TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

Karar No : 2017/10

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu 26/12/2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

MADDE 1 – Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/P Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler" Listesinde yer alan NF1035 ve NF1036 SUT kodlu tıbbi malzemeler; SUT eki "EK-3/A BİRDEN FAZLA BRANŞTA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER" Listesinde yer alan OR2260 ve OR2280 SUT kodlu tıbbi malzemeler ile aynı işleve sahip olduğundan, NF1035 ve NF1036 SUT kodlu tıbbi malzemelerin "EK-3/P Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler" Listesinden çıkarılmasına oybirliği ile,

MADDE 2 – SUT eki EK-2/B Listesine aşağıdaki şekilde bazı yeni işlem kodlarının eklenmesi ve bazı işlem kodlarında işlem adı değişikliği yapılmasına oybirliği ile,

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
	610533	Hemoroid ablasyonu (RF/lazer) veya embolizasyonu	610490, 610610, 610530, 610531 ile birlikte faturalandırılmaz. Grade 3 hemoroidde faturalandırılır. Tüm seanslar ve tüm pakeler dahil. Bu işlemde kullanılan malzemelerin kullanım kriterleri işlem içinde geçerlidir.	275,21
	614556	Metastatik tümörlerde profilaktik fiksasyon	Minimal invaziv, sirküler fiksatör, perkütan pinleme dahil.	738,00
	702311	Üst ekstremite rehabilitasyon iş istasyonu (robotik olmayan)		25,13
3351	704973	Kordon kanı nakli, allojenik		940,98
	704974	Kordon kanı nakli, otolog		450,30
	705352	Aferez trombosit süspansiyonu pedintrik (ikiye bölünmüş), tek ünite	1 ünite tek donör trombositi, aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz.	283,48
	705353	Aferez trombosit süspansiyonu pediatrik (üçe bölünmüş), tek ünite	1 ünite tek donör trombositi, aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. Kızılay tarafından ek torba ile hazırlanan pediatrik aferez trombosit süspansiyonu bu işlem kodundan faturalandırılır.	193,03
	705354	Tek donörden çift aferez trombosit süspansiyonu, pediatrik (ikiye bölünmüş), tek ünite	Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz.	188,37
	705355	Tek donörden çift aferez trombosit süspansiyonu, pediatrik (üçe bölünmüş), tek ünite	Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz.	129,62
	705431	Taze donmuş plazma pediatrik (ikiye bölünmüş), tek ünite	705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 işlemleri ve tüm malzeme dahil.	64,41
	705432	Taze donmuş plazma pediatrik (üçe bölünmüş), tek ünite	705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 işlemleri ve tüm malzeme dahil.	46,99

MADDE 3 – SUT eki EK-2/C Listesine aşağıdaki şekilde bazı yeni işlem kodlarının eklenmesi, bazı işlem kodlarında fiyat artışı yapılması ve bazı işlem kodlarında işlem adı değişikliği yapılmasına oybirliği ile,

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	GRUBU	*	İŞLEM PUANI
	P610533	Hemoroid ablasyonu (RF/lazer) veya embolizasyonu	P610490, P610610, P610530, P610531 ile birlikte faturalandırılmaz. Grade 3 hemoroidde faturalandırılır. Tüm malzemeler, tüm seanslar ve tüm pakeler dahil. Bu işlemde kullanılan malzemelerin kullanım kriterleri işlem içinde geçerlidir.	D	*	762,73
	P614556	Metastatik tümörlerde profilaktik fiksasyon	Minimal invaziv, sirküler fiksatör, perkütan pinleme dahil. (Fiksatör ve pin hariç)	B	*	1.767,28
1644	P615760	Lomber intradural tümör eksizyonu	P616020, P615761 ve 615761 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminaplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil.	B		3.601,58
2416	P704973	Kordon kanı nakli, allojenik		A1		256.547,47
	P704974	Kordon kanı nakli, otolog		A1		70.227,96

MADDE 4 – Farklı bir etken madde ile tedavi protokolü değişikliği gerekmeyen, "Imnovid 4 mg Sert 21 Kapsül" isimli ilacı kullanmış ve fayda görmüş ancak yan etki veya toksisite nedeniyle düşük doza geçilmesi gerekli görülen Multiple Myelom tanılı hastalarla sınırlı olmak üzere "Imnovid 1 mg Sert 21 Kapsül, Imnovid 2 mg Sert 21 Kapsül, Imnovid 3 mg Sert 21 Kapsül" isimli ilaçların; ara ödemeye alınmasına oybirliği ile,

MADDE 5 – "Kuvan 100 Mg 30 Tablet" ile "Diterin 100 Mg Dağılabilir Tablet" isimli ilaçların geri ödeme kapsamına alınmasına oybirliği ile,

Bu kararların 1, 2, 3 ve 5 inci maddelerinin yayımlanacak olan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de belirtilen tarihte, 4 üncü maddesinin Resmî Gazete'de yayımlandığı tarihte yürürlüğe girmesine oybirliği ile,

Karar verilmiştir.