

ONKO-SUT ve 2017'DE YENİLİKLER



Ecz Selcen Akbulut

İÇERİK

i. KANSER İLAÇLARI ÖDEME KRİTERLERİ

ii. ONKO-SUT

iii. 2017 DEĞİŞİKLİKLER

Alternatif Ödeme

Yurtdışından İlaç Temini

Ara Ödeme

i. GÖRÜŞ VE ÖNERİLER

Kanser İlaçları Ödeme Kriterleri

ENDİKASYON

DOZ

REÇETE/RAPOR SÜRESİ

HEKİM BRANŞI

ONKOECZADDER

ENDİKASYON**

- Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ek Onayı Alınmadan Kullanılabilecek Endikasyon Dışı İlaç Listesi ve Kılavuzu
- SB'ca hasta adına düzenlenmiş Endikasyon Dışı Kullanım izinleri
- Sağlık Uygulama Tebliği 4.2.14-Kanser Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri A,B ve C md.leri
- SUT-EK4/D

TİTCK END.DIŞI İLAÇ LİSTESİ

SIRA	BRANŞ	İLACA ÖZEL ARANAN KULLANIM ŞARTLARI	İLALÇLAR	ENDİKASYONLARI
30	HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ	Belirtilen endikasyonlarda düzenlenecek sağlık kurulu raporu veya ilaç kullanım raporunda ve reçetede hematoloji ve/veya onkoloji uzman hekimi imzası bulunmalıdır.	ADRIAMİSİN	KANSER TANISINDA ENDİKASYON ŞARTI ARANMAYACAKTIR.

4.2.14.A - Tedavi protokolünü gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılacak ilaçlar

Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksiüre, karboplatin klorambusil, lomustin, methotrexat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, tamoksifen, vinblastin, vinkristin.

4.2.14.B - Tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanilarak uzman hekimlerce reęetelendirilecek ilaęlar

Amifostin, anastrozol, bikalutamid, buserelin, **doksetsel**, eksemestan, filgrastim, flutamid, **gemsitabin**, goserelin, ibandronik asit, interferon alfa 2a-2b, **irinotekan**, **kapesitabin**, klodronat, lenograstim, letrozol, löprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, **oksaliplatin**, **paklitaksel**, pamidronat, siproteron asetat, tegafur-urasil, **topotekan**, triptorelin asetat, vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları, kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla kullanılır) zolendronik asit..

4.2.14.C – Özel Düzenleme Yapılan İlaçlar

- (1)....
- (2)....
- (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.

KOMBİNE TEDAVİ

ABİRATERON:

- Hormonal tedavi ve sonrasında dozetaksel temelli kemoterapi tedavisine progresyon gelişmiş **metastatik prostat kanserli** hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılır.

AFLİBERCEPT:

- Birinci basamak tedavide oxaliplatin bazlı tedavi ile kombine anti-EGFR tedavisi almış ve sonrasında progresyon göstermiş RAS wild tip **metastatik kolorektal kanserleri** olan hastalarda FOLFIRI tedavisi ile kombinasyon halinde progresyona kadar

LAPATİNİB:

- Daha önce antrasiklin, taksan ve trastuzumab ile tedavi görmüş ve halen progresyon gösteren, c-erb B2 immünohistokimya testi sonucu 3 (+) veya FISH (+) olan **metastatik meme kanserli** hastalarının tedavisinde kapesitabin ile kombine olarak kullanılır

EK4/D HASTA KATILIM PAYINDAN MUAF İLAÇLAR LİSTESİ

2. Kanser (C00-C97) (D00-D48)

- 2.1. Analjezikler ve narkotik Analjezikler
- 2.2. Antineoplastik ilaçlar * (Sağlık Bakanlığı Endikasyon dışı Genelge ve Kılavuzuna uyulacaktır.)
- 2.3. İmmünglobulin preparatları *
- 2.4. İmmünsupressifler * (Azathiopurin, Siklosporin, Siklofosfamid, Klorambusil, Methotrexat ve kortikosteroidlerden endikasyon uyumu aranmayacaktır.)
- 2.5. Kanser tedavisi sırasında ortaya çıkan yan etkileri önlemek amacıyla kullanılan ilaçlar
- 2.6. Enteral beslenme ürünleri
- 2.7. Radyofarmasötik müstahzarlar *
- 2.8. Bunların uygulanması ile ilgili parenteral sıvılar, antidotlar, antiemetikler ve aşılar
- 2.9. Parenteral Beslenme Ürünleri
- 2.10. LH-RH analogları
- 2.11. Pilocarpin tablet (sadece Kserostomi tedavisinde)
- 2.12. Cinacalcet *
- 2.13. Abirateron *

DOZ



- *Kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarı fatura edilir.*
- Kür protokolü/ pozoloji bilgisi
- Eşdeğer ilaç grubu

Aynı ilaç için farklı eşdeğer gruplar:

- Revlimid 5mg kps.

E375A:5.138,90 TL(MM)

E375E:5.245,94 TL(MDS)

- Glivec 400mg tb.

E454C:1.987,48(KML)

E454D:2.391,29(GIST)

E454G:1.987,48(ALL)

REÇETE/RAPOR SÜRESİ

- Ayakta kemoterapi yapılacak kanserli hastalara tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu/uzman hekim raporuna dayanılarak kür tanımına uyacak tedavi uygulanıyor ise **bir kürlük**, kür tanımına uymayan tedavi uygulanıyor ise en fazla **3 aylık dozda ilaç** verilebilir

- ...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.
- SUT'un 4.2.14 maddesinde isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen ilaçların kanser tedavisinde kullanımında; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı **1 yıl süreli** sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir

- Rapor süresi planlanan kür sayısından önce biterse??
- Raporda belirlenen kür sayısının üzerinde tedavi verilirse??

ONKOLOJİ UZMANI

HEKİM BRANŞI

SIRA	BRANŞ	İLACA ÖZEL ARANAN KULLANIM ŞARTLARI	İLAÇLAR	ENDİKASYONLARI
21	HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ	Belirtilen endikasyonlarda düzenlenecek sağlık kurulu raporu veya ilaç kullanım raporunda ve reçetede hematoloji ve/veya onkoloji uzman hekimi imzası bulunmalıdır.	PAKLİTAKSEL	KANSER TANISINDA ENDİKASYON ŞARTI ARANMAYACAKTIR.

4.2.14.A - Tedavi protokolünü gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılacak ilaçlar

Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksiüre, karboplatin klorambusil, lomustin, methotrexat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, tamoksifen, vinblastin, vinkristin.

4.2.14.B - Tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanilarak **uzman hekimlerce** reęetelendirilecek ilaęlar

Amifostin, anastrozol, bikalutamid, buserelin, **dosetaksel**, eksemestan, filgrastim, flutamid, **gemsitabin**, goserelin, ibandronik asit, interferon alfa 2a-2b, **irinotekan**, **kapesitabin**, klodronat, lenograstim, letrozol, löprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, **oksaliplatin**, **paklitaksel**, pamidronat, siproteron asetat, tegafur-urasil, **topotekan**, triptorelin asetat, vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları, kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla **kullanılır**) zolendronik asit..

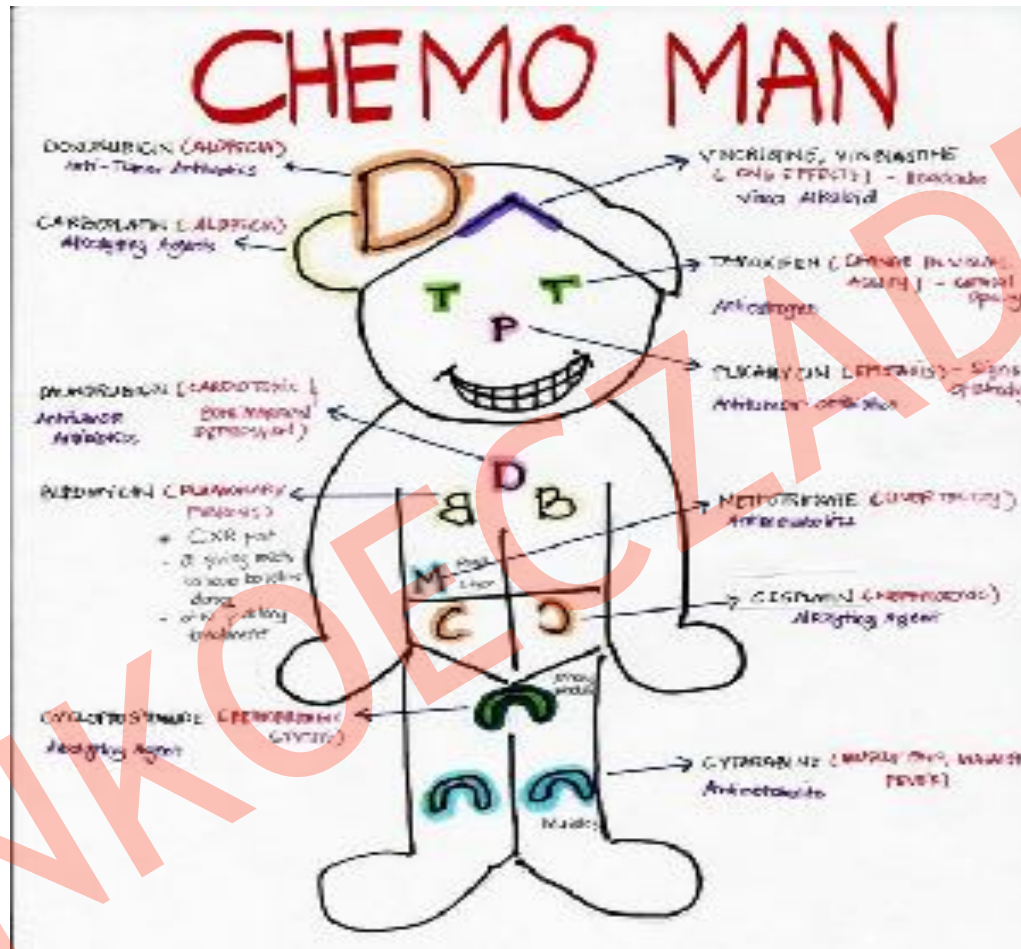
ONKOLOJİ UZMANLARI

4.2.14.C - Özel Düzenleme Yapılan İlaçlar

SUT'un 4.2.14.C maddesinde yer alan ilaçlardan **jinekolojik malignite** tedavisinde endikasyonu bulunanlar, ilgili maddelerinde tanımlı uzman hekimlerin yanı sıra yalnızca üçüncü basamak sağlık kurumlarında olmak üzere jinekolojik malignite tedavisinde ayrıca kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce de reçete edilebilir.

4.2.14.Ç- SUT'un 4.2.14 maddesinde isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen ilaçların kanser tedavisinde kullanımında; **tıbbi onkoloji** veya **hematoloji** uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı *1 yıl süreli* sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir

ONKO-SUT



ONKO-SUT

ABİRATERON:

Bu ilacın kullanımında **endikasyon uyumu aranacaktır.**

- 1) Hormonal tedavi ve sonrasında dozetaksel temelli kemoterapi tedavisine **progresyon gelişmiş metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine** olarak kullanılır.
- 2) En az bir **tıbbi onkoloji uzmanının** bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir **6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir.**
- 3) Sağlık kurulu raporunda; progresyonun, PSA ve radyolojik görüntüleme yöntemleriyle (RECIST kriterleri ile) tespit edildiği, ECOG performans skorunun (0-1) olduğu ve testosteron düzeyinin kastrasyon seviyesinde olduğu belirtilir.
- 4) Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda tedaviye başlangıç kriterleri ile birlikte hastada **progresyon olmadığı** belirtilmelidir.
- 5) Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron ardışık olarak kullanılamaz. **(Md.4.2.14.C/3-u)**

ADRIAMİSİN (DOKSORUBİCİN):

Tedavi protokolünü gösteren **uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılabilecek ilaçlardandır. (Md.4.2.14.A)**

Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi ilaçları Listesi'nde yer almaktadır.

ONKO-SUT

OKSALİPTALİN:

Tedavi protokolünü gösterir *sağlık kurulu raporuna* dayanılarak uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlardandır. (Md.4.2.14.B)

Kanser tanısında endikasyon dışı ilaç kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil diğer tedavileri de gösteren **tıbbi onkoloji veya hematoloji** uzman hekimlerinden birinin bulunduğu *sağlık kurulu raporu* aranır. (Md.4.2.14\3)

Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi'nde yer almaktadır.

•

•

ZOLENDRONİK ASİT

Bu ilacın kullanımında **endikasyon uyumu aranacaktır.**

Tedavi protokolünü gösterir *sağlık kurulu raporuna* dayanılarak uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlardandır. (Md.4.2.14.B)

NOT: 11.10.2017 tarihli SUT değişikliklerine göre düzenlenmiştir.

KANSER TEDAVİSİNDE 2017 SUT DEĞİŞİKLİKLERİ

ONKOLOJİ VE RADYASYON ONKOLOJİSİ

Karmustin(*BİCNU FLK*)

1) Sağlık Bakanlığında hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; beyin tümörleri-glioblastom, beyinsapı glioması, medullablastom, astrositom, ependimoma ve metastatik beyin tümörleri endikasyonlarında; yalnızca rekürrens veya nüks hastalarda tek ajan veya diğer onaylı kemoterapötik ajanlarla belirlenmiş kombinasyon tedavisi şeklinde **tıbbi onkoloji** uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir *sağlık kurulu raporuna* dayanılarak **tıbbi onkoloji** uzman hekimlerince reçete edilir. Bu şekildeki kullanımda endikasyon dışı onay tarihi ve süresi sağlık kurulu raporunda belirtilir.

2) Sağlık Bakanlığında hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; **hodgkin lenfoma ve non-hodgkin lenfoma hastalarında kemik iliği nakli hazırlık rejimi kullanımında hematoloji** uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir *sağlık kurulu raporuna* dayanılarak **hematoloji** uzman hekimlerince reçete edilir. Bu şekildeki kullanımda endikasyon dışı onay tarihi ve süresi sağlık kurulu raporunda belirtilir.

3) Yukarıdaki koşullar dışında kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. (Md.4.2.14.C-3/ğğ) (EK: RG-26/11/2016- 29900 / 16-b md. Yürürlük: 29/11/2016)

ALTERNATİF GERİ ÖDEME

AMAÇ: Kurumca finansmanı sağlanan/sağlanacak olan sağlık alanındaki ürün ve hizmet gruplarının, ihtiyaç duyulan alanlarda mevcut ödeme usul, esas ve kuralları dışında mali veya tıbbi olarak getireceği faydaya göre ödeme kapsamına alınması veya mevcut ödeme usul, esas ve kurallarının değiştirilmesi ile yurtdışından temin edilen, ülkemizde imal edilemeyen veya bulunmayan ürün gruplarının üretiminin, ithal ürünlerin yerli üretime geçmesinin, piyasada bulunurluğunun sağlanması hususlarının teşvik edilmesi



"It's an experimental drug. We're still testing to see how much customers will pay for it."

İNTERFERON-alfa-2b

- Histopatolojiyle kanıtlanmış *mikozis fungoides* tedavisinde endikasyon dışı “interferon-alfa-2b” kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil diğer tedavileri de gösteren; *tıbbi onkoloji ve hematoloji uzman* hekimlerinden birinin bulunduğu veya 3 *dermatoloji uzmanının* yer aldığı sağlık kurulu raporu aranır. (Değişik: RG- 18/02/2017-29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017)

ENZALUTAMİD (*XTANDİ KAPSÜL*)

- 1) Hormonal tedavi ve sonrasında dozetaksel temelli kemoterapi tedavisine progresyon gelişmiş **metastatik prostat kanserli** hastalarda kullanılır.
- 2) En az bir **tıbbi onkoloji** uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir **6 ay süreli sağlık kurulu raporuna** dayanılarak **tıbbi onkoloji** uzmanları tarafından reçetelenir.
- 3) Sağlık kurulu raporunda; progresyonun, PSA ve radyolojik görüntüleme yöntemleriyle (RECIST kriterleri ile) tespit edildiği, ECOG performans skorunun (0-1) olduğu ve testosteron düzeyinin kastrasyon seviyesinde olduğu belirtilir.
- 4) Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda tedaviye başlangıç kriterleri ile birlikte hastada progresyon olmadığı belirtilmelidir.
- 5) Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron ardışık olarak kullanılamaz. (Md.4.2.14.C-3/u) (*Değişik: RG- 18/02/2017-29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017*)

AFLİBERCEPT (*ZALTRAP FLK*)

- 1) ECOG performans skoru 0-1 olan;
 - a) Birinci basamak tedavide oxaliplatin bazlı tedavi ile kombine anti-EGFR tedavisi almış ve sonrasında progresyon göstermiş RAS wild tip **metastatik kolorektal kanserleri** olan hastalarda **FOLFIRI tedavisi ile kombinasyon halinde** progresyona kadar,
 - b) Birinci basamak tedavide oxaliplatin bazlı tedavi almış ve sonrasında progresyon göstermiş RAS mutant **metastatik kolorektal kanserleri** olan hastalarda **FOLFIRI tedavisi ile kombinasyon halinde** progresyona kadar kullanılır.
- 2) Bu durumların belirtildiği, en az bir **tıbbi onkoloji uzman** hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir **6 ay süreli sağlık kurulu raporuna** dayanılarak **tıbbi onkoloji uzman** hekimlerince reçete edilir
- 3) Birinci basamak tedavide oxaliplatin bazlı tedavi ile herhangi bir anti-VEGF tedavi almış ve sonrasında progresyon göstermiş RAS wild tip metastatik kolorektal kanserleri olan hastalarda kullanılamaz (Md. 4.2.14.C/3-hh) (*Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017*)

DABRAFENİB, DABRAFENİB+TRAMETİNİB(**MEKİNİST TB**), VEMURAFENİB, VEMURAFENİB+KOBİMETİNİB(**COTELLİC TB**);

Dabrafenib, dabrafenib+trametinib, vemurafenib, vemurafenib+kobimetinib;

- 1) (**Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2017**) ~~Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış ve ECOG performans skoru 0 veya 1 olan ve BRAF V600 mutasyonu pozitif olan aşağıda belirtilen hasta gruplarında tek ajan olarak progresyona kadar kullanılabilir;~~ Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış ve ECOG performans skoru 0 veya 1 olan ve BRAF V600 mutasyonu **pozitif olan** aşağıda belirtilen hasta gruplarında tek ajan (**dabrafenib+trametinib kombine tedavisi ile vemurafenib+kobimetinib kombine tedavisi tek ajan olarak kabul edilecektir.**) olarak progresyona kadar kullanılabilir.
 - a) Lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılamadığı **relaps malign melanom**
 - b) **Metastatik malign melanom**
- 2) Progresyon sonrası tek ajan olarak veya başka tedavilerle kombinasyon şeklinde kullanılamaz.
- 3) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı ve yukarıdaki durumların belirtildiği en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.
- 4) (**Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2017**) ~~Dabrafenib ve vemurafenib ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.~~ Bu ilaçlar ardışık ya da kombine olarak (**dabrafenib+trametinib kombine tedavisi ile vemurafenib+kobimetinib kombine tedavisi hariç**) kullanılamaz.

MİFAMURTİDE (*MEPACT FLK*)

- Yaşları 2-30 arasında değişen çocuk, ergen ve genç yetişkinlerdeki; makroskopik olarak tam rezeke edilmiş, metastatik olmayan, yüksek evreli **osteosarkom** tedavisinde, çoklu ajan kemoterapi ile kombine olarak, **tıbbi/pediyatrik onkoloji** hekimlerinden birinin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi/pediyatrik onkoloji uzmanlarınca reçete edilebilir. Raporda makroskopik olarak tam rezeke edilmiş, metastatik olmadığı belirtilir. 48(Kırksekiz) infüzyon kullanımı sonunda tedavi kesilir.) (Md. 4.2.14.C-3/ii) *Ek:RG-08/06/2017-30090/12 md. Yürürlük:16/06/2017)*

NİVOLUMAB (*OPDIVA FLK*)

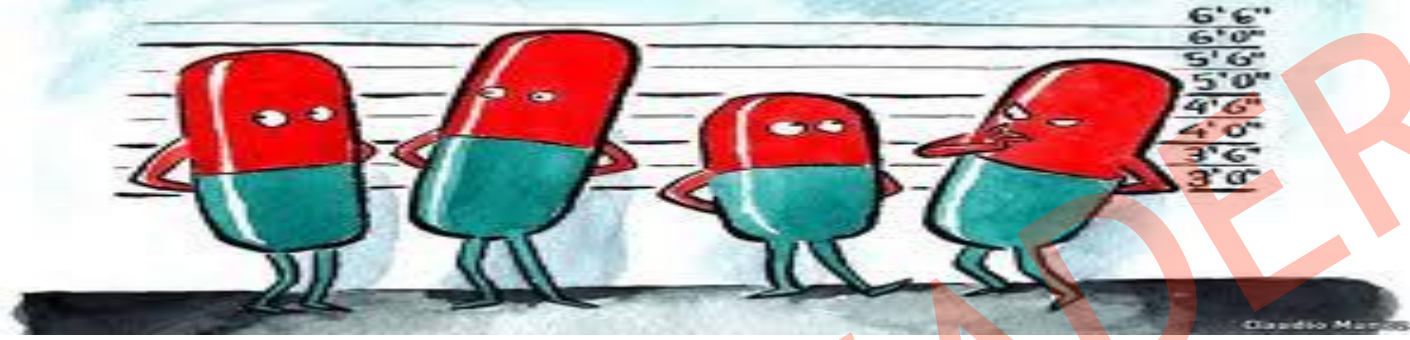
Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınan onaya dayanılarak; **renal cell ca ve hodgkin lenfoma tanılarında** tıbbi onkoloji uzmanı veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji ile hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir. (Md.4.2.14.C-3/11)

***Ek:RG-08/06/2017-30090/12 md.
Yürürlük:16/06/2017)***

YURT DIŞINDAN İLAÇ TEMİNİ

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için gerekli görölen ve yurt içinden sağlanması mümkün olmayan ilaçların, yurt içinde bulunmadığı ve kullanılmasının zorunlu olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanarak ilaç teminine izin verildiği takdirde yurt dışından temini mümkündür. Yurt dışından temini halinde bedeli ödenecek olan ilaçlar “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi” nde (EK-4/C) belirtilmiştir. Bu listede yer almayan ilaçların bedelleri kurumca ödenmez

ARA ÖDEME KAPSAMINDAKİ İLAÇLAR



Kurum sigortalı ve hak sahipleri için yurt dışından temin edilirken ülkemizde ruhsatlanan ve satış izni alarak Kurumumuz geri ödeme listesine başvurması koşuluyla hasta mağduriyetini önlemeye yönelik olarak ara ödeme kapsamında ödenebilmektedir

ARA ÖDEME KAPSAMINDAKİ İLAÇLAR

- Fatura (fatura hasta adına düzenlenecek, Perakende Satış Fiyatı üzerinden ilgili fıkrada tanımlanan kamu kurum iskontosu oranları ve kademeli eczane iskontosu uygulanacaktır)
- Reçete (elektronik ya da kağıt)
- Sağlık raporu (ilacın etken madde kodunu (YDI ile başlayan kod) içeren elektronik rapor veya başhekimlik onaylı (mühür, kaşe, imza) kağıt rapor)
- İlaç kutusu (karekod bölümünü ve ilaç ismini içeren)
 - Medula Manuel Reçete Kaydı (karekod sonlandırma)
 - Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan (TİTCK) alınan endikasyon onayı
- Mevzuat gereğince bulunması gerekli olabilecek diğer belgeler
Bu kapsamda en fazla 1 aylık dozda ilaç bedeli ödenebilecek olup; başvurular İbn-i Sina Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezine yapılacaktır.

ERLOTİNİB (*TARCEVA TB*)

Yürürlükte Bulunan SUT

- Lokal ileri evre ya da metastatik adenokarsinom histolojik tipinde olan küçük hücreli dışı akciğer kanserli, *hiç sigara kullanmamış*, daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş hastalarda; bu durumun belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, ikinci ve üzeri tedavi basamaklarında bu uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

09.09.2017 tarihli SUT değişikliği

- epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 (L858R) mutasyonu, akredite bir laboratuvarında gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının birinci basamak tedavisinde ve yukarıda tanımlanan mutasyon ve delesyonu olan nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında bir basamak kemoterapi sonu progresyonunda ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar bu durumların belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Reçeteye genetik tetkik sonucu eklenir.

SETUKSİMAB (*ERBITUX FLK*)

- 2) Skuamoz hücreli baş ve boyun kanseri endikasyonunda;
- a) ECOG performans skoru 0-1 olan yassı hücreli nüks ya da metastatik nazofarenks dışı baş-boyun kanserlerinde birinci basamakta platin ve 5-Fluorourasil içeren kemoterapi rejimi ile kombine olarak kullanılır.
- b) Sisplatin ile tedavi edilemeyen, kreatinin klirensi 55 ml/dk olan ve/veya orta-ileri derece kalp yetmezliği olan hastalarda lokal-ileri evre hastalıkta radyasyon tedavisi ile kombine olarak kullanılır.
- Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir. (Md.4.2.14.C-3/y)
(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 20-c md. Yürürlük: 23/09/2017)

ARSENİK TRİOKSİT (*LEUSENOX*)

- Pro-miyelositik lösemi /retinoik asit reseptör alfa (PML/RAR-alfa) geni varlığı ve/veya t(15;17) translokasyon varlığı ile karakterize relapslı/refrakter akut promiyelositik lösemili (APL) yetişkin hastalarda, remisyon induksiyonu ve konsolidasyon (kurtarma tedavisi) için kullanılır. Önceki tedavi retinoid (ATRA) ve kemoterapi içermelidir. Diğer lösemi tiplerinde kullanılmaz. Bu durumların belirtildiği hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösteren *sağlık kurulu raporuna* dayanılarak, yine bu uzman hekimlerce reçete edilebilir. (Md.4.2.14.C-3/jj)
(*Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 20-c md.*
Yürürlük: 23/09/2017)

SUT DEĐİŐİŐİKLİĐİ

Sađlık raporları, SUT deđiŐİŐİKLİĐİ olması halinde yeni hűkűmlere uygun olması kaydıyla sűresi sonuna kadar geđerlidir. DeđiŐİŐİKLİK sonrası SUT hűkűmlerine uygun olmayan raporlar, SUT'un 4.1.3(6) fıkrası kapsamında yeni hűkűmlere uygun hale getirilebildiđi takdirde geđerli olacaktır. (Kurumca sűresi sonuna kadar geđerli olacađı duyurulan raporlar hariç.)

İnsan bazen kendinide okumalı...
Hatta Yargılamalı...



Teşekkürler

İletişim için:

sakbulut@sgk.gov.tr