

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARLARI

Karar No : 2018/3

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu 12/06/2018 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

MADDE 1- SUT EK-2/C Listesinde yer alan “Çocuk İzlem Merkezi Değerlendirmesi” işleminin işlem kodunun aşağıdaki şekilde değiştirilmesine oybirliği ile,

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
		ÇOCUK İZLEM MERKEZİ HİZMETLERİ				
	P920000	Çocuk İzlem Merkezi Değerlendirmesi	Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Çocuk İzlem Merkezlerinde kişi başına yılda bir defa faturalandırılır. Bu merkezlerde yapılan tanı, tedaviye yönelik muayene, tetkik, tahlil, değerlendirme, aşı, ilaç ve diğer tüm sağlık hizmetleri dahildir.			843,17

MADDE 2- SUT EK-2/C Listesinde yer alan aşağıdaki işlem kodlarında işlem adı ve açıklama değişikliği yapılmasına oybirliği ile,

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
2413	P704970	Hematopoitetik hücre nakli, allojenik (Kardeş veya akrabadan)	Sağlık Bakanlığı Hematopoitetik Kök Hücre Nakli Endikasyon Listesinde yer alan verici tipi tanımlamasına göre Kurumca karşılanır.
2414	P704971	Hematopoitetik hücre nakli, allojenik (Akraba dışından)	Sağlık Bakanlığı Hematopoitetik Kök Hücre Nakli Endikasyon Listesinde yer alan verici tipi tanımlamasına göre Kurumca karşılanır.

MADDE 3- Sağlık Uygulama Tebliği eki “EK-3/A BİR DEN FAZLA BRANŞTA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER” Listesinde yer alan OR1145 SUT kodlu “OTOTRANSFÜZYON SETİ (Tüm aparatlar dahil)” adlı tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterlerinde yer alan “aort diseksiyon vakalarında” ibaresinin “aort cerrahisi, kardiyak reoperasyonlar, çalışan kalpte yapılan kardiyak cerrahi işlemler veya kardiyak yaralanma vakalarında” şeklinde değiştirilmesine oybirliği ile,

MADDE 4- Sağlık Uygulama Tebliği eki “EK-3/A BİR DEN FAZLA BRANŞTA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER” Listesinde yer alan aşağıda SUT kodu ve alan tanımı belirtilen tıbbi malzemenin fiyatının aşağıdaki gibi yeniden belirlenmesine oybirliği ile,

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
OR2640	İNSİZYONEL KATETER SETİ (POMPA DAHİL)	(1) Aynı yatış döneminde en fazla bir adet faturalandırılabilir. (2) A grubu ameliyatlarda ve/veya büyük kemik ve büyük eklemlerin cerrahi tedavilerinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	150,00

MADDE 5- Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/A BİR DEN FAZLA BRANŞTA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER" Listesinde yer alan OR4145 SUT kodlu "SİYANOAKRİLAT İÇEREN ÜRÜNLER" adlı tıbbi malzemenin alan tanımına "(CİLT KESİLERİ İÇİN)" ibaresinin eklenmesine oybirliği ile,

MADDE 6- Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/I KALP DAMAR CERRAHİSİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER" Listesinde yer alan KV1322 SUT kodlu "EMBOLİZAN, SIVI, ADHEZİV, AKRİLAT, NBCA / MODİFİYE" adlı tıbbi malzemenin listeden çıkarılarak, yeni alan tanımı ve fiyatının aşağıdaki gibi "EK-3/A BİR DEN FAZLA BRANŞTA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER" Listesine eklenmesine oybirliği ile,

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	SİYANOAKRİLAT İÇEREN ÜRÜNLER (CERRAHİ ALANLAR İÇİN)	320,00

MADDE 7- Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/H KARDİYOLOJİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER" Listesinde yer alan KR1201 SUT kodlu "TRANSKATETER MİTRAL KAPAK MANDAL VE TAŞIMA SİSTEMİ" adlı tıbbi malzemenin ödeme kural ve/veya kriterlerinde yer alan "3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde" ibaresinin "3. basamak hastanelerde" şeklinde değiştirilmesine oybirliği ile,

MADDE 8- Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/I KALP DAMAR CERRAHİSİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER" Listesine aşağıda alan tanımı belirtilen tıbbi malzemenin eklenmesine ve fiyatının aşağıdaki gibi belirlenmesine oybirliği ile,

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	KORONER SINÜS ELEKTRODU YERLEŞİMİ İÇİN KATETER	400,00

MADDE 9- Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/H KARDİYOLOJİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER" ve "EK-3/I KALP DAMAR CERRAHİSİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER" Listelerinde yer alan "PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA MALZEMELERİ" başlıklarına "(KARDİYAK KULLANIM İÇİN)" ibaresinin eklenmesine oy birliği ile,

MADDE 10- Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/M RADYOLOJİ BRANŞI VE ENDOVASKÜLER/NONVASKÜLER GİRİŞİMSSEL İŞLEMLERE AİT TIBBİ MALZEMELER" Listesinde yer alan GR2028 SUT kodlu "SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, PEDİYATRİK, 4F VE ÜZERİ" adlı tıbbi malzemenin çıkarılmasına, GR2027 SUT kodlu "SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, PEDİYATRİK, 4F ALTI" adlı tıbbi malzemenin alan tanımının "SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, PEDİYATRİK, 4F VE ALTI" şeklinde değiştirilmesine oybirliği ile,

MADDE 11- "Droxidopa" etkin maddeli "DOPS OD 100 MG 100 TABLET" isimli ilacın 110,00 Avro fiyat ile SUT eki Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi (EK-4/C)'ne alınmasına, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına,

MADDE 12- "Sodium Phenylbutyrate" etkin maddeli "AMBUTYRATE 250 MG/ML 100 ML POWDER FOR ORAL SOLUTION" isimli ilacın 105,00 Avro fiyat ile katılım payından muaf olarak EK-4/C Listesine alınmasına, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına,

MADDE 13- "Peptide Porcine Brain Extract" etkin maddeli "CEREBROLYSİNE 5 ML 5 AMP" isimli ilacın SUT eki EK-4/C Listesine 16,00 Avro fiyatla alınmasına, EK-4/C Listesinde yer alan "CEREBROLYSİN 1 ML 10 AMP" isimli ilacın kutu fiyatının, ucuz eşdeğer ilaç uygulaması kapsamında değerlendirilerek "CEREBROLYSİNE 5 ML 5

AMP” fiyatı dikkate alınarak belirlenecek tutar olarak uygulanmasına, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 14- “Bacillus Calmette-Guerin (BCG), Danish strain 1331” etkin maddeli “BCG CULTURE SSI 30 MG 4 VIALS” adlı ilacın SUT eki EK-4/C Listesine 220,00 Avro fiyatla alınmasına, “Mesane kanseri” tanısında katılım payından muaf olarak karşılanmasına, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 15- “Trientine Hidroklorid” etkin maddeli “TRIENTINE 300 MG 100 TB” adlı ilaç fiyatının SUT eki EK-4/C Listesinde 3.520,00 Avro olarak yayınlanmasına, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 16- “Febuksostat” etken maddeli “ADENURİC 80 MG 28 TB” ve “ADENURİC 120 MG 28 TB” isimli ilaçların; SUT eki Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A) ne %41 Kamu Kurum İskontosu ile ilavesine, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 17- “İbrutinib” etken maddeli “İMBRUVİCA SERT KAPSÜL 140 MG 90 KAPSÜL” ve “İMBRUVİCA SERT KAPSÜL 140 MG 120 Kapsül” isimli ilaçların; SUT eki Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A) ne %41 Kamu Kurum İskontosu ile ilavesine, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 18- “Venetoklaks” etken maddeli “VENCLYXTO 10 MG 14 FİLM KAPLI TABLET”, “VENCLYXTO 50 MG 7 FİLM KAPLI TABLET”, “VENCLYXTO 100 MG 7 FİLM KAPLI TABLET”, “VENCLYXTO 100 MG 14 FİLM KAPLI TABLET”, “VENCLYXTO 100 MG 112 FİLM KAPLI TABLET” isimli ilaçların; SUT eki Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A) ne ilavesine, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 19- “İksazomib” etken maddeli “NİNLARO 2,3 mg Kapsül (3 Kapsül)”, “NİNLARO 3 mg Kapsül (3 Kapsül)”, “NİNLARO 4 mg Kapsül (3 Kapsül)” isimli ilaçların; SUT eki EK-4/A Listesine ilavesine, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 20- “Pomalidomid” etken maddeli “İMNOVİD 1 MG SERT 21 KAPSÜL”, “İMNOVİD 2 MG SERT 21 KAPSÜL”, “İMNOVİD 3 MG SERT 21 KAPSÜL”, “İMNOVİD 4 MG SERT 21 KAPSÜL” isimli ilaçların; SUT eki EK-4/A Listesine ilavesine, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 21- “Karfilzomib” etken maddeli “KYPROLİS 60 MG IV ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇİN TOZ İÇEREN FLAKON” isimli ilacın; SUT eki Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A) ne %41 Kamu Kurum İskontosu ile ilavesine, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 22- “Sidofovir” etken maddeli “SİDOVİS 375 mg/5 ml İ.V. konsantré infüzyonluk çözeltili içeren flakon” isimli ilacın; SUT eki Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A) ne %12 Kamu Kurum İskontosu ile ilavesine, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yapılmasına,

MADDE 23- “Karmustin” etken maddeli “BİCNU 100 MG ENJ. ÇÖZ. İÇİN TOZ İÇEREN FLAKON VE ÇÖZÜCÜ” isimli ilacın Kamu fiyatının güncellenmesine ve MEDULA sistemine sabit kamu fiyatı olarak tanımlanmasına,

MADDE 24- Eczanelerden üretilen ilaçlar için tarife (majistral tarife) fiyatlarında, Maliye Bakanlığınca onaylanarak 457 sayılı Vergi Usul Kanunu Genel Tebliği ile yayımlanan 2017 yılı yeniden değerlendirme oranı olan %14,47 oranında artış yapılmasına,

Alınan kararlardan;

1- 24 numaralı kararın Resmi Gazete’de yayımlanmasını müteakip 3 (üç) işgünü sonra,

2- Diğer kararların Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’de belirtilen tarihte, yürürlüğe girmesine,

Karar verilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

Karar No: 2018/6

MADDE 1- SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "Peptik ülsere bağlı duodenum perforasyonunda primer onarım, laparoskopik" işleminin işlem puanının aşağıdaki şekilde değiştirilmesine,

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1392	609711	Peptik ülsere bağlı duodenum perforasyonunda primer onarım, laparoskopik		751,67

MADDE 2- SUT eki EK-2/B Listesine aşağıda yer alan işlem kodunun eklenmesine,

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
	530161	Ekulizumab uygulaması		33

MADDE 3- SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan "Anevrizma ameliyatları, tek" işleminin açıklama kısmında aşağıdaki şekilde düzenleme yapılmasına,

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	GRUBU	*	İŞLEM PUANI
1678	P615380	Anevrizma ameliyatları, tek	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	A3		20.411,00

MADDE 4- SUT eki EK-2/G Listesine sıralı olarak aşağıdaki işlem kodlarının eklenmesine,

KODU	İŞLEM ADI
551120	Epidurosopi nöroplastı-adezyonolizis
601100	Mandibula veya maksilladaki kistik oluşumlara küretaj
608840	Torakotomi, major, eksplorasyon ve biyopsi ile birlikte
608860	Torakotomi, sınırlı, akciğer veya plevra biyopsisi için
609460	Whipple operasyonu
610400	Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler
610410	Low anterior rezeksiyon
610411	Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
611270	Hemipelvektomi, eksternal
611280	Hemipelvektomi, internal
614120	Sakretomi, parsiyel
614130	Sakrektomi, total
615351	Endoskopik ventrikül içi cerrahisi
615600	Transsfenoidal hipofizektomi
615601	Endoskopik hipofiz cerrahisi
615830	Spinal syringomyeli drenajı eksizyonu
615895	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural diskoplasti
615991	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural adezyolizis
619470	Sistektomi, basit
620951	Radikal parametrektomi
703365	Intraoperatif nöromonitörizasyon
P551120	Epidurosopi nöroplastı-adezyonolizis
P560000	Palyatif bakım tedavisi
P609460	Whipple operasyonu
P615895	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural diskoplasti
P615991	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural adezyolizis
P703365	Intraoperatif nöromonitörizasyon

MADDE 5- SUT Eki Ek 2/B Listesinde aşağıda yer alan işlem kodlarında işlem adı ve puan değişikliği yapılmasına,

KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
704210	Acil hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D.1 numaralı maddesine bakınız. Aynı gün yalnızca bir defa ve sadece yatarak tedavilerde faturalandırılır. P704230, P704233, 704230, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz.	256,76
704230	Hemodiyaliz	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704233, 704210, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin,konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	256,76
704233	Ev hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704230, 704210, 704230 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	256,76

MADDE 6- SUT Eki Ek 2/B Listesinden aşağıda yer alan işlem kodunun çıkarılmasına,

KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
704234	Hemodiyaliz, 701 seans ve üzeri	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704230, P704233, 704210, 704230, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	207,63

MADDE 7- SUT Eki Ek-2/C Listesinde aşağıda yer alan işlem kodlarında işlem adı ve puan değişikliği yapılmasına,

PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P704210	Acil hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. Aynı gün yalnızca bir defa ve sadece yatarak tedavilerde faturalandırılır. P704230, P704233, 704230, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu (bazik ve asidik), Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum ve seans sırasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar dahildir.			387,85
P704230	Hemodiyaliz	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704233, 704210, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.			387,85
P704233	Ev hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704230, 704210, 704230 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.			387,85

PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P704234	Hemodiyaliz, 701 seans ve üzeri	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine baktınız. P704210, P704230, P704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagulan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantrre hemodiyaliz solusyonu ve her türlü serum dahildir.			315,35

MADDE 9- Sağlık Uygulama Tebliği eki "Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi (Ek-4/C)"nde yer alan "SUCRAID ORAL SOLUSYON 8500IU/ML 118 ML." isimli ilacın isminin ve ambalaj miktarının, "SUCRAID ORAL SOLUSYON 8500 IU/ML 2X118 ML." şeklinde değiştirilmesine,

MADDE 10- Sağlık Uygulama Tebliğinin "Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında nusinersen sodium kullanım ilkeleri" başlıklı 4.2.49 maddesinin;

a) Üçüncü fıkrasının (c) bendinin aşağıda belirtildiği şekilde değiştirilmesine,

"c) Bu maddenin 3 üncü fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde belirtilen kriterlere uyan hastalarda invaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olup olmadığına bakılmaksızın tedaviye başlanır. İlk 4 doz ilaç kullanımını başlangıç tedavisi olarak kabul edilir ve ilk 4 doz ilaç kullanımını sürecinde SMA' dan kaynaklı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı ve süreleri değerlendirilmelerinde dikkate alınmaz. 5 inci ve takip eden dozlar idame tedavileridir."

b) Üçüncü fıkrasının (ç) bendine aşağıda yer alan düzenlemelerin eklenmesine,

"Konsiyon tarafından verilecek onaylarda; CHOP INTEND puanlaması ile göğüs hastalıkları veya çocuk yoğun bakım uzman hekim tarafından 24 saat süreli izlemde raporlanmış günlük invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi ana kriterlerdir. Non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı değerlendirilmelerde dikkate alınmaz. 5 inci doz için verilecek "İlaç Kullanım Onayı" nda, başlangıç puanına göre CHOP INTEND puanında en az 4 puan artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacında kesintisiz en az 4 saat/gün azalma olması gerekmekte olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. 6, 7, 8 ve 9 uncu dozlar için verilecek "İlaç Kullanım Onayı" nda, CHOP INTEND puanında bir önceki doza göre artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacında azalma olması gerekmekte olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. 10 uncu doz için verilecek "İlaç Kullanım Onayı" nda, başlangıç puanına göre CHOP INTEND puanında en az 16 puan artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacının kalıcı olarak ortadan kalkması veya CHOP INTEND puanının en az 40 puan ve 15 gün boyunca invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacının en fazla 8 saat/gün olması gerekmekte olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. CHOP INTEND puanlaması ve günlük invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi tanımlanan kriterlere uygun olmayan hastalarda tedaviye son verilir.

Tedavi sürecinde, SMA' dan kaynaklı olmayan, enfeksiyon vb. durumlardan dolayı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı gelişen ve/veya invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi artan ancak sebep ortadan kalktıktan sonra invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı ortadan kalkan ve/veya invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi azalarak bir önceki değerlere dönen hastalarda tedavi kesilmez."

MADDE 11- "Obinituzumab" etken maddeli Kronik Lenfositik Lösemi hastalarında endike olan "GAZYVA 1000 mg IV konsantrre infüzyon çözeltisi içeren flakon" isimli ilacın Sağlık Uygulama Tebliği eki "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)" ne ilavesine, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına,

MADDE 12- "Karmustin" etken maddeli "BICNU 100 mg Enj. Çöz. için Toz İçeren Flakon ve Çözücü" isimli ilacın yeni kamu fiyatının MEDULA sistemine tanımlanmasına,

MADDE 13- Hepatit C tedavilerinde kullanılan ilaçlara ilişkin olarak;

1. "MAVIRET 100 mg/40 mg Film Kaplı Tablet" isimli ilacın geri ödeme kapsamına alınmasına,

2. "SOVALDI 400 Mg 28 Film Kaplı Tablet" isimli ilacın geri ödeme kapsamından çıkarılmasına,

3. Hepatit C tedavilerinde kullanılan ilaçların tamamına yönelik gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına,

MADDE 14- Sağlık Bakanlığı Ulusal Zehir Danışma Merkezi'nce acil durumlarda zehirlenme vakalarında kullanılacak üzere Antidot Stok Merkezimize Hastanelere gönderilecek olan "Physostigmine Salicylate Injection (1mg/ml, 2 ml 10 ampul/kutu)" isimli antidotun kutu fiyatı 2.570,40 TL, birim fiyatı 257,04 TL olacak şekilde ve "BAL in Oil (100mg/ml, 3 ml 10 ampul/kutu)" isimli antidotun kutu fiyatı 9.874,28 TL, birim fiyatı 987,42 TL olacak şekilde MEDULA sisteminde tanımlanarak geri ödeme kapsamına alınmasına,

MADDE 15- Sağlık Uygulama Tebliği eki "Ek-3/O Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler" listesinde yer alan HO1014 SUT kodlu tıbbi malzeme olan tanomina ("2 kolon dahildir") ibaresinin eklenmesine oybirliği ile,

MADDE 16- Sağlık Uygulama Tebliği eki "Ek-3/M Radyoloji Branşı ve İnvaziv/Noninvaziv Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler" listesinde yer alan "ABLASYON, TÜMÖR" başlığının altındaki ödeme kuralı ve/veya kriterlerinin aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmesine oybirliği ile,

ABLASYON, TÜMÖR	
1-	Onkoloji, Genel Cerrahi, Girişimsel Radyoloji, Gastroenteroloji, Üroloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Perinatoloji uzmanlarından birinin uygulayıcı hekim olması koşulu ile sadece 3. basamak hastanelerde ve yalnızca solid organ tümörlerinde kullanılmasına halinde;
a)	Onkoloji, Genel Cerrahi, Girişimsel Radyoloji, Gastroenteroloji, Üroloji ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanlarından birinin uygulayıcı olması durumunda bu branşlardan iki tane uzman hekimin yer aldığı üçlü hekim raporu ile,
b)	Perinatoloji uzmanının uygulayıcı olması durumunda 2 perinatolog, 1 yenidoğan uzmanının yer aldığı üçlü hekim raporu ile;
	bedeli Kurunca karşlanır.
2-	Aynı semsta sadece bir adet kullanılması halinde bedeli Kurunca karşlanır.

MADDE 17- Sağlık Uygulama Tebliği eki "Ek-3/A Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler" listesine yeni bir SUT kodu eklenerek; tıbbi malzeme alan tanımı, fiyatı ve endikasyon kriterlerinin aşağıdaki gibi belirlenmesine oybirliği ile,

SUT KODU	SUT Alan Tanımı	SUT Fiyatı
	Hidrocerrahi Debridman Sistemi El Aleti, Tüm Formlar	1.750
	Dermatomla ulaşılamayan yüz, boyun, el, ayak, perine ve eklem bölgelerini içeren derin ikinci derece yanıklarda, sadece yanık merkezlerinde ve vaka başına en fazla bir adet kullanılması durumunda Kurumca bedclinin karşılanır.	

MADDE 18- Sağlık Uygulama Tebliği eki "Ek-3/C-4 Tıbbi Sarf Malzemeler" listesine yeni bir SUT kodu eklenerek; tıbbi malzeme alan tanımı, fiyatı ve endikasyon kriterlerinin aşağıdaki gibi belirlenmesine oybirliği ile,

SUT KODU	SUT Alan Tanımı	SUT Fiyatı
	İnhalasyon için (Hipertonik salin %7 NaCl, %0.1 Sodyum Hiyalüronat) Hipertonik Steril Çözelti, 1 ampul	5,15 TL
	Kistik fibrozis hastalarında üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında 6 yaş üstü çocuk hastalar için en az bir çocuk göğüs hastalıkları, 18 yaş üstü hastalarda en az bir göğüs hastalıkları uzmanının bulunduğu sağlık kurumunca düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak nebulizasyon ile kullanılan günde en fazla 2 adet flakon/ampul olarak tüm hekimler tarafından 2 aylık süreler ile reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.	

MADDE 19- Sağlık Uygulama Tebliğinin 3.1.2. Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler maddesinin 17. Fıkrasının (b) bendine "Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından temin edilen hazır ortez/protezler ile diğer iyileştirici araç ve gereçlerin, temin edilme bedeli üzerine 10 brüt asgari ücret tutarını geçmemek üzere %12 oranında işletme gideri eklenerek Kuruma fatura edilir." Hükmünün eklenmesi,

MADDE 20-Alınan kararlardan;

- 1- 1 numaralı kararın 18/05/2018 tarihinde,
- 2- 4 numaralı kararın 05/07/2018 tarihinde,
- 3- 5, 6, 7 ve 8 numaralı kararların 01/10/2018 tarihinde,
- 4- 9 numaralı kararın 18/7/2014 tarihinde,
- 5- 10 numaralı kararın (a) bendininin 9/9/2017 tarihinde, 10 numaralı kararın (b) bendi ile 12 numaralı kararın 18/9/2018 tarihinde,
- 6- 2, 3, 11, 13, 15, 16, 17 ve 18 numaralı kararların Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de belirtilen tarihte,
- 7- 14 numaralı kararın 3/9/2018 tarihinde,
- 8- 19 numaralı kararın yayımı tarihinde,

yürürlüğe girmesine oybirliği ile,

18/9/2018 tarihinde gerçekleşen toplantıda alınan kararların EK-1'deki şekilde Resmi Gazete'de yayımlanmasına,

Karar verilmiştir.