



TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ



Sayı : E-A.00-45-7327
Konu : İmatinib Etken Maddeli İlaçlar
Hakkında

10/04/2026

BÖLGE ECZACI ODASI YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA

İlgi : 10/04/2026 tarihli ve 45-7284 sayılı yazımız.

İmatinib etken maddesini içeren ilaç kullanımında, KÜB değişikliği öncesinden bu yana imatinib tedavisi altında olan, ilk tanısı Ph kromozomu pozitif olup imatinib tedavisi altında negatifleşen KML hastalarının imatinib tedavisine devam edip edemeyeceği hususunda Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne görüş sorulmuştur.

Kurumdan gelen ekte yer alan cevap yazısında;

"Sağlık Uygulama Tebliği'nin. "4.2.14.C "Özel düzenleme yapılan ilaçlar" başlıklı maddesinin üçüncü fıkrasının d) bendinde, "d) İmatinib; Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu uzman hekimler tarafından reçete edilir." olarak yer almakta diğer yandan Sağlık Uygulama Tebliği Eki (Ek:4/D) "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi"nde, "2. Kanser (C00-C97) (D00-D48)" başlığı altında;

"2.2. Antineoplastik ilaçlar (Sağlık Bakanlığı Endikasyon Dışı Genelge ve Kılavuzuna uyulacaktır." olarak endikasyon uyumuna bakılacak ilaçlar arasında yer almaktadır.

Hâlihazırda ilgili ilaçların KÜB/KT endikasyon bilgilerine bakıldığında, "İlk tanısı Philadelphia kromozomu pozitif kronik miyeloid lösemi (KML) olan ancak tedavi ile Philadelphia kromozomu negatif hale gelen kronik/akselere/blastik faz kronik miyeloid lösemi hastalarında" ifadesinin ilaçların KÜB/KT yenilenmesi sırasında çıkarıldığı anlaşılmakla birlikte, bu kapsamda "imatinib" etkin maddeli ilaçların Sağlık Uygulama Tebliği Eki (Ek:4/D) "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi"nde yer aldığı üzere (*) ibaresine istinaden KÜB/KT endikasyon bilgilerine bakılmakta olup bu doğrultuda işlem yapıldığı, Ph kromozomu pozitif olan ve endikasyonu dahilinde tedaviye başlayan hastaların tedavisi devam edebileceği, endikasyonu haricinde ise, Tebliğin "4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı" başlıklı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan,

"(4) Bir ilacın Ülkemizde onaylanmış endikasyonu ve Kısa Ürün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanımı, Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür." hükmü gereği endikasyon dışı ilaç kullanım onayı alınması gerektiği" bildirilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Belge Takip Adresi : https://dys.teb.org.tr/enVision/validate_doc.aspx?eD=BS5BZYKM24 Pin Kodu :45562

TS-EN ISO 9001:2015 Belge No: KY-2570-03/10-R15

Mustafa Kemal Mah. 2147. Sk. No: 3 06510 Çankaya/ANKARA Tel: 0312 409 81 00 • Fax: 0312 409 81 09
e-posta: teb@teb.org.tr internet sayfası: www.teb.org.tr





TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ



Uzm.Ecz. Taner ERCANLI
Genel Sekreter

Belge Takip Adresi : https://dys.teb.org.tr/enVision/validate_doc.aspx?eD=BS5BZYKM24 Pin Kodu :45562

TS-EN ISO 9001:2015 Belge No: KY-2570-03/10-R15

Mustafa Kemal Mah. 2147. Sk. No: 3 06510 Çankaya/ANKARA Tel: 0312 409 81 00 • Fax: 0312 409 81 09
e-posta: teb@teb.org.tr internet sayfası: www.teb.org.tr





SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
İlaç Daire Başkanlığı

102507
ACELE
07.04.2026

Sayı : E-89843079-104.03[104.03]-139126947

Konu : İmatinib Etkin Maddeli İlaçlar İhik

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİNE
Mustafa Kemal Mah 2147.Sok No:3 06510 Çankaya/ANKARA

İlgi : 11.03.2026 tarihli ve 5733 (137868476) sayılı yazımız.

İlgide kayıtlı yazımız incelenmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği'nin "4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar" başlıklı maddesinin üçüncü fıkrasının d) bendinde,

"d) İmatinib; Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı en fazla 3 aylık süreli sağlık kurulu raporu ile bu uzman hekimler tarafından reçete edilir." olarak yer almakta diğer yandan Sağlık Uygulama Tebliği Eki (Ek:4/D) "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde,

"2. Kanser (C00- C97) (D00--D48)" başlığı altında;

"2.2. Antineoplastik ilaçlar * (Sağlık Bakanlığı Endikasyon dışı Genelge ve Kılavuzuna uyulacaktır.)" olarak endikasyon uyumuna bakılacak ilaçlar arasında yer almaktadır.

Hali hazırda ilgili ilaçların KÜB/KT endikasyon bilgilerine bakıldığında,

"İlk tanısı Philadelphia kromozomu pozitif kronik miyeloid lösemi (KML) olan ancak tedavi ile Philadelphia kromozomu negatif hale gelen kronik/akselere/blastik faz kronik miyeloid lösemi hastalarında" ifadesinin ilaçların KÜB/KT yenilenmesi sırasında çıkarıldığı anlaşılmakla birlikte, bu kapsamda "imatinib" etkin maddeli ilaçların Sağlık Uygulama Tebliği Eki (Ek:4/D) "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde yer aldığı üzere (*) ibaresine istinaden KÜB/KT endikasyon bilgilerine bakılmakta olup bu doğrultuda işlem yapıldığı, Ph kromozomu pozitif olan ve endikasyonu dahilinde tedaviye başlayan hastaların tedaviye devam edebileceği, endikasyonu haricinde ise, Tebliğin "4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı" başlıklı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan,

"(4) Bir ilacın Ülkemizde onaylanmış endikasyonu ve Kısa Ürün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanımı, Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür..." hükmü gereği Sağlık Bakanlığımızdan endikasyon dışı ilaç kullanım onayı alınması gerektiği hususunda,

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Ecz. Ayfer KALABALIK
Genel Müdür a.
Daire Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: 17606C2E-DADE-4BD6-8F18-5DBE8E3FA60F

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/sgk-ebys>

Adres: Ziyabey Cad. No:6 Balgat Çankaya/Ankara
Telefon: 0 312 207 82 41

Bilgi için:Hacer YEĞİN
Eczacı

