

TEBLİĞ

Maliye Bakanlığından:

TEDAVİ YARDIMINA İLİŞKİN UYGULAMA TEBLİĞİ
(SIRA NO: 4)

Bilindiği üzere, (6) sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Bundan sonra Tebliğ olarak ifade edilecektir.) 23/10/2008 tarihli ve 27033 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

Söz konusu Tebliğe aşağıda belirtilen değişiklik ve düzenlemelerin yapılması gerekli görülmüştür.

1. Tebliğin 2.3.2 nci maddesinin son fıkrası “Günübirlik tedavilerde Tebliğ eki EK-8 sayılı listede yer alan refakatçi ücreti ödenmez.” şeklinde değiştirilmiştir.

2. Tebliğin 2.4 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.4. Sevk işlemleri

2.4.1 Sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat işlemleri

Memurlar varsa kurum tabibine gönderilecek, kurum tabibinin gerekli görmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumuna sevk edilecektir. Kurum tabibi bulunmadığı takdirde memurlar belediye sınırları ve mücavir alan içinde bulunan birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum veya kuruluşuna doğrudan başvurabilirler. Kurum hekimliği veya diğer birinci basamak sağlık kuruluşundan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılacak sevk işlemlerinde hastane ve hekim adı belirtilmez.

Memurun bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri, kurum hekimliğine veya belediye sınırları ve mücavir alan içerisindeki birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan veya sevkli olarak başvurabilirler.

Tıbbi gereklilik halleri dışında muayene ve tedavi işlemlerinin yukarıda belirtilen esaslar çerçevesinde öncelikle belediye sınırları ve mücavir alan içinde tamamlanması esastır. Bunun mümkün olmaması halinde, Yönetmelikteki genel esaslar geçerli olmak üzere, memuriyet mahalli dışına yapılacak sevk işleminin, bulunulan yerdeki ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarınca hastanın sevk edileceği ilçe veya ilin ismi belirtilerek, tedavinin sağlanabileceği en yakın yerdeki ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumuna yapılması gerekmektedir.

Bulunulan yer dışında sürekli olarak tedavisi gereken ve hastane tarafından kontrol amacıyla çağrılan hastalar, bu durumun sevk evrakı üzerinde veya ayrı bir raporla belgelendirilmesi ve kontrole çağırılmasına esas olan ilk sevk işleminin usule uygun olması kaydıyla, kurum hekimlikleri tarafından veya kurum hekimliği bulunmadığı takdirde diğer birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sevk edilebilirler.

Aynı sevk kâğıdı ile bir sağlık kurumuna müracaat edenlerin ilk muayenesini müteakip yeni bir sevk kâğıdına gerek kalmaksızın değişik bölümlerde aynı sevk kâğıdı ile muayene, tetkik, tahlil ve tedavi olmaları mümkün bulunmaktadır. Bunun için yeterli sayıda nüsha içeren hasta sevk kâğıdının düzenlenmesi ve sağlık kurumlarınca tüm nüshaların ilk nüsha gibi değerlendirilerek işlem yapılması esastır. Sonraki muayeneler konsültasyon olarak kabul edilir.

Sağlık kurumlarında yatırılarak tedavi altına alınan hastalar için üniversite veya eğitim hastanelerinden ilgili dal uzmanı çağırılmak suretiyle konsültasyon hizmeti alınması durumunda, ikinci bir sevk işlemine gerek kalmaksızın, konsültasyon ücreti konsültan hekimce düzenlenen epikrizle dayalı olarak tahakkuk ettirilecek faturaya istinaden hastayı yatıran sağlık kurumu tarafından konsültan hizmeti veren sağlık kurumunun döner sermayesine aktarılır.

Sağlık kurumlarında yatırılarak tedavi altına alınan hastaların yapılamayan tetkik ve tahlilleri için diğer sağlık kurumlarına sevkinin gerektiği durumlarda, ikinci bir sevk işlemine gerek kalmaksızın yapılan tetkik bedeli, hastayı sevk eden sağlık kurumu tarafından tetkiki yapan kurumun döner sermayesine aktarılır.

Ayakta tedavi gören hastalara ait sevk evrakının hastalara verilen suretlerine (tek hekim tarafından verilen istirahat raporlarına ilişkin sevk evrakı hariç) muayene ve tedavi işlemlerinin tamamlanması sonrasında, kurum başhekiminin onayı ve mühür tasdik işlemi yapılmayacaktır.

Sevk işlemleri, şehir içi sevklerde 3 (üç) işgünü, şehir dışı sevklerde 5 (beş) işgünü geçerlidir.

2.4.2 Aile hekimliğine geçilen illerde sevk işlemleri

24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen iller arasından Bakanlık tarafından belirlenecek illerde, 1/7/2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına (ana çocuk sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, kurum hekimlikleri, üniversitelerin medikososyal birimleri) müracaat edilmesi zorunludur. Sevk zinciri uygulamasına geçilen iller ile bu illerde sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat işlemlerinin usul ve esasları Bakanlık tarafından tespit edilir.”

3. Tebliğe 2.5 inci maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde ilave edilmiştir.

“2.5.1. Hava ambulans ücretleri

Hava ambulans ücretleri sadece Tebliğin “Organ ve doku nakli tedavileri” başlıklı (8) numaralı maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/dokunun naklin yapılacağı sağlık kurumuna, hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulans bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde hava ambulans aracının ambulans görevi maksadıyla ilk kule teması “ambulans görevi” ifadesi ile temas kurulmuş olması, hava aracının uçuşu ve teknik kayıtlarının (motor çalıştırma motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir. Ruhsatlandırılmış hava ve deniz ambulansları için belirlenen ücretler azami ücretler olup ücretlere tıbbi müdahale bakım ücretleri dâhildir.

a) Uçak ambulans ücretleri;

(1) Turbo prob motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.000,00 (ikibin) TL,

(2) Jet motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 3.500,00 (üçbinbeşyüz) TL, yurt dışı uçuşlar için 4.000,00 (dörtbin) TL,

b) Helikopter ambulans ücretleri;

(1) Tek motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 1.500,00 (binbeşyüz) TL,

(2) Çift motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.750,00 (ikibinyediyüzelli) TL,

4. Tebliğin 11 inci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kaplıca tedavileri için gerekli sağlık kurulu raporları” ibaresi “kaplıca tedavileri için gerekli resmi sağlık kurulu raporları” olarak değiştirilmiştir.

5. Tebliğin 12.1.1 inci maddesinin ikinci fıkrasına “Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla yazılan ilaçlar için ayrıca teşhis aranmayacaktır.” ibaresi eklenmiştir.

6. Tebliğin 12.2 nci maddesinin birinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Ayakta tedavilerde, 12.3 üncü maddede belirtilen durumlar dışında, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç yazılır ve her kalem ilaçtan bir kutunun (ilaçların parenteral ve topikal formları ile 12.5 inci maddede belirtilen durumlar hariç) bedeli ödenir. Parenteral formlar ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilecektir. Majistraller en fazla 10 günlük tedavi dozunda reçetelendirilebilecek olup, bu durum ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilecektir.”

“Antiinflamatuvar ve antiromatizmal grubu ilaçların solid-oral formlarında büyük ambalaj kapsamına giren ilaçlar, ayaktan tedavide tek uzman hekim tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak reçete edildiklerinde, en küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edildiklerinde bedelleri ödenir. Bunların dışında kalan ilaçlarda, aynı dozda bir veya birden fazla formu olan ilaçların/eşdeğer ilaçların 30 günlük tedavi dozunu geçen ambalaj formları için sağlık raporu düzenlenmesi zorunludur.”

7. Tebliğin 12.7.1 inci maddesinin (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Leflunomid kullanım ilkeleri: Sadece romatoid artrit veya psoriatik artritli (Bu endikasyonda sadece leflunomid 20-100 mg) hastaların tedavisinde diğer hastalık modifiye edici ilaçlardan sulfasalazin veya methotrexat ile kontrol altına alınamayan veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu iç hastalıkları, romatoloji, immunoloji ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporunda belirtilmek şartı ile bu uzman hekimler tarafından reçetelenmesi halinde bedeli ödenir. Raporda ilaç kullanım dozu ve kullanım süresi belirtilecektir.”

8. Tebliğin 12.7.2 nci maddesinin (b) bendinin birinci fıkrasında yer alan “zotepine, sertindol” ibaresinden sonra gelmek üzere “paliperidon” ibaresi ilave edilmiştir.

9. Tebliğin 12.7.3 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Enjektabl allerji aşı endikasyonları;

İnhalen alerjen duyarlılığı olduğu cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmiş, en fazla 2 farklı grup inhalen allerjene karşı duyarlılığı olan, en az 3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ile hastalığın kontrol altına alınmadığının raporda belirtilmesi kaydı ile;

1) Allerjik bronş astımı,

2) Allerjik rinit,

3) Allerjik konjoktivit,

durumlarında, bu durumların allerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, tedavi protokolünü gösterir resmi sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedelleri karşılanır. İlk reçetelendirme allerji veya klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından yapılacaktır.

Sağlık kurulu raporuna istinaden tedavinin devamı niteliğindeki diğer reçetelendirmeler bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekim tarafından yapılabilecektir.

Allerji aşlarının oral formları ödenmez.

Arı venom allerjisi; Arı venom aşıları, allerji, klinik immunoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilmeleri halinde bedeli ödenir.

Aşı tedavileri, arı venom allerjisi hariç 5 yılı geçemez. Bu amaçla yukarıda tanımlanan raporlarda tedaviye başlama tarihi yazılacaktır.

Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.”

10. Tebliğin 12.7.9 uncu maddesinin (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri;

Eritropoietin ve darbepoietin preparatları sadece kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi ve myelodisplastik sendrom endikasyonlarında aşağıda belirtilen koşullarda karşılanacak olup, diğer endikasyonlarda karşılanmaz.

1. Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda;

Eritropoietin alfa-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 hemoglobin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasındadır. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'ye ulaşıncaya 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 alınacak 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. Bu değerlere 3 ayda bir bakılır ve

tetkik sonuç belgesi reçeteye eklenir. Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz sertifikalı uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz merkezinde görevli diyaliz sertifikalı tüm hekimlerce yazılabilir.

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 için ise tedaviye başlangıç dozu 50-150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25-75 IU/kg/haftadır.

2. Myelodisplastik sendrom endikasyonunda;

Hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesi her reçeteye eklenir.

Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

3. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler.

Eritropoietin ve darbepoetinlerin ilgili uzman hekim raporlarında ilacın kullanım dozu ve süresi belirtilir. Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilir.”

11. Tebliğin 12.7.9 uncu maddesinin (b) bendine aşağıdaki fıkra ilave edilmiştir.

“Fosfor düzeyinin 3.5mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.”

12. Tebliğin 12.7.14 üncü maddesinin (A) bendinin (4) numaralı alt bendine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Stabil HIV ve naïv HCV ko-enfeksiyonlarında daha önce tedavi almış (peginterferon, interferon monoterapisi veya ribavirin ile kombine tedavi) ve başarısız olmuş hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere pegile interferon alfa 2 b ve ribavirin tekrar kullanılır.”

13. Tebliğin 12.7.14 üncü maddesinin (c) bendinin (3/a) numaralı alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Tıbbi onkoloji veya çocuk onkolojisi uzman hekimlerinin bulunduğu tüm hastanelerde, bu hekimlerden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenerek bu hekimlerce reçete edilir. Bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise, hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce sağlık kurulu raporu düzenlenir ve yine üçüncü basamak sağlık tesislerinde bu hekimlerce reçete edilir.

Bevacizumab, erlotinib, gefinitib, octreotid, lanreotid, setuksimab.”

14. Tebliğin 12.7.14 üncü maddesinin (c) bendinin (3/d) numaralı alt bendine birinci fıkra olarak aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Trastuzumab; Metastik meme kanseri tedavisinde HER- 2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH (+) olan hastalarda progresyona kadar kullanılabilir. Hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. 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.basamak sağlık kurumlarında ise genel cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile ve yine 3. basamak sağlık tesislerinde genel cerrahi uzman hekimince reçete edilir.”

15. Tebliğin 12.7.14 üncü maddesinin (c) bendinin (3/d) numaralı alt bendinde “Rituksimab.” başlıklı fıkrasında yer alan “uzman hekim raporuna istinaden” ibaresinden sonra gelmek üzere “yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde” ibaresi eklenmiştir.

16. Tebliğin 12.7.15 numaralı maddesinin (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“b) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmeyen miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra bir defaya mahsus olmak ve 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”

17. Tebliğin 12.7.17 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“12.7.17. Osteoporozda ilaç kullanım ilkeleri

1- Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat) yalnızca aşağıdaki endikasyonlarda ve aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği reçeteye eklenir. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

Aktif D vitaminleri (kalsitriol ve alfa-kalsidol) osteoporoz tedavisinde ödenmez. (Ek-2 listesindeki düzenlemeler hariç)

A. Senil osteoporoz, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağlı osteoporozda:

1) Osteoporotik patolojik kırık bulunan ve lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde L1, L2, L3, L4 veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olduğu hastalarda,

2) Lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan KMY ölçümünde L1, L2, L3, L4 veya femoral bölgeden yapılan femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olduğu hastalarda, uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

B. Senil, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağlı osteopenide (T-skorunun -1 ile -2.5 arasında olması)

Aşağıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçlarının (raloksifen, stronsiyum ranelat) kullanımında raporda tedavi süresi belirtilir, omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği ile belirlenen hastalıklara ait raporun bir örneği reçeteye eklenir.

Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn hastalığı veya ülseratif kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nevroza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı veya organ nakli uygulanmış hastalara sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

C. Sudek atrofisinde:

Altı ay boyunca uygulanan standart tedavilere (analjezik, fizyoterapi) rağmen yeterli cevap alınmadığının ve lokal kırığın raporda belirtilmesi halinde uzman hekim raporuna dayanılarak reçete edilir.

Yukarıda belirtilen durumlar için düzenlenen raporların süresi 1 (bir) yıldır. Osteoporozda ilaç tedavisi son 6 ay içinde yapılan KMY ölçümüyle planlanır. Ölçüm en erken 1 yıl sonra tekrar edilebilir ve yılda bir defadan daha sık yapılamaz. 75 yaş ve üzerindeki hastalarda KMY ölçümüne gerek yoktur. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada diğer kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebradan yapılabilir.

2- Paget, uzun süreli kortikosteroid kullanımına bağlı osteoporoz ve juvenil osteoporoz:

Uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.”

18. Tebliğin 12.7.23 üncü maddesinin başlığında yer alan “infüzyon” ibaresinden sonra gelmek üzere parantez içerisine “ve solüsyon” ibaresi ilave edilmiş, bu maddeye üçüncü fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“Itrakonazol Solüsyon; HIV pozitif veya bağışıklığı bozulan hastalardaki flukonazole dirençli özofajiyal kandidozun tedavisinde, hematolojik malignitesi olan veya allojenik kemik iliği transplantasyonu yapılan ve nötropeni gelişmiş (<500 hücre/ml) hastalardaki derin fungal (mantar) enfeksiyonların profilaksisinde (nötrofil sayısının 500 ün üzerine çıkması durumunda tedavi süresi en fazla 7 gün olacaktır),

erişkin veya çocuk hematoloji, erişkin veya çocuk onkoloji, erişkin veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca reçete edilmek kaydı ile kullanılabilir.”

19. Tebliğin 12.7.27 numaralı maddesinin (A) bendinin; birinci fıkrasının birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, son fıkrasında “inhibitör düzeyini belirten” ibaresinin önünde yer alan “varsa” ibaresi madde metninden çıkarılmıştır.

“Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından;”

20. Tebliğin 12.7.28 numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

1. Birinci cümlesi “Aşağıda belirtilen hastalıklardan birini gösteren sağlık raporuna istinaden;” şeklinde değiştirilmiştir.

2. (B) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“B-Sağlık raporu iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenir ve rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. İlk sağlık raporuna son 6 ayda yapılmış, kan lipid düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren tetkik eklenir veya bu tetkik sonuçları raporda belirtilir. 01x01 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”

3. (D) bendinde yer alan “Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.” ibaresi, (12.7.28) numaralı maddenin son fıkrası olacak şekilde düzenlenmiştir.

21. Tebliğin 12.7 numaralı maddesine (12.7.33) numaralı madde olarak aşağıdaki madde ilave edilmiştir.

“12.7.33. Makula dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri;

Pegaptanib sodyum, ranibizumab ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; 3. 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. Pegaptanib sodyum 6 haftada bir yılda en fazla 9 enjeksiyon, ranibizumab etken maddeli ilaçlar da yılda en fazla 6 enjeksiyon uygulanabilir.”

22. Tebliğin 12.8 inci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“12.8. Güvenlik ve endikasyon formu ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar

Sağlık Bakanlığının (İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü) bilimsel komisyonları tarafından herhangi bir ilaçla ilgili “Güvenlik ve Endikasyon Formu” geliştirilmiş ise ilgili ilacın geri ödenmesi için söz konusu formun doldurulması ve gereken imzaların tamamlanması ve bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekmektedir.

Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları ve varsa rapor süreleri konusunda Sağlık Bakanlığınca belirlenen kurallara uyulacaktır.”

23. Tebliğin 17.5.1 inci maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiğine dair rapor düzenlenmeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri Tebliğ eki EK-8 sayılı listenin “704.210” işlem kodundan faturalandırılır.”

24. Tebliğin 17.7 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Ayaktan fizik tedaviler ile ayaktan/yatarak tedavilerde uygulanan rehabilitasyon işlemleri için gerekli uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince düzenlenecektir. Raporda tanı ve uygulanacak seans sayısı yer alacaktır.

Rehabilitasyon işlemleri ile ayaktan fizik tedavi uygulamaları Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.”

25. Tebliğe 17.7.2 nci maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde ilave edilmiştir.

“17.7.3. Ekstrakorporal şok dalgası (ESWT) tedavisi

ESWT tedavisi için gereken uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ile spor hekimlerinden biri tarafından düzenlenecektir.

ESWT tedavisi, sadece epin calcanei, plantar fasiit, epikondilit ve kalsifik tendinit tanılarında uygulanması halinde bedelleri kurumlarca karşılanır.

ESWT tedavisi Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan fiyat esas alınarak ödenir. Bir hasta için bir yıl içinde farklı vücut bölgelerinden olmak şartıyla iki kez, aynı bölgeden bir kez olmak üzere uygulanan ESWT işlemlerine ait bedeller kurumlarca karşılanır.

ESWT işlemi diğer fizik tedavi işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.”

26. Tebliğe 17.9 uncu maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde ilave edilmiştir.

“17.10. Yoğun bakım tedavisi

Resmi ve özel sağlık kurumları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri v.b. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.

Yoğun bakım tedavileri Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan ücretler üzerinden faturalandırılır. Ayrıca faturalandırmada aşağıdaki hususlar da dikkate alınacaktır.

1) “Trombosit süspansiyonu” ve “aferez trombosit” bedelleri yoğun bakım hizmetleri paket fiyatlarına dahil olmayıp ayrıca fatura edilebilecektir.

2) Yoğun bakımda tedavi gören hastaya Tebliğ eki EK-8 sayılı veya EK-9 sayılı listelerde yer alan işlemlerden A, B, C grubu cerrahi işlemlerin yapılması halinde, Tebliğ eki EK-8 sayılı liste üzerinden işlem bedelleri ile bu işlemler ile ilgili olarak kullanılan faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılacaktır. Tebliğ eki EK-8 sayılı ve EK-9 sayılı listede yer alan işlemlerden D ve E grubu işlemler ise yoğun bakım hizmetleri paket ücretlerine dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

3) Tebliğ eki EK-8 sayılı ve/veya EK-9 sayılı listeler kapsamında cerrahi işlem yapılan hastaya işlem sonrası yoğun bakım tedavisi gerekmesi durumunda yoğun bakım hizmetleri, Tebliğ eki EK-9 sayılı listede yer alan ücretler üzerinden faturalandırılacaktır. Bu durumda yapılan cerrahi işlem bedeli Tebliğ eki EK-8 sayılı liste üzerinden, bu işlem ile ilgili olarak kullanılan faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılacaktır.

4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan hemofiltrasyon, hemodiyaliz, plazmaferez tedavileri, Tebliğ eki EK-8 sayılı liste üzerinden ayrıca faturalandırılacaktır.

5) Aynı sağlık kurumunda aynı gün birden fazla basamakta yoğun bakım tedavisi gören hasta için bir yoğun bakım ücreti faturalandırılabilir. Hastanın genel durumu itibarıyla bulunduğu basamaktan farklı bir basamağa geçmesi durumunda, gelişmeler epikrizde belirtilmelidir. Haftanın ilk günlerinde basamak değişikliği olması halinde basamak değişikliğinin olduğu gün için geçilen basamağın birinci gün ücreti ödenir. Haftanın birinci günleri dışındaki günlerde basamak değişikliği olması halinde basamak değişikliğinin olduğu gün için birinci gün ücreti değil, geçilen basamağın diğer gün ücreti ödenir.

6) Birinci, sekizinci, onbeşinci vb. gün uygulamaları hastanın yatış günleri esas alınarak uygulanacak olup, hasta; birinci, sekizinci, onbeşinci vb. günlerde hangi klinik basamakta ise bu maddenin (5) numaralı madde hükmü göz önünde bulundurularak ilgili basamağın ilk gün ücreti üzerinden faturalandırılacaktır.

7) Yoğun bakımda üç günden (üçüncü gün dahil) daha kısa süre yatan hastalar için haftanın ilk günü dâhil tüm günler “diğer günler” üzerinden ücretlendirilir. Ancak üç günden kısa yatışlar, hastanın ölümü nedeniyle oluşmuşsa ilk gün için “ilk gün” ücreti ödenir.”

27. Tebliğin 20.1 inci maddesinin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Özel sağlık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzemeler; Tebliğ eki listelerde yer alması halinde bu listelerde yer alan birim fiyatlar üzerinden; Tebliğ eki listelerde yer almaması halinde varsa Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tespit edilen birim fiyatlar üzerinden, yoksa KDV dâhil alış fiyatı üzerinden fatura edilir.”

28. Tebliğin 20.3 üncü maddesinin altıncı fıkrasına birinci cümlesinden önce gelmek üzere “Hastanın ayakta tedavisine veya evde tedavisine bağlı olarak sağlık kurulu raporu ile kullanılması gerekli görülen ve Tebliğ eki tıbbi malzeme listelerinde birim fiyatları yer alan protez, ortez, tıbbi malzeme ve cihazların bedeli bu fiyatlar üzerinden,” ibaresi ile aynı maddeye aşağıdaki fıkra ilave edilmiştir.

“3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında terörle mücadelede görev veren veya bu görevi ifa eden adlı, istihbarî, idarî ve askerî görevliler ile kolluk görevlilerinden, görevin icrası sırasında veya görevin icrasından dolayı bir uzvunu veya duyusunu tamamen veya kısmen kaybedenlerin bu uzuv ve duyularla ilgili ihtiyaçlarını karşılayacak her türlü ortez, protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelinin tamamı kurumlarınca ödenir.”

29. Tebliğin 20.3 üncü maddesine onuncu fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“Mücbir sebeplere (yangın, doğal afet) bağlı olarak protez-ortezlerin kullanılmayacağına belgelendirilmesi halinde, süreye bakılmaksızın yenilenir.

Hastanelerce demirbaş olarak kullanılan malzemelerin ve bunlara ait sarf malzemelerinin bedelleri kurumlarca karşılanmaz.

İnterspinoz implantlar, viskosüplemantasyon ürünleri, sacral sinir stimilatörü (aksesuarları dahil) ve inflow kateter bedelleri ödenmez.”

30. Tebliğin 20.4.1 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Bilateral üst ekstremité ampute hastalar veya tek taraflı üst ekstremité amputasyonu ile birlikte karşı ekstremitéyi kullanamayacak hastalar için önerilen myoelektronik kontrollü kol protezlerine yönelik sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

Sağlık kurulu raporunda; hastanın myoelektronik kontrollü kol protezi kullanımına ilişkin eğitim aldığı ve kullanabileceğinin yanında ayrıntılı değerlendirmeleri içeren ilgili uzman hekimlerin görüşünün yer alması zorunlu olup söz konusu raporların Sağlık Bakanlığına

bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince veya TSK Ankara Rehabilitasyon merkezince onaylanması gerekmektedir.

Myoelektronik kontrollü kol protezlerinin yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce temin edilen myoelektronik kontrollü kol protezlerinin bedeli ödenmez.

Tek taraflı dominant üst ekstremitte amputasyonu olanlara 2 kanallı myoelektronik kontrollü kol protezi ödenir.

EMG ile tespiti yapılmış yeterli aksiyon potansiyeline sahip olmalıdır.

Myoelektronik kontrollü kol protezi temin edildikten sonra hasta tarafından, yüksek gerilim altında ve manyetik alanlarda çalışmayacağını belgelemesi veya taahhüt etmesi gerekmektedir.”

31. Tebliğin 20.4.4 üncü maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkranın bir numaralı bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide;

Takip ve tedaviyi yapan branş uzman hekimi ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

b) Ayaktan tedavide;

Resmi sağlık kurum/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

sağlık kurullarınca düzenlenecektir.”

b) Birinci fıkranın beş numaralı bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“5) Ayaktan tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ile plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.”

c) Birinci fıkranın altı numaralı bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“6) Tek reçetede en fazla 15 (onbeş) günlük miktar yazılabilir. Reçete düzenlenirken Tebliğ eki EK-5/D sayılı listede belirtilen kriterler kapsamındaki miktarların bedeli kurumlarca karşılanır.”

e) Birinci fıkranın sekiz numaralı bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“8) Ayaktan tedavide, sadece hydrocolloid, köpüklü ve hidrofiber içeren yara bakım ürünleri, Tebliğ eki Ek-5/A sayılı listede belirtilen bedeller doğrultusunda karşılanır.”

32. Tebliğin 20.4.11 inci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya sakatlığının yanında,

- El, ön kol ve kolun tek taraflı fonksiyonuna mani olan haller veya,
- Kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları veya,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları

gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi ya da hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığının tehlikeye gireceği durumlarda, bu durumlarının ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden birinin ve kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları varsa ayrıca kardiyooloji uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa dahiliye uzmanı; kronik obstrüktif akciğer hastalıkları varsa ayrıca göğüs hastalıkları uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa dahiliye uzmanının yer aldığı;

•Mental fonksiyonlar yönünden akülü tekerlekli sandalye kullanıp kullanamayacağı hususunun ayrıca belirtildiği; sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuyla tevsik edilmesi koşuluyla, akülü tekerlekli sandalye bedelleri kurumlarca ödenir. 12 yaş altı hastalarda yukarıdaki şartlar sağlansa bile akülü tekerlekli sandalye bedelleri ödenmez.”

33. Tebliğe 20.4.12 nci maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki maddeler ilave edilmiştir.

“20.4.13. Sentetik greftler, kemik allogreftleri

20.4.13.1. Kemik yapımını uyaran materyaller (DBM, DBM içeren “putty” “crunch”, jel)

- a) Osteojenik aktivitenin istendiği atrofik nonunion, pseudoartroz olgularında,
- b) Kemik oluşumunu artırmada (avasküler nekroz, kemik tümörleri v.b.),
- c) Tümoral hastalıklarda (iyi veya kötü huylu) oluşan defektlerin giderilmesinde,
- d) Revizyon cerrahisinde (vertebral enstrümantasyon ve artroplastik revizyonu),
- e) Patolojik kırıklarda oluşan metafizial defektlerde osteokondüktif amaçlı, kullanılması halinde bedelleri ödenir.

20.4.13.2. Kemik yerine geçen materyaller (liyofilize edilmiş “strut greft, kortikal ve spongios kemik içeren yongalar, küpler)

- a) Fazla miktarda greftin gerektiği defektli ve çok parçalı kırıklarda,
- b) Ototreft donör alımında morbidite bulunma riski olan hastalar,
- c) Daha önce otogreft uygulanmış ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,
- d) Tibia plato kırıkları, calcaneus kırıkları gibi yüksek enerji ile oluşan kırıkların cerrahi tedavisinde,
- e) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,
- f) Üç veya daha fazla seviye implant uygulanması gereken omurga cerrahisinde, kullanılması halinde bedelleri ödenir.

20.4.13.3. Genel hükümler

Spinal stabilizasyon operasyonlarında her seviye için en fazla 10cc spongios allogreft ödenir.

Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle vertebrektomi boşluğuna titanyum yada çelik kafes yerleştirilmesi sırasında kafesin içinin otogreft ile doldurulması halinde bedelleri ödenir.

Servikal füzyon ameliyatlarında tıbben gerekli olduğu durumlarda, disk mesafesinde kafes içine en fazla 1 cc DBM içerikli allogreft ödenir.

Kemik greftlerinin birden fazla formunun birlikte kullanımı (allogreftlerin kombine kullanımı) halinde bedelleri ödenmez.

Hidroksi apatit kristalleri mercan kaynaklı, tricalcium fosfat, cam granülleri kaynaklı kemik greftlerinin bedelleri kurumlarca karşılanmaz.

20.4.14. Konuşma cihazı

Konuşma cihazları resmi sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla ödenir.

Konuşma cihazının yenilenme süresi beş yıldır. Bu süreden önce yenilenen konuşma cihazı bedelleri ödenmez. Ancak, ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

20.4.15. Non-invaziv mekanik ventilasyon cihazları (NİMV)

A) Solunumsal uyku hastalıklarında NİMV cihazları verilme ilkeleri;

1. NİMV cihazı verilecek hastalıklar;

Uluslararası uyku bozuklukları sınıflamasına göre;

a) Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS),

b) Santral uyku apne sendromu,

c) Cheyne stokes solunumu,

d) Uykuyla ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlar (uyku ilişkili obstrüktif olmayan idiyopatik alveoler hipoventilasyon, konjenital santral alveoler hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon hipoksemi, alt solunum yolu hastalıklarına/kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı hipoventilasyon hipoksemi, nöromuskuler ya da göğüs duvarı hastalıklarına bağlı hipoventilasyon hipoksemi),

2. NİMV cihazları verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının, bünyesinde uyku merkezi bulunan sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenmesi gerekmektedir.

3. Sağlık kurulunda; göğüs hastalıkları, psikiyatri veya nöroloji uzmanlarından en az birinin yer alması zorunludur.

4. Tüm gece boyunca, en az 16 kanallı polisomnografi cihazı (en az 3 kanallı olmak üzere elektroensefalografi, elektromyografi, elektrokardiyografi, elektrookülografi, oksimetre, hava akımı, karın ve göğüs solunum efor bantlarını ve horlama mikrofonu kaydını içermesi) ile yapılan tetkike ait raporda;

a) Uyku evreleri (total uyku süresi, uykuya geçiş süreleri, uyku etkinliği),

b) Oksijen saturasyonu ortalama ve en düşük değerleri,

c) Oksijen desaturasyon indeksi,

d) Apne – Hipopne indeksi veya solunum bozukluğu indeksi (respiratory disturbance index/RDI)

e) Apne – Hipopne veya RDI (Apne – Hipopne -Solunum çabasına bağlı uyanma reaksiyonu (respiratory effort related arousal: RERA)) süreleri,

f) Bunların yatış pozisyonu ve uyku evrelerine göre dağılımı,

bilgilerinin yer alması gerekmektedir.

5. Sağlık kurulu raporu ekinde polisomnografi tetkikine ait rapor eklenecektir.

6. Sağlık kurulu raporunda tanı ve tedavi, tedavi basıncı ile hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcı nemlendirici gibi) yer alacaktır.

7. NİMV cihazı kullanımı sırasında oksijen saturasyonu %88'in üzerine çıkarılmıyorsa, NİMV tedavisine ek olarak kronik oksijen tedavisine yönelik cihaz önerilmesi durumunda bedelleri kurumlarca karşılanır.

8. NİMV cihazlarının etkin kullanılıp kullanılmadığına yönelik yıllık olarak kurumlarca yaptırılacak kontrollerde, cihazın yıllık minimum 1200 saatin altında kullanıldığı saptanması durumunda, kullanım saati bilgilerinin yer aldığı sevk evrakı ile hastaların sağlık tesisine sevk edilmesi ve cihazla tedavinin devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

9. Kamu sağlık kurumları dışında polisomnografi tetkiki yapılan uyku merkezinin akreditasyon yeterliliğinin bulunması ve bu merkezde çalışan hekimlerin uyku bozuklukları konusunda Sağlık Bakanlığı'nın onayını içerir yeterlilik belgesine sahip olması gereklidir. Özel sağlık kurumu istendiği takdirde bu bilgileri kuruma iletmekle yükümlüdür.

10. NİMV cihazlarının her birinin kullanım süresi 10 yıldır. Bu süreden önce yenilenen NİMV cihazının bedeli kurumlarca ödenmez. Ancak NİMV cihazının kullanma süresi dolmadan kullanıcının kasıt ve kusuru olmaksızın arızalandığı veya kullanılamaz hale geldiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi ve onarımının sağlanamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

11. NİMV cihazıyla birlikte kullanılması ve belli sürelerde değişmesi gereken maske, başlık, ara hava hortumu, oksijen ara bağlantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sağlık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri kurumlarca karşılanır.

12. Bedeli kurumlarca karşılanan NİMV cihazları

a) Continuous positive airway pressure (CPAP) cihazı;

Polisomnografik olarak;

1) Apne indeksi (AI) en az 15 veya apne-hipopne indeksi (AHI) en az 30 veya apne, hipopne ve solunum eforu sonucu uyanma sayısını gösteren solunum bozukluğu indeksi (RDI) en az 30 olarak tespit edilen ve bu bilgilerin sağlık kurulu raporu eki polisomnografi raporunda belirtilmiş olması kaydıyla veya

2) AHI veya RDI 5-30 arasında olmakla birlikte artmış gündüz uyukuluk, bilişsel etkilene, duygudurum bozuklukları, uykusuzluk veya hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, inme veya uykuyla ilişkili hipoventilasyon/ hipoksemik sendromlardan birinin varlığının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla;

kullanılması gerekli görülen CPAP cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

b) Oto-CPAP cihazı:

CPAP cihazı verilme kriterlerine ek olarak, pozisyonel OUAS, REM ile ilişkili OUAS, yüksek basıncı tolere edemeyen veya sabit basınç cihazlarıyla (CPAP) tedaviyi tolere edemeyen hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, kullanılması gerekli görülen Oto-CPAP bedelleri kurumlarca karşılanır.

c) Bilevel positive airway pressure therapy (BPAP) cihazı:

CPAP cihazı verilme endikasyonu olup; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen, CPAP maskesinde önemli düzeyde hava kaçağı olan veya pozitif basınca karşı nefes verme güçlüğü yaşayan OUAS hastalarında veya

Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obesite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda,

Bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP cihazı (auto BPAP hariç) bedelleri kurumlarca karşılanır.

d) BPAP S/T cihazı:

Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (Restriktif akciğer hastalığı, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obesite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda, spontan solunumu ve tetikleme gücünün yetersiz olduğunun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

e) BPAP S/T AVAPS cihazı:

Polisomnografi eşliğinde yapılan BPAP S/T titrasyonunda yeterli tidal volüm sağlanamadığı veya uykuda solunum bozukluklarının ortadan kaldırılamadığı hastalarda,

Nöromusküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hipoventilasyon-hipoksemi olan restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda (ALS, Obesite- hipoventilasyon sendromu, kifoskolyoz vb.)

bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T AVAPS cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

f) Adaptif basınç destekli servo ventilasyon (ASV) cihazı:

İlk gece polisomnografi tetkiki sırasında santral apne veya Cheyne-Stokes solunumunun görüldüğü hastalarda titrasyon gecesinde CPAP, BPAP S/T tedavileriyle, uyku ile ilişkili solunum bozukluğu olaylarının engellenememesi veya hastanın tedaviye uyumunun ve sürekli kullanımının sağlanamaması veya

İlk gece polisomnografi tetkiki sırasında, ön planda santral apne veya Cheyne-Stokes solunumunun görüldüğü hastalarda veya ejeksiyon fraksiyonu % 40'dan düşük olan konjestif kalp yetmezliği hastalarında basınç titrasyonunda CPAP, BPAP S/T tedavileri uygulanmaksızın,

bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ASV cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

B) Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verilme ilkeleri;

Kronik stabil ya da yavaş ilerleyen solunum yetmezliği (gündüz ya da gece karbondioksit retansiyonuna bağlı semptom varlığı, noktürnal hipoventilasyon) varlığında hastanın ilaç ve oksijen tedavisi alyorken stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması NİMV cihazı verilme endikasyonu olarak kabul edilir.

Kronik solunum yetmezliğinde BPAP-S ve BPAP-S/T cihazı bedelleri kurumlarca karşılanacak olup verilmesine yönelik sağlık kurul raporu, göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

Sağlık kurulu raporunda hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcı nemlendirici gibi) yer alacaktır.

Solunumsal Uyku Hastalıklarında Non-İnvazif Mekanik Ventilasyon Cihazları Verilme İlkeleri bölümü (10) ve (11) numaralı maddelerde belirtilen hükümler bu bölüm içinde geçerlidir.

1. BPAP- S cihazı:

a) Restriktif akciğer hastalıklarında;

$PaCO_2 \geq 45$ mmHg veya

En az 2 lt/dk akım hızında nazal O2 desteği altında O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz $\leq \%88$ veya

İlerleyici nöromusküler hastalıklar için maksimal inspiratuar basınç (MİP) ≤ 60 cm H2O veya FVC $\leq \%50$,

Olarak saptanması ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

b) Obstrüktif akciğer hastalıkları:

Uygun bronkodilatör ve O2 tedavisine rağmen;

$PaCO_2 \geq 55$ mmHg veya

PaCO₂ 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt /dk akım hızında nazal O₂ desteği altında noktürnal O₂ saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz \leq %88 veya

PaCO₂ 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yılda ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle hastaneye yatırılan, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda; bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır. (Hasta solunum fonksiyon testi yapamıyorsa bu durum sağlık kurulu raporunda açıkça belirtilecektir.)

2. BPAP S/T cihazı:

BPAP- S cihazı için tanımlanmış kriterlere ek olarak inspirasyon basınç yüksekliği (İPAP \geq 20 cm H₂O) veya yoğun bakımda izlendiği dönemlerde apne saptanan hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S/T cihazı bedelleri kurumlarca ödenir.

20.4.15.1. Evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazları

Kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

Sağlık kurulu raporunda; tanı, hastanın kullanacağı oksijen cihazının türü ve gerekçesi, oksijen akım hızı, günlük kaç saat kullanılacağı ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, kanül taşıyıcı hortum, nemlendirici gibi) yer alacaktır.

Sağlık kurulu raporu ekinde arteriyel kan gazı tetkiki ve diğer kanıtlayıcı belgeler eklenecektir.

Evde uzun süreli oksijen tedavi cihazı verilme koşulları;

1. Kronik solunum yetmezliği olanlarda; (istirahat veya egzersiz halinde)

PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) \leq 55 mmHg veya

SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) \leq 88 olması halinde,

2. Korpulmonale varlığında;

PaO₂ 'de 55-59 mmHg veya SaO₂ \leq 89 ile birlikte

EKG 'de "P Pulmonale" bulgusu olması veya,

Hematokrit $>$ % 55 veya,

Konjestif yetmezlik olması halinde,

3. Akut solunum yetmezliğinde;

Akut solunum yetmezliği olan hastalarda stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması durumunda yukarıda 1 veya 2 de sıralanan bulgular sağlanıyorsa,

4. Efor kapasitesini sınırlayan terminal dönem (kanser ve diğer sistemik hastalıklara bağlı) hastalarda sağlık kurulu raporunda belirtmek koşuluyla,

evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı bedelleri kurumlarca karşılanır.

Evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı verilen hastaların yılda bir kez sevk evrakı ile sağlık tesisine gönderilmesi ve cihazla tedavinin devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

Bedeli ödenecek evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazları;

1. Oksijen tüpü (gaz hali)

2. Oksijen tüpü (sıvılaştırılmış)

3. Oksijen konsantratörü

Taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları, istirahat halinde PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) $>$ 55 mmHg veya SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) $>$ 88 olmasına karşın egzersiz durumunda veya iş sırasında desatüre (PaO₂ \leq 55 mmHg veya SaO₂ \leq 88) olması halinde bedelleri kurumlarca karşılanır.

Oksijen konsantratörü verilen kişilere, raporda belirtilmek koşuluyla oksijen tüpü önerilmesi durumunda bedelleri kurumlarca karşılanır.

Cihazla birlikte kullanılması ve belli sürelerde değişmesi gereken maske, başlık, ara hava hortumu, oksijen ara bağlantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sağlık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri kurumlarca ödenir.

20.4.16. Nebulizatör cihazı

Nebulizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,

a) Erişkin hastalar için; göğüs hastalıkları uzmanı veya alerji hastalıkları uzmanı;

b) Çocuk hastalar için; çocuk alerjisi uzmanı veya çocuk göğüs hastalıkları uzmanı, bu uzman hekimlerin bulunmadığı sağlık kurumlarında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından,

en az birinin yer aldığı sağlık kurulları tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.

Sağlık kurulu raporu ekinde solunum fonksiyon testi (SFT) ve arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.

Kompresör tipi nebulizatör bedelleri kurumlarca karşılanacak olup ultrasonik nebulizerler bedelleri karşılanmaz.

Cihazın verilmesine ilişkin şartlar;

Erişkin hastalar;

İnhaler preparatları ve inhaler preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanmadığı sağlık kurulu raporu ile belirlenen,

a) Stabil kronik akciğer hastalığı olanlarda;

FEV1 \leq 40 ise AKG değerlerine bakılmaksızın,

b) Persistan astımlı hastalarda;

FEV1 veya PEFr \leq %60 veya

FEV1 veya PEFr % 60–80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 değişkenliği %30'un üzerinde ise,

c) Bronşektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda;

Stabil dönemde FEV1 \leq 40

olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanağı belgelerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri kurumlarca ödenir.

Çocuk hastalar;

a) Persistan astımlı hastalarda;

FEV1 veya PEFr \leq %60 olan veya

FEV1 veya PEFr % 60–80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 değişkenliği %30'un üzerinde olması veya

b) 14 yaşın üstündeki hastalarda;

FEV1 veya PEFr \leq 40 olması veya

c) 6 yaşın altındaki hastalar ve 6 yaşın üstünde olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorun) nedeniyle solunum fonksiyon testi yapılamayan hastalarda bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi,

koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri kurumlarca ödenir.

Solunum fonksiyon testi yapamayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adeleleri çalışmayan veya mental retarde (IQ \leq 40) olan nörolojik sorunlu hastalarda PaO₂ \leq 55 mmHg veya SaO₂ \leq 88 olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.

20.4.17. Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları

20.4.17.1. Çocuklar için (Parapodium, Standing Table)

(1) Üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

-Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,

-Baş kontrolü ve oturma dengesi olan,

-Üst ekstremiteler motor fonksiyonları yerinde olan,

-Progresif hastalığı olmayan,

-Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,

2 yaş ve üzerindeki hastalara (8 yaş üstü hastalara standing table bedeli karşılanmaz) reçete edilmesi halinde bedeli karşılanır.

Parapodium, standing table, cihazları birlikte temin edilmez.

Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye bedeli ödenmez.

20.4.17.2. Erişkinler için (Stand Up Wheelchair (manuel kalkış manuel sürüş))

Üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinin fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

-Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,

-Üst ekstremiteler motor fonksiyonları yerinde olan,

-Progresif hastalığı olmayan,

-Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,

-Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken,

hastalara reçete edilmesi halinde bedeli kurumlarca karşılanır.

Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye (özelliksiz, özellikli, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazı bedeli ödenmez.

Bu Tebliğin yürürlük tarihinden önce temin edilen tekerlekli sandalye (özelliikli, özelliiksiz, akülü), cihazlarının kullanım süreleri tamamlanmadan erişkinler için Stand up wheelchair bedeli karşılanmaz.

Akülü, motorlu, elektrikli, kalkış/sürüş, merdiven inip çıkabilen ve benzeri cihaz bedelleri kurumlarca karşılanmaz.

Stand up wheelchair yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde bedeli ödenmez.

20.4.17.3. Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazlarının bedeli Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tespit edilen birim fiyatlar üzerinden ödenir.

20.4.18. İşitmeye yardımcı implantlar/kulakla ilgili implantlar

20.4.18.1. Koklear implantlar (Kİ):

Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmeyen kişilerde aşağıdaki kriterlere haiz olması halinde uygulanır;

•Pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda (işitme cihazı hiç kullanmamış olanlar da dahil) 6 yaşını tamamlamıncaya kadar Kİ uygulanır.

•7 yaş ve üzeri pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda kronolojik yaşla konuşma yaşı arasındaki fark 4 yıldan az ise Kİ uygulaması yapılır.

•Post-lingual işitme kaybı olanlarda Kİ uygulanır, ancak hiç işitme cihazı kullanmamış post-lingual işitme kaybı olanlarda 20 yıl geçmesi halinde Kİ uygulanmaz.

•Kİ sağlık kurulu raporu aynı resmi sağlık kurumunda çalışan üç kulak burun boğaz uzman hekimi ve iki uzman odyologdan oluşan bir ekip tarafından düzenlenir.

•Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olması ve koklear sinirin varlığı yüksek çözünürlükte CT ve/veya MRI ile gösterilmelidir.

•Eğitimsel, psikolojik değerlendirmeler ve uygunluğu ekipte yer alan eğitim odyoloğu ve psikolog tarafından yapılmalı ve Kİ kurul raporunda belirtilmelidir.

•Menenjit sonrası oluşan işitme kaybı ve koklear ossifikasyon varlığında özel şartlar aranmaksızın acil operasyon Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.

•İşitsel nöropatide ayrıntılı değerlendirmeler sonunda Kİ uygulamasının yararlı olacağı Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.

•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.

Odyolojik değerlendirme:

Odyometrik değerlendirme,

Saf ses hava yolu ve kemik yolu işitme eşikleri; 1000, 2000, 3000 ve 4000 Hz'lerdeki ortalama eşiklerin 90 dB'den daha kötü olması ve işitme cihazı ile konuşmayı ayırtma skorunun %30'un altında olmalıdır.

20.4.18.2. Beyinsapı implantı

Koklear implant ekibi tarafından değerlendirilmiş ve yapılan CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğü tespit edilen hastalara beyinsapı implantı Kİ kurul raporu ile uygulanır.

20.4.18.3. Kemiğe implante edilen işitme cihazı

Konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği Kİ kurul raporu ile saptanan ve otolojik açıdan alttaki kriterlere uyan hastalar ile sınırlıdır.

Ortalama kemik yolu işitme eşiği 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz de 45 dB'i aşmayan, iletim veya mikst tip işitme kaybı olan ve maksimum konuşmayı ayırt etme skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda aşağıda belirtilen kriterlere uyması durumunda;

-Bilateral aural atrezi, cerrahi ile düzeltilemeyen konjenital orta kulak anomalilerinde,

-Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan hastalarda,

-Tek işiten kulakta iletim tipi işitme kaybı olan hastalarda, uygulanır.

20.4.18.4. Orta kulağa implante edilebilen işitme cihazları

Konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği Kİ kurul raporu ile saptanan ve otolojik açıdan aşağıdaki kriterlere uyan hastalar ile sınırlıdır.

•Alçak frekanslarda işitmesi iyi olup yüksek frekanslara doğru ani artışlar gösteren fakat 80 dB'i aşmayan sensori-neural işitme kaybı olan kişilerde (konvansiyonel endikasyon),

•Kemik yolu işitme eşikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst tip işitme kaybında, (yuvarlak pencere endikasyonu) uygulanır. Ancak hastanın her iki kulağı da daha önce en az bir kez opere edilmiş ve işitme kaybı düzeltilenmemiş olmalı ve yeni bir mikrocerrahi ile işitmenin düzeltilmesi şansının olmadığı belirtilmelidir.

20.4.19. Servikal disk protezleri

45 yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafe için kullanımı halinde bedelleri kurumlarca ödenecektir.

20.4.20. Pedikül vida yerleştirici

Pedikül vida yerleştirici malzemeleri tanıya dayalı işlemler listesi (EK-9) dahilinde olup, ayrıca fatura edilse dahi bedelleri kurumlarca ödenmeyecektir.

20.4.21. Perkutan interbody füzyon ve vida fiksasyonu (Sakrum korpusundan geçerek lomber korpus içine giren fiksasyon yöntemi)

Dejeneratif disk hastalığına bağlı foraminal stenoz, instabilite, spondilolistezis (grade 1 veya 2) ve başarısız füzyon girişimi olan hastalarda, eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde uygulanması halinde bedelleri kurumlarca ödenecektir."

34. Tebliğin 21.4.2 nci maddesine, "otelcilik hizmetleri" ibaresinden önce gelmek üzere "ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden" ibaresi eklenmiş, 21.4.3 üncü maddesinde yer alan "bedellerinden ilave ücret alınmaz" ibaresi "için herhangi bir ilave ücret alınmaz" şeklinde değiştirilmiştir.

35. Tebliğin 22.2 nci maddesinin birinci fıkrasında yer alan "anestezi ilaçları, ilaç" ibaresinden sonra gelmek üzere "(kan ürünleri hariç)" ibaresi eklenmiştir.

36. Tebliğin 20.4.8.4 üncü maddesinde yer alan "30" rakamı "35" olarak, 14/11/2008 tarihli ve 18312 sayılı Bakanlığımız Genelgesinin 2 nci maddesinde yer alan "1/12/2008" ibaresi "15/11/2008" olarak değiştirilmiştir.

37. Tebliğin 25.1 inci maddesinde belirtilen listelere "EK-5/D Liste" ilave edilmiş, bu maddede yer alan "EK-4: Sevk Zinciri Uygulanacak İller Listesi" ve "EK-4/A: Hasta Sevk Formu" listesi madde metninden çıkarılmıştır.

38. Bu Tebliğin 2 nci maddesi 15/1/2009 tarihinden geçerli olmak üzere, diğer maddeleri yayımı tarihinde yürürlüğe girer.