ölçüm yılda bir defadan daha sık yapılamaz. KMY ölçümünün tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.
- 75 yaş ve üzerindeki hastalar ile raporunda osteoporotik patolojik kalça kırığı belirtilen hastalarda KMY ölçümü şartı aranmaz.

a) Patolojik kırığı olan hastalarda lomber bölgeden posteroanterior yapılan KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda,

b) Patolojik kırığı olmayan 65 yaş ve üzeri hastalarda, lomber bölgeden posteroanterior yapılan KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olması durumunda,

c) Patolojik kırığı olmayan 65 yaş altı hastalarda; lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda,

ç) Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (crohn hastalığı veya ülseratif kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nervroza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, cushing sendromu ve primer hiperparatiroidizmde, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı olan, kanser tedavisi alan veya organ nakli uygulanmış hastalarda; sekonder gelişen osteoporozda KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda reçetelenir.

Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri

Eprex, Eporon, Epobel, Dropoetin, Mircera, Neo-Recormon, Aranesp

Dikkat edilmesi gereken durumlar:

- Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.
- Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler.
- Her reçetede hemogloblin değeri olacak. Ferritin veya TSAT değerlerine hemodiyaliz hastalarında 3 ayda bir periton diyaliz hastalarında 4 ayda 1 bakılır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.

Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda

Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/veya ferritin <100 µg/L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ≥ %20 ve/veya ferritin ≥ 100 µg/L olduğunda **hemogloblin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır.**

Hemogloblin değeri **11 gr/dl'ye ulaşınca kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir** ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilir. **Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir.**

Hasta Hb seviyesi için takibe alınır ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır.

Tedaviye başlama ve idame dozu, sırasıyla; darbepoetin için 0.25-0.75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0.13-0.35 mcg/kg/hafta, eritropoietin alfa-beta-zeta için tedaviye başlangıç dozu 50-150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25- 75 IU/kg/haftadır.

Metokspolietilen glikol epoetin beta için ise tedaviye başlama dozu iki haftada bir; 0,4-0,94 mcg/kg, idame dozu ise ayda bir 0,8-1,88 mcg/kg dır.

- Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.

Myelodisplastik Sendrom endikasyonunda

Hemogloblin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500 mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemogloblin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir.

Eritropoietin alfa-beta için maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı, darbepoetin için maksimum doz haftada 150 µg'ı aşmamalıdır. Hemogram sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.

KOAH İlaçları

- LABA+LAMA+İKS şeklindeki kombinasyon tedavilerin; **en az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan erişkin hastaların idame tedavisinde** kullanılmalrı ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bu ifade hastaya özel olarak yazılmalıdır (12.09.2019 öncesinde çıkan KOAH raporlarında bu koşul aranmaz.).
- LABA+LAMA+İKS kombinasyonu sadece raporlu olarak karşılanmalıdır.
- SABA, SAMA ve nebüllerde kısıtlama yoktur.

Filgrastim, Lenograstim, Perfilgrastim

- Kanser hastalarında “febril nötropeni” tanısında ödenir.
- **08.01 Nötropeni** tanı kodunun altında D70 Agranülositoz ICD-10 kodu ile çıkan raporların açıklamasında endikasyon (febril nötropeni) yazmasına gerek yoktur.
- Rapor açıklamasına göre kür olarak veya günlük olarak verilebilir.

Granisetron (*Granexa, Emetril, Kytril*), ondansetron (*Onzyd, Zofer*)

- Her zaman krle verilmelidir. Bir körlük doz verilmelidir.
- Pozolojisine göre bir haftaya kadar kullanılabilir.

Aprepitant (*Emend*)

- Her zaman krle verilmelidir. Bir körlük doz verilmelidir.
- Yüksek doz sisplatin (50 mg/m² ve üzeri), kemoterapi rejimleri ile geliŖen ya da kök hücre destekli yüksek doz kemoterapi uygulamaları sonrası geliŖen emezisin önlenmesinde veya antrasiklin (doksorubisin veya epirubisin) ve siklofosfamid kombinasyon kemoterapisinin baŖlangıç ve tekrar krleri ile iliŖkili bulantı veya kusmanın önlenmesinde, bu durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak ödenir.

Ursodeoksikolik asit (*Ursactive, Ursomed*)

- **06.07** tanı kodu ile çıkan raporlarda **K74.3 Primer Biliyer Siroz** ICD-10 kodu olmalıdır.
- **20.00** tanı kodu ile çıkan raporlarda **K80.8 Kolelitiazis** ICD-10 kodu olmalıdır. Açıklamada prospektüste bulunan endikasyon yazmalıdır (Safra taşı bulunmasına rağmen safra kesesi fonksiyonlarının devam ettiği hastalarda, çapı 15 mm'den küçük, X-ışınında görüntülerinde gölgeli olmayan (radiolucent) kolesterol safra taşlarının eritilmesinde).
- Karaciğer nakli yapılmış hastalarda safra taşı/kolestaz (karaciğer içi bir nedene bağlı olarak safra akışının yavaşlaması veya durması) önleyici tedavisinde kullanılır.
- Raporlu ve raporsuz olarak endikasyon uyumu aranacaktır.

Dabigatran (*Pradaxa*), rivaroksaban (*Xarelto*), apiksaban (*Eliquis*), edoksaban (*Lixiana, Savaysa*)

➤ Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvuleratriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak hastalığı veya ciddi mitral kapak hastalığı olmadığı gösterilen veya protez kapak hastalığı olmayan),

Prospektüsünde belirtilen risk faktörleri:

- Konjestif kalp yetmezliği
- Hipertansiyon
- 75 yaş ve üzeri olmak
- Diyabetes mellitus
- Önceden geçirilmiş inme ya da geçici iskemik atak

a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban veya edoksaban tedavisine geçilebilir.

b)Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde doğrudan dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban veya edoksaban tedavisine geçilebilir.

Üç kardiyoloji uzman hekiminin yer aldığı veya en az birinin kardiyoloji 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.

➤ Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde kullanılır.

Yukarıdaki durumlarda; öncesinde en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamaması halinde varfarin kesilerek rivaroksaban veya dabigatran veya apiksaban veya edoksaban tedavisine geçilebilir.

Tekrarlayan idiopatik pulmoner embolisi olan veya homozigot trombofilisi olan veya daha önce venöz tromboemboli (VTE) geçiren aktif kanser hastaları veya immobil (raporda nedeni belirtilmek koşuluyla) hastalarda varfarin kullanımı koşulu aranmaz.

Kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden aynı uzmanlık dalından üçünün veya bu uzmanlık dallarından herhangi üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Pimekrolimus (*Elidel*), tacrolimus (*Tacrolin*)

- **Atopik dermatit** tanısında raporlu ve raporsuz olarak ödenir.
- Aynı reçetede 2 kutuya kadar tüm hekimlerce, 2 kutu üzeri kullanım gereken hallerde dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
- Dermatoloji uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli rapora istinaden aynı reçetede 10 kutuya kadar tüm hekimlerce, 10 kutu üzeri kullanım gereken hallerde dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
- **Vitiligo, diskoid lupus eritamatozus ve inatçı seboreik dermatit** tanılarında sadece dermatoloji uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli rapora istinaden, uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

Klopidogrel (kombinasyonları dahil) (*As- Clodip, Clopitro, Clogan, Diporel, Plavix, Pingel, Klopis, Karum, Opirel, Atervix, Clopra, Planor, Plavega, Plavidol, Diloxol*)(Klogel-A (Klopidogrel+ASA))

- **04.02.1 Koroner arter hastalığında klopidogrel kullanımı** tanısıyla çıkan raporların açıklamasında “anjiyografik olarak belgelenmiştir” ifadesi bulunmalıdır.
- **04.04.1 Tıkaçıcı per. arter has. veya iskemik inme’de klopidogrel kullanımı** tanısıyla çıkan raporların açıklamasında “iskemik inme” ifadesi bulunmalıdır.
- “Raporda eğer GİS ve/veya ASA intoleransı vardır.” ifadesi yazıyorsa *Aspirin, Coraspin, Ecopirin* vb. verilmemelidir.

Şeker ölçüm çubukları ve iğne uçları

- Tip I diyabetli ve tip II diyabetliler, hipoglisemili hastalar, gestasyonel diyabetliler ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastaların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller, aşağıda belirtilen koşullarda Kurumca karşılanacaktır:
 - 1) **Tip I diyabetli çocuk hastalar (18 yaş altı), gebeler, transplantasyon hastalarında** sağlık raporunda tedavi protokolü olarak belirtilen adetler esas alınarak karşılanabilir.
 - 2) **Tip I diyabetli erişkin hastalar ve insülin kullanan tip II diyabetli** tüm hastalarda ayda en fazla 150 adet.
 - 3) **Medikal tedavi ile kontrol altında tutulan hiperinsülinemik hipoglisemisi olan çocuk hastalar** için ayda en fazla 150 adet, erişkin hastalar için en fazla 50 adet.
 - 4) **Oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalara** 3 ayda en fazla 100 adet.
- İğne ucu hastanın günlük insülin ihtiyacına göre verilmelidir. Ör. günde 2 kez insülin kullanan hastada, iğne ucu en fazla günde 2 x 1 olarak ödenir.
- *Byetta* ile iğne ucu ödenmez.