

(Değişik: RG- 05/08/2015-29436/ 11 md. Yürürlük: 13/08/2015)

**SADECE YATAN HASTALARDA KULLANIMI HALİNDE  
BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ  
SADECE YATARAK TEDAVİLERDE KULLANIMI HALİNDE  
BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ**

1. Active protein-C (SUT'un 4.2.22 maddesi esaslarına göre)
2. Amfoterisin-B formları, Itrakonazol, Kaspofungin, Anidulofungin ve Vorikonazol (bu etken maddelerin parenteral formları) (SUT'un 4.2.23 maddesi esaslarına göre)
3. Antihuman lenfosit globulinler
4. Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem, Doripenem, Sulbaktam, Kolistimetat (Ek: RG- 07/10/2016-29850/54 md. Yürürlük:15/10/2016), Sefuroksim sodyum intrakameral enjeksiyonluk çözelti (Ek: RG-10/05/2018-30417/31-a md. Yürürlük:18/05/2018), Fosfomisin (parenteral formları) (Ek: RG-16/06/2020-31157/27-a md. Yürürlük: 24/06/2020), Polimiksin B (parenteral formları) ve Daptomisin ((Değişik: RG- 18/06/2016-29746/ 33-a md.Yürürlük: 25/06/2016) Ek-2/A EK-4/E' ye göre ) (Ek: RG- 10/05/2018- 30417/ 31-b md. Yürürlük: 18/05/2018)
- 4.1. Linezolid oral formları yalnızca; osteomyelitin eşlik etmediği şiddetli ve orta derecedeki diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalardan en az 3 gün yatarak tedavi sonrası klinik iyileşme göstererek oral tedaviye geçişi uygun olanlarda bu durumun belirtildiği EHU onayı ile ayakta tedavilerde en fazla 10 günlük dozlar şeklinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
5. (Ek: RG- 18/02/2015-29271/ 30-a md. Yürürlük: 28/02/2015) Sefodizim, Sefoperazon, Sefaperazon-Sulbaktam, Sefotaksim, Seftazidim, Seftizoksım, Siprofloksasin Parenteral, Levfloksasin Parenteral, Ofloksasin Parenteral, Moksifloksasin Parenteral, Teikoplanin (EHU APATTA KY), Gansiklovir Parenteral (Kanser Hastalarında, Tüberküloz Hastalarında, Bronşektazide, Pnömonide, Diyaliz tedavisi gören ve Kronik Böbrek Hastalarında, Nefrotik Sendromda, Osteomyelitte, Tromboflebitte, Kistik Fibroziste, Antibiyotik kullanımı gerektiren immün bozukluğu olan hastalarda, Kronik Karaciğer Hastalıklarında ve Diyabetli Hastalarda, bir aydan küçük yenidoğan bebeklerdeki enfeksiyonlarda, orbital selülitte; yatarak tedavide başlanan antibiyotik hastaneden çıkışta devamı gerektiğinde bu ilaçların antibiyotik tablosunda belirtilen şartlarda ayaktan verilebilecektir.)
6. İrrigasyon solüsyonları
7. Amiodarone Ampul
8. Dopamin
9. Dobutamin
10. Droperidol ve Midazolam (Klinik şartlarda yapılacak tetkik ve müdahaleler için gerekli görüldüğü takdirde ayaktan tedavide de verilebilir.)
11. Fenitoinler (Ampul formları)
12. Human Albumin (SUT'un 4.2.27 maddesi esaslarına göre)
13. İnterlökinler
14. İntravenöz inhalasyon anestezikleri (Kanser hastalarında rapora dayanılarak ayaktan verilir.)
15. Karbakol
16. Levosimendan (Ek: RG- 25/07/2014-29071/ 65-a md. Yürürlük: 07/08/2014) ve milrinon (SUT'un 4.2.26 maddesi esaslarına göre)
17. Muromonap-CD3
18. Nitrogliserin paranteral
19. Nitroprussit
20. Nöromusküler kavşak bloke edici ilaçlar
21. Paranteral antifungal
22. Paranteral beta-blokerler
23. Paranteral peptik ülser ilaçlarından proton pompa inhibitörleri
24. Servikal prostaglandinler
25. Surfaktanlar
26. Streptopal
27. Streptokinaz, ürokinaz, trofiban, (Mülga:RG-16/06/2020-31157/27-b md. Yürürlük: 24/06/2020) plazminojen aktivatörleri, (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 42 md. Yürürlük:11/05/2013) absiksimab (Ek: RG- 04/09/2019-30878/ 65-a md. Yürürlük: 12/09/2019), eptifibatid (Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları (Ek:RG-16/06/2020-31157/27-b md. Yürürlük: 24/06/2020), girişimsel radyoloji ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.) (Ek:RG-16/06/2020-31157/27-b md. Yürürlük: 24/06/2020)
- 27.1. Alteplaz erişkinlerde; kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya acil tıp uzmanları tarafından yalnızca aşağıda tanımlanan durumlarda;
  - a) Akut miyokard enfarktüsünün trombolitik tedavisinde veya
  - b) Hemodinamik instabilite ile birlikte olan akut masif akciğer embolisinin trombolitik tedavisinde veya
  - c) Akut iskemik inmenin trombolitik tedavisinde
 kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
- 27.2. Tenekteplaz erişkinlerde; ısrarlı ST yükselmesi ya da yeni sol dal bloğu ile birlikte olan akut miyokard enfarktüsünün trombolitik tedavisinde kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs

hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya acil tıp uzmanları tarafından kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

28. Tedavide Kullanılan Anestezik Antidotlar (Flumazenil, Opioid Antagonistler)
29. Traneksamik asit parenteral formları (Hemofili hastasında ayaktan tedavide de ödenir.)
30. Gözde kullanılan viskoelastikler
31. Terlipresin
32. Dekstemedetomidin
33. Aprotinin
34. Fondaparinux (Ortopedi, kardioloji, iç hastalıkları ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.)
35. (Mülga: RG-21/03/2018-30367/ 40-a md. Yürürlük:01/04/2018) Faktör VIIa (SUT'un 4.2.27 maddesi esaslarına göre)
36. Rasburicase (SUT'un 4.2.4 maddesi esaslarına göre)
37. İntravenöz parasetamol
38. Fibrinojen ve kombinasyonları
39. L-Ornithin- L-Aspartat parenteral formları (İç hastalıkları, pediatri uzmanları, gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.)
40. İntravenöz Anti Rh Preparatları (Ayaktan tedavide; SUT'un 4.2.27-B maddesi esaslarına göre)
41. Hemofiltrasyon ürünleri (Yoğun bakımda akut böbrek yetmezliğinde)
42. Ziprosidon ampul (SUT'un 4.2.2 maddesi esaslarına göre)
43. Gatifloksasin oftalmik formları, ((Değişik:RG- 18/06/2016-29746/ 33-a md.Yürürlük: 25/06/2016) Ek-2/A EK-4/E Madde 5.15'e göre)
44. Sodyum fucidat enjektabl formu, ((Değişik:RG- 18/06/2016-29746/ 33-a md.Yürürlük: 25/06/2016) Ek-2/A EK-4/E Madde 6.C.2'ye göre)
45. Floxuridin (SUT'un 4.2.14 maddesi esaslarına göre)
46. Tigecycline ((Değişik:RG- 18/06/2016-29746/ 33-a md.Yürürlük: 25/06/2016) Ek-2/A EK-4/E Madde 2.C.4'e göre)
47. Sugammadex sodyum (Entübasyon güçlüğü yaşanan hastalarda, vertebral cerrahi hastalarında "wake-up" gerektiren durumlarda, Neostigmin kullanımının kontrendike olduğu durumlarda)
48. Amantadin Sülfat İV Formları
49. Hastane ambalajı olan lokal anestezikler
50. Adenozin (Ek:RG- 18/02/2015-29271/ 30-b md. Yürürlük: 28/02/2015) 6 mg/2 ml ve 10mg/2 ml: Yalnızca; Paroksizmal Supraventriküler Taşikardi tanısı konulmuş; WPW (Wolf Parkinson White) sendromlu veya hipotansif seyri olan veya gebe veya çocuk hastalarda; kardioloji veya acil hekimlerince bu durumun reçete veya tabelada belirtilmesi koşulu ile kullanılabilir.
- 50.1 Adenozin 50 mg/10 ml: Yalnızca; preeksitasyondaki aksesuar yolların belirlenmesi ve lokalize edilmesi için AV bloğun indüksiyonunda ve diğer farmakolojik stres ajanlarının uygulanamadığı olgularda, miyokardiyal radyoizotop taraması (talyum yada teknesyum) yada ekokardiyografi ile birlikte kalp iskemisinin farmakolojik olarak provokasyonunda bu durumun tabelada belirtilmesi koşuluyla; test başına en fazla 2 flakon kullanılabilir.
- 50.2 Adenozin 250 mg/50 ml: Yalnızca diğer farmakolojik stres ajanlarının uygulanamadığı olgularda, miyokardiyal radyoizotop taraması (talyum yada teknesyum) yada ekokardiyografi ile birlikte kalp iskemisinin farmakolojik olarak provokasyonunda bu durumun tabelada belirtilmesi koşuluyla; test başına en fazla 1 flakon kullanılabilir.
51. (Değişik:RG- 25/07/2014-29071/ 65-b md. Yürürlük: 07/08/2014) C1-esteraz inhibitörü; yalnızca akut tedavide, üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinde düzenlenecek, en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, tüm uzman hekimlerce reçetelenir. Raporda; C1 inhibitör düzeyinin düşük olduğu (değer olarak) veya C1 inhibitör düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşük olduğu (değer olarak) belirtilir. (Hasta adına düzenlenecek her reçete/tabelada akut tedavi olduğu belirtilir. C1-esteraz inhibitörü; yalnızca akut tedavide ve operasyon öncesi profilaksi tedavisinde, üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinde düzenlenecek, en az bir immünoloji ve/veya alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, tüm uzman hekimlerce reçetelenir. Raporda; C1 inhibitör düzeyinin düşük olduğu (değer olarak) veya C1 inhibitör düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşük olduğu (değer olarak) belirtilir. (Hasta adına düzenlenecek her reçete/tabelada akut/profilaksi tedavi durumu belirtilecektir.
52. Kombine koagülasyon faktörü/Protrombin kompleksi konsantreleri (4.2.27 maddesi esaslarına göre (Mülga:RG-18/06/2016-29746/33-b md.Yürürlük:25/06/2016), yalnızca kazanılmış koagülasyon bozuklukları ve kazanılmış hemofililerde)
53. Alprostadi 500 mcg/ml (Uzman hekimlerce)  
(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 65-c md. Yürürlük: 07/08/2014)
54. Kafein sitrat (Çocuk hastalıkları uzman hekimlerince)  
(Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 49-a md. Yürürlük: 23/09/2017)
55. Tolvaptan (Serum sodyum düzeyi 125 mEq/L seviyesinin altında olan, daha önce sıvı kısıtlaması yöntemi ve diğer tedavilerin uygulandığı ancak direnç gösteren, hipervolemik ve övolemik hiponatremi tedavisinde 1x1 dozda kullanılır. Uzman hekimlerce yazılır.)
55. Tolvaptan (Serum sodyum düzeyi 125 mEq/L seviyesinin altında olan, daha önce sıvı kısıtlaması yöntemi ve diğer tedavilerin uygulandığı ancak direnç gösteren, hipervolemik ve övolemik hiponatremi tedavisinde 1x1 dozda başlanır. Hastada istenilen hedef sodyum seviyesine ulaşıldığında kesilir. Uzman hekimlerce yazılır.)
56. Parenteral Multivitaminler

(Ek: RG-05/08/2015-29436 /41 md. Yürürlük: 01/07/2015)

57. “Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” nde (Ek-4/H) tanımlı ilaçlar

(Ek: RG-18/01/2016-29597/27 md. Yürürlük: 26/01/2016)

58. Metilen mavisi; yalnızca ilaca ve kimyasal ürünlere bağlı methemoglobineminin akut semptomatik tedavisinde ve idiopatik methemoglobinemi (hemoglobinde yapısal bir anormallik yokken) tedavisinde ödenir.

(Ek: RG-25/08/2016-29812/26 md. Yürürlük: 20/07/2016)

59. Epidermal büyüme faktörü; Konvansiyonel yara tedavi prensiplerinin uygulanmasına rağmen yarada iyileşmenin izlenmediği (Tedavi süresi ve uygulanan tedavinin raporda belirtilmesi gerekmektedir.), gangrensiz, osteomyeliti ve enfeksiyonu tedavi olmuş (osteomyelite bağlı ülserlerde osteomyelitin olmadığını/tedavi edildiğinin radyoloji ve ortopedi uzman hekimleri tarafından, yumuşak doku enfeksiyonuna bağlı ülserlerde yumuşak doku enfeksiyonunun kontrol altına alındığının enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından raporda belirtilmesi gerekmektedir.) açık diyabetik ayak ülserleri olan hastalarda, 3 üncü basamak sağlık kurumlarında (Değişik: RG-16/06/2020-31157/27-c md. Yürürlük: 24/06/2020) ~~genel cerrahi veya plastik cerrahi uzman hekimleri tarafından düzenlenen 4(dört) hafta süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından reçete edilebilir. 4 (dört) haftalık tedavi sonrasında tedavinin devamı gerekiyorsa, ilaca başlangıç kriterlerinin yer aldığı, en az bir genel cerrahi veya plastik cerrahi uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden yine bu uzmanlar tarafından reçete edilir.~~ enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerinden herhangi üçünün yer aldığı 4 (dört) hafta süreli sağlık kurulu raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 4 (dört) haftalık tedavi sonrasında tedavinin devamının gerekmesi halinde; 3 üncü basamak sağlık kurumlarında ilaca başlangıç kriterlerinin yer aldığı, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerinden herhangi üçünün yer aldığı 4 (dört) hafta süreli sağlık kurulu raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaya devam edilir. **Toplam tedavi süresi 12(on iki) haftayı geçemez.**

(Ek: RG- 26/11/2016-29900/ 34 md. Yürürlük: 29/11/2016)

60. Karmustin (SUT'un 4.2.14.C(gg) maddesi esaslarına göre)

(Ek: RG-18/02/2017-29983 / 21 md. Yürürlük: 01/03/2017)

61. Lakozamit (Parenteral formları)

(Ek: RG- 09/09/2017-30175/ 49-b md. Yürürlük:23/09/2017)

62. Parenteral ibuprofen (Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 65-b md. Yürürlük: 12/09/2019) 10 mg/2 ml: 34. haftadan önce doğmuş prematüre bebeklerde hemodinamik olarak anlamlı patent ductus arteriosus tedavisinde, çocuk kardiyoloji, çocuk kalp ve damar cerrahisi veya yenidoğan uzman hekimlerince yazılması koşulu ile kullanılır.

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 65-b md. Yürürlük: 12/09/2019)

62.1. Parenteral ibuprofen 400 mg/4 ml: Yalnızca hafif ve orta dereceli ağrı veya opioid analjeziklerle beraber orta ve ileri dereceli ağrı veya ateş tedavisinde ihtiyaca göre günde en fazla 4 flakon kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

62.2. Parenteral ibuprofen 800 mg/8 ml: Yalnızca hafif ve orta dereceli ağrı veya opioid analjeziklerle beraber orta ve ileri dereceli ağrı veya ateş tedavisinde ihtiyaca göre günde en fazla 2 flakon kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(Ek: RG- 21/03/2018-30367/ 40-b md. Yürürlük:01/04/2018)

63. Magnezyum sülfat heptahidrat (4 gr/100 ml, 40 gr/1000 ml): 40 gr/1000 ml formu 24 saat içerisinde en fazla 1 kutu kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 31-c md. Yürürlük:18/05/2018)

64. Amino asit + lipid + karbonhidrat içeren parenteral nutrisyon çözeltisinin; miadında doğmuş yeni doğan bebeklerle 2 yaşına kadar olan çocuklarda oral ya da enteral beslenmenin imkânsız, yetersiz ya da kontrendike olduğu durumlarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 31-ç md. Yürürlük: 30/06/2018)

65. Ekulizumab

(Ek: RG- 28/12/2018-30639/ 44 md. Yürürlük: 08/01/2019)

66. Bivalirudin yalnızca; heparin kaynaklı trombositopeni (HIT) veya heparin kaynaklı trombositopeni ve tromboz sendromu (HITS) olan perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda kardiyoloji veya kalp ve damar cerrahisi uzmanları tarafından reçetelenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

67. Basiliksımab

68. Sidofovir

69. Obinutizumab

70. Karfilzomib

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 65-c md. Yürürlük: 12/09/2019)

71. İnsan C proteini konsantresi, en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli ve hastanın tanısı, protein C düzeyi, hastanın vücut ağırlığı ve ilacın kullanım dozunun belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda tanımlanan durumlarda;

a) Ağır konjenital protein C eksikliği bulunan hastalarda ortaya çıkan purpura fulminans ve kumarine bağlı deri nekrozunun tedavisinde veya

b) Ağır konjenital protein C eksikliği olan hastalardan; yakın zamanda invaziv tedavi ya da cerrahi girişim uygulanacak olanlara, kumarin tedavisi başlanacak olanlara, tek başına kumarin tedavisinin yetersiz kaldığı

durumda veya kumarin tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda kısa süreli profilaksi amaçlı bir reçetede en fazla 7 günlük dozda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**72.** İzoprenalın HCl

(Ek: RG- 04/09/2019- 30878/ 65-ç md. Yürürlük: 19/06/2019)

**73.** Denosumab 120 mg

(Ek: RG- 09/05/2020- 31122/ 8 md. Yürürlük: 16/05/2020)

**74.** Alemtuzumab

**75.** Daratumumab

(Ek: RG-16/06/2020-31157/27-ç md. Yürürlük: 24/06/2020)

**76.** Parenteral urapidil

**77.** Lauromacrogol

**78.** Floressein sodyum

**NOT:** Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.