

## TEBLİĞ

Maliye Bakanlığından:

**TEDAVİ YARDIMINA İLİŞKİN UYGULAMA TEBLİĞİ**  
**(SIRA NO: 11)**

25/6/2009 tarihli ve 5917 sayılı Bütçe Kanunlarında Yer Alan Bazı Hükümlerin İlgili Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelere Eklenmesi ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanununun 26 ncı maddesiyle 178 sayılı Maliye Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye eklenen geçici 8 inci maddeyle; kapsama dahil kişilerin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine (diş tedavileri dahil) ilişkin ücretlerle sağlık kurumlarınca verilen raporlar üzerine kullanılması gerekli görülen ortez, protez ve diğer iyileştirme araç bedellerinin kurumlarınca ödenecek kısmını ve bu konuya ilişkin usul ve esasları aynı maddede belirtilen temel ilkeler çerçevesinde ve Sağlık Bakanlığının görüşünü almak suretiyle tespit etmeye Maliye Bakanlığının yetkili olduğu hükme bağlanmıştır. Aynı maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde de kapsama dahil kişilerin sağlık hizmetlerini Maliye Bakanlığınca sözleşme yapılacak sağlık kurum ve kuruluşlarından almaları şeklinde bir temel ilkeye yer verilmiştir. Ayrıca, ortez, protez ve diğer iyileştirme araçlarının sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilemediği hallerde, ilgililerce temin edilerek ödenen bedellerden Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen kısmının ödenmesi de kanun hükmü altına alınmıştır.

Öte yandan, 178 sayılı Maliye Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesinin birinci fıkrasının (p) bendinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş olması neticesinde Maliye Bakanlığının bu konularda düzenleme yapma yetkisinin kalmadığı gerekçe gösterilerek, 23/10/2008 tarihli ve 27033 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan (6) Sıra No'lu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinin bazı maddeleri hakkında Danıştay İkinci Daire Başkanlığı tarafından yürütmenin durdurulmasına karar verilmiştir.

Buna göre, 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin geçici 8 inci maddesi ve ilgili diğer mevzuatın Bakanlığımıza vermiş olduğu yetki ve görevler çerçevesinde, uygulamada karşılaşılan tereddütlerin giderilmesi ve yargı organlarınca verilen kararlar sebebiyle ortaya çıkan hukuki boşlukların giderilmesi amacıyla, 23/10/2008 tarihli ve 27033 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan (6) Sıra No'lu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinin;

1- "Amaç, kapsam ve dayanak" başlıklı 1 inci maddesinin "Dayanak" başlıklı (3) numaralı bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Bu Tebliğ; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun mülga 209 uncu maddesi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun geçici 12 nci maddesi, 178 sayılı Maliye Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesinin birinci fıkrasının (r) bendi ve geçici 8 inci ve geçici 9 uncu maddeleri ile Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ve kapsama dahil kişilere tedavi yardımı sağlanmasına ilişkin ilgili diğer mevzuatları hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir."

2- "Hasta sevk işlemleri ve tanımlar" başlıklı 2 nci maddesinin "Hasta yollama (hasta sevk) kağıdına ilişkin işlemler" başlıklı (7) numaralı fıkrasının; (7) numaralı bendi yürürlükten kaldırılmış, (8) numaralı bendinin bent numarası (7) olarak, (9) numaralı bendinin bent numarası da (8) olarak değiştirilmiştir.

3- "Diş tedavileri" başlıklı 5 inci maddesinin "Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi" başlıklı (2) numaralı fıkrası ile 7/2/2009 tarihli ve 27134 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan (8) Sıra No'lu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinin 2 nci maddesi yürürlükten kaldırılmış ve 5 inci maddesinin "Resmî sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi" başlıklı (1) numaralı fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

"5.1.8. Diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest diş hekimliklerine sevk yapılmayacaktır. Diş tedavileri, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ve Tebliğ hükümleri çerçevesinde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlanacaktır."

4- "Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçetelenmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu" başlıklı 7 nci maddesinin (1) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

5- "Reçete ile sağlık raporu ve ilaç yazım ilkeleri" başlıklı 12 nci maddesinin "Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler" başlıklı (7) numaralı fıkrasının;

a) "Altın preparatları, biyolojik ajanlar, leflunomid ve subkutan/intramuskular metotretsat, Efalizumab, Romatoid artritte rituksimabkullanım ilkeleri" başlıklı (1) numaralı bendinin, (ç) alt bendinde yer alan; "Crohn hastalığında; diğer tedavilere cevap vermeyen fistülize vakalarda bu durumun ve daha önce almış olduğu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanması ve iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir." paragrafındaki, "gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekimlerinden" ifadesi,

“erişkin/çocuk gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden” şeklinde değiştirilmiş ve (ç) altbendinin sonuna aşağıdaki paragraf eklenmiştir.

“Ülseratif Kolit hastalığında infliksimab; 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, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzmanlar ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelendirilir.”

**b)** “Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri” başlıklı (2) numaralı bendinin (b) altbendinin ikinci paragrafı yürürlükten kaldırılmıştır.

**c)** “Büyüme hormonu kullanım esasları” başlıklı (6) numaralı bendinin başlığı, “Büyüme bozuklukları” şeklinde değiştirilmiş ve bu başlığın altına “12.7.6.1 Büyüme hormonu kullanım esasları” alt başlığı eklenmiş ve söz konusu bende aşağıdaki altbend ilave edilmiştir.

“12.7.6.2. Laron sendromu tanı kriterleri ve rhIGF-I (mecasermin) kullanım ilkeleri:

En az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.”

a- Başlama kriterleri:

Tedaviye başlanabilmesi için hastanın ilgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyüme hızı izlendikten sonra büyümeyi etkileyen sistemik bir hastalığı veya beslenme bozukluğu olmayan hastalarda;

1) Boy (-3) standart sapmanın altında, yıllık büyüme hızı yaş ve cinse göre 25 persentilin altında, serum IGF-I düzeyi < -2 SD, serum IGFBP-3 düzeyi < -1 SD, bazal veya uyarılmış büyüme hormonu düzeyi > 10 mcg/L, Somatomedin jenerasyon testinde büyüme hormonu uyarısına IGF-I artışının yetersiz olduğu durumlarda tedaviye başlanılır.

2) Başlangıç dozu 120 mcg/kg/gün'e kadar çıkılabilir.

3) Büyüme hormonu tedavisinin yerine kullanılmaz.

b- Devam kriterleri:

1) Tedavi alan hastalar en az 3 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olduğunun reçetede belirtilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy skalasına göre 25 persentile ulaşana kadar, tedavi ile yıllık büyüme hızının izlemde tedavi öncesi yıllık büyüme hızının 2 cm üstünde olan hastalarda yılda bir sağlık kurulu raporu yenilenerek tedavi devam ettirilir.

(2) Yenilenen raporlarda tedavi öncesi ve tedaviyle sağlanan büyüme hızı, ulaştığı boy skalası ve epifiz hatlarının durumu belirtilir.

c- Sonlandırma Kriterleri:

1. Epifiz hattı kapandığında veya

2. Yıllık büyüme hızı tedavi öncesi hıza göre + 2 cm'den düşük olduğunda veya

3. Boy uzunluğu kızlarda 155 ve erkeklerde 165 cm'e ulaştığında veya

4. Tedavi esnasında boy 25 persentile ulaştığında,

tedavi sonlandırılacaktır.”

**ç)** “Eritropoietin alfa-beta, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol kullanım ilkeleri” başlıklı (9) numaralı bendinin, “Parikalsitol kullanım ilkeleri” başlıklı (c) altbendinin (3) numaralı sırası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“İlgili koşulların söz konusu olduğu hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.”

**d)** “İnterferon kullanım ilkeleri” başlıklı (13) numaralı bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

#### **“12.7.13. Hepatit Tedavisi**

Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar çocuk veya erişkin gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

12.7.13.1. Kronik Hepatit B tedavisi

1) İlk tedaviye başlamak için; HBV DNA seviyesi: 10 000 (10<sup>4</sup>) kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalar, bu durumun belirtildiği rapor ve eki tetkik sonuçlarına (HBV DNA sonucu ve karaciğer biyopsi raporu) göre;

a. Erişkin hastalarda; karaciğer biyopsisinde HAI $\geq$ 9 veya fibrozis  $\geq$  2,

b. 2-17 yaş grubu hastalarda; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI $\geq$ 4 veya fibrozis  $\geq$  2,

olan hastaların tedavisine interferonlar, pegile interferonlar veya oral antiviraller ile başlanabilir.

2) Klasik interferonların toplam dozu haftada 30 milyon, ayda 120 milyon üniteyi geçemez.

3) İnterferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen ve HBV DNA  $\leq$ 10<sup>7</sup>

kopya/ml olan hastalarda kullanılabilir. İnterferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

4) Oral antiviral tedaviye HBV DNA  $\leq 107$  kopya/ml ise günde 100 mg lamivudin ile başlanır. Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA pozitif olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir. HBV DNA  $>107$  kopya/ml olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir.

a. HBeAg pozitif olan hastalarda oral antiviral tedavi sırasında HBeAg serokonversiyonundan (HBeAg negatif, anti-HBe pozitif ve HBV DNA negatif olduktan) sonra en fazla 12 ay daha oral antiviral tedavi kullanılabilir. Her yenilenen raporda hastaların tedavi başlangıcındaki ve güncel HBeAg ve HBV DNA durumları belirtilmeli ve belgelenmelidir.

b. HBeAg negatif olan hastalarda oral antiviraller, HbsAg pozitifliğini gösterir laboratuvar sonucu rapora eklenerek, HbsAg kayboluncaya kadar kullanılabilir.

5) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, HBV DNA ve HBeAg durumları belirtilir, ALT yüksekliği bulunması koşulu aranmadan, hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun başlama kriterlerini gösteren, teşhisin konulduğu raporun fotokopisinin yeni rapora eklenmesi veya başlama kriterlerine uygun olduğunu gösteren, teşhisin konulduğu raporda belirtilen HBV DNA ve ALT değerleri ile raporun tarih ve sayısının, yeni raporda açık olarak belirtilmesi yeterlidir.

6) Oral antiviral tedavi altındayken negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Ancak, lamivudin kullananlarda entekavir veya telbivudine geçilemez veya eklenemez, adefovir kullananlarda tenofovir eklenemez. Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

#### 12.7.13.2. Karaciğer sirozunda tedavi

Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanabilir. Karaciğer biyopsisi yapmak için kontrendikasyon bulunanlarda ve dekompanse sirozlarda biyopsi koşulu aranmaz. Tedavi süreleri Kronik Hepatit B'de olduğu gibidir.

12.7.13.3. İmmünsupresif 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 lamivudin kullanılabilir. İmmünsupresif, sitotoksik kemoterapi ve monoklonal antikor tedavisine ilişkin ilaç raporunun bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekir.

İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan Kronik Hepatit B hastalarında ise tedavi süreleri ve ilaç seçimi kronik hepatit tedavi prensiplerinde belirlendiği şekildedir.

12.7.13.4. HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-HBc(+) kişiden karaciğer alan hastalara; biyopsi, viral seroloji, ALT seviyesi ya da HBV DNA bakılmaksızın oral antiviral tedavi verilebilir.

#### 12.7.13.5. Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi

Delta ajanlı Kronik Hepatit B tanısı konmuş anti HDV(+) hastalarda interferon veya pegile interferonlar, Kronik Hepatit B'deki kullanım süre ve dozunda kullanılabilir. Bu hastalardan Kronik Hepatit B tedavi koşullarını taşıyanlarda tedaviye oral antiviral ilaçlardan biri eklenebilir. (anti HDV(+) ve HBV DNA sonucunu gösteren gösterir laboratuvar sonucu rapora eklenir.)

#### 12.7.13.6. Hepatit C Tedavisi

1) Akut Hepatit C tedavisi: Akut Hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç rapora eklenir) 24 hafta süreyle, Kronik C Hepatitinde kullanıldığı dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut C Hepatiti tedavisi için karaciğer biyopsisi ve 12 nci haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.

#### 2) Kronik Hepatit C tedavisi:

a. Anti HCV ve HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

b. Kronik Hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

c. Tedavi süresi: Genotip 1 ve 4 için 48 haftadır. Tedavi başladıktan sonra 12 nci hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. 16 ncı haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28 inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda yazılacak reçetelerine HCV RNA analiz raporunun fotokopisi eklenir.

Genotip 2 ve 3 hastalarda ribavirin dozu en fazla 800 mg olacak şekilde verilir. Bu hastalarda gerek interferonun gerekse ribavirinin tedavi süresi en fazla 24 haftadır. Genotip 2 ve 3 hastaların tedavisinde 12 hafta sonundaki HCV RNA azalması koşulu aranmaz.

d. Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi:

1. Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nci haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler.

2. İnterferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin veya tedavisine cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izleminde HCV RNA yeniden pozitifleşen) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere yeniden pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16 ncı haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12 ncı haftada HCV RNA (-) olmalıdır.

3. İnterferon veya pegileinterferon monoterapisi alan ve cevapsız olan hastalarda pegileinterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.

4. İnterferon + Ribavirin veya Pegile interferon+Ribavirin tedavisine cevap vermeyen 17 yaşının üzerindeki hastalarda yeniden pegileinterferon ve ribavirin tedavisi yapılamaz.

12.7.13.7. Viral Hepatit tedavisinde genel prensipler

1. Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre belirlenmiştir.

2. Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı < 80 000 veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya dekompanse karaciğer sirozunda) karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir.”

e) “Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı (14) numaralı bendinin (c) altbendinin, c-2 numaralı sırasında geçen “vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla tedavinin 8 inci günü oral formları maksimum 120 mg/21 gün dozda kullanılır.” ifadesi, “vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla kullanılır.” şeklinde; 3-d sırasının “Dasatinib” başlıklı kısmında geçen, “günlük 100 mg” ibaresi, “günlük 140 mg” şeklinde değiştirilmiş ve c-3-d sırasının “Azasitidin:” başlıklı kısmının sonuna cümleler ilave edilmiştir;

“Azasitidini 6 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50 den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5 in üstünde kalan) hastalarda 3 ay daha devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.”

f) “Kanser ilaçları verilme ilkeleri” başlıklı (14) numaralı bendinin (c) altbendinin; c-3-d sırasının “Lapatinip” başlıklı kısmına, “Lapatinib + kapesitabin kullanılıyor iken progresyon gelişen hastalarda tedavinin sonraki basamaklarında lapatinib ödenmez.” şeklindeki cümleden sonra gelmek üzere; “Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tüm hastanelerde bu hekimin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunmadığı 3 üncü basamak sağlık kurumlarında ise genel cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile ve yine 3 üncü basamak sağlık tesislerinde genel cerrahi uzman hekimince reçete edilir.” cümleleri eklenmiştir.

g) “Osteoporozda ilaç kullanım ilkeleri” başlıklı (17) numaralı bendinin (1) numaralı altbendinin; “Senil, postmenapozal ve cerrahi menapozla bağlı osteopenide (T-skorunun -1 ile -2,5 arasında olması)” başlıklı (B) sırasının başlığı, “B. Diğer nedenlere bağlı osteopeni/osteoporozda (T-skorunun < -1 olması)” şeklinde değiştirilmiştir.

ğ) “Palivizumab kullanım ilkeleri” başlıklı (20) numaralı bendinin birinci paragrafına; “Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatın” ifadesinden sonra gelmek üzere “; çocuk kardiyojoloji,” ibaresi eklenmiştir.

h) “Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri” başlıklı (25) numaralı bendinin “Epilepside:” başlıklı (a) altbendinde parantez içinde yer alan “pregabalin” ifadesi yürürlükten kaldırılmış ve aynı altbende aşağıdaki paragraf eklenmiştir.

“Pregabalin ve zonisamit, nöroloji uzmanı tarafından çıkarılacak rapor ile tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.”

ı) “Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri” başlıklı (28) numaralı bendinin (C) altbendinde yer alan, “LDL veya trigliserid düzeyi 100 mg/dl’nin altına düştükten sonra reçete edildiğinde bedeli ödenmez.” ifadesi; “LDL düzeyi 100 mg/dl’nin altına veya trigliserid düzeyi 200 mg/dl’nin altına düştükten sonra reçete edildiğinde bedeli ödenmez.” şeklinde değiştirilmiştir.

i) “Makula Dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri;” başlıklı (33) numaralı bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Pegaptanib Sodyum, Ranibizumab ve Vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; 3 üncü basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim rapora eklenerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenecek uygulanır. Ömür boyu; Pegaptanib Sodyum her bir göz için en fazla 7 enjeksiyon, Ranibizumab her bir göz için en fazla 3 enjeksiyon uygulanabilir.”

j) Sonuna aşağıdaki altbend ilave edilmiştir.

**“12.7.34. Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-I kullanım ilkeleri**

Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-I ilaç bedellerinin kurumlarca ödenebilmesi için;

a) Disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0–5,5 arasında olması ve

b) Olguların remitting-relapsing türü olması,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.

6- 20 nci maddesinin;

a) “Organ ve protezlerin temini” başlıklı (3) numaralı fıkrasının onuncu paragrafı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Vücut organ protezlerinin kullanım süreleri; meme protezi için iki, vücut dışında kullanılan diğer vücut organ protezleri için beş yıldır. Bu süreler tamamlanmaksızın söz konusu tıbbi malzemeler yenilenmez. Ancak, büyüme ve gelişme çağındaki çocuklar için kullanılması gerekli görülen miadlı tıbbi malzemeler, çocuğun büyüme ve gelişmesi sebebiyle kullanılmadığının ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi durumunda, Tebliğin ilgili hükümlerine uyulması kaydıyla süresinden önce yenilenir.”

b) “Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları” başlıklı (4) numaralı fıkrasının “Kolostomi, ürostomi torbası” başlıklı (3) numaralı bendinin ikinci paragrafı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilmek üzere, kolostomi ve ürostomide iki aylık doz olarak en fazla 60 torba, 20 adaptör ve 2 pastanın; ileostomide ise iki aylık doz olarak en fazla 90 torba, 30 adaptör ve 3 pastanın bedeli kurumca karşılanır. Bir defada iki aydan daha uzun süreli reçete düzenlenemez.”

c) “Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları” başlıklı (4) numaralı fıkrasının “İşitmeye yardımcı implantlar/kulakla ilgili implantlar” başlıklı (18) numaralı bendinin, “Koklear implantlar (Kİ):” başlıklı (1) numaralı altbendinde geçen;

1- “20 yıl” ibaresi, “10 yıl” şeklinde,

2- “Kİ sağlık kurulu raporu aynı resmi sağlık kurumunda çalışan üç kulak burun boğaz uzman hekimi ve iki uzman odyologdan oluşan bir ekip tarafından düzenlenir.” cümlesi, “Kİ sağlık kurulu raporu aynı resmi sağlık kurumunda çalışan üç kulak burun boğaz uzman hekimi ve iki uzman odyologdan (iki uzman odyolog bulunmayan resmi sağlık kurumlarında ise 1/1/2010 tarihine kadar bir odyolog veya uzman odyolog) oluşan bir ekip tarafından düzenlenir.” şeklinde,

3- “Eğitimsel, psikolojik değerlendirmeler ve uygunluğu ekipte yer alan eğitim odyoloğu ve psikolog tarafından yapılmalı ve Kİ kurul raporunda belirtilmelidir.” cümlesi, “Eğitimsel, psikolojik değerlendirmeler ve uygunluğu ekipte yer alan eğitim odyoloğu (bulunmayan kurumlarda işitme engelliler alanında deneyimli özel eğitimci veya psikolog) ve psikolog tarafından yapılmalı ve Kİ kurul raporunda belirtilmelidir. şeklinde,

4- “Kİ uygulaması sonrasındaki eğitimin takibi; cerrahi tedavi yapılan sağlık kurumunca; eğitim odyoloğu ve yer belirtilerek en az 5 yıllık süreyi içeren bir taahhütname ile belgelenmelidir.” cümlesi, “Kİ uygulaması sonrasındaki eğitimin takibi; cerrahi tedavi yapılan sağlık kurumunca; eğitim odyoloğu (bulunmayan kurumlarda işitme engelliler alanında deneyimli özel eğitimci veya psikolog) ve yer belirtilerek en az 5 yıllık süreyi içeren bir taahhütname ile belgelenmelidir.” şeklinde,

değiştirilmiştir.

7- Bu Tebliğin;

a) 5 inci maddesinin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (d), (e), (h), (i) ve (j) bentleri 17/7/2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.