

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

Karar No : 2016/6

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu (SHFK), ilgili Yönetmelik gereği 6/10/2016 tarihinde toplantısını yaparak aşağıdaki kararları almıştır.

MADDE 1- Fiyat indirimi yapılan ilaçlar;

- a) Ek-4/C Listesinde 221,10 Avro fiyatla kayıtlı bulunan "DL-3 HYDROXYBUTYRİC ACİD SODIUM SALT POWDER" isimli ilacın fiyatının 29.09.2016 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 175,00 Avro olarak güncellenmesine,
- b) Ek-4/C Listesinde 450,00 Avro fiyatla kayıtlı bulunan "IXEMPRA 15 MG FLAKON" isimli ilacın fiyatının 11.08.2016 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 425,00 Avro olarak güncellenmesine,
- c) Ek-4/C Listesinde 1.275,00 Avro fiyatla kayıtlı bulunan "IXEMPRA 45 MG FLAKON" isimli ilacın fiyatının 11.08.2016 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 1.180,00 Avro olarak güncellenmesine,
- ç) Ek-4/C Listesinde 2.504,18 Avro fiyatla kayıtlı bulunan "ESBRİET 267 MG 252 CAPS." isimli ilacın fiyatının 10.06.2016 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 1.939,74 Avro olarak güncellenmesine,
- d) Ek-4/C Listesinde 1.754,00 Avro fiyatla kayıtlı bulunan "PERFORMA 267 MG 270 CAPS." isimli ilacın fiyatının 06.10.2016 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 600,00 Avro olarak güncellenmesine,

MADDE 1-1- Ucuz Eşdeğer olarak talebi bulunan ilaç hakkında;

"Yurtdışı İlaç Fiyat Listesi"nde (Ek-4/C) 1.939,74 Avro fiyatla kayıtlı bulunan "pirfenidone" etkin maddeli "Esbriet 267 mg 270 Caps." isimli ilacın daba ucuz muadili olan "Performa 267 mg 270 Caps." isimli ilacın 1.754,00 Avro fiyat ile eşdeğer grupları oluşturularak Ek-4/C listesine 26/08/2016 tarihinden geçerli olmak üzere kaydedilmesine,

MADDE 2- a) SUT EK-2/C-1 Listesi "İlave Oran Uygulanacak İşlemler Listesi" nde yer alan oranların SUT eki EK-2/A-1 Listesinde U1, U2, ve U4 sınıf kodu ile yer alan hastanelere uygulanması yönünde düzenleme yapılmasına,

b) SUT eki EK-2/A-1 Listesinde U sınıf kodu ile yer alan hastanelerde, SUT eki EK-2/C Listesinde P915033 kodlu "Fizik tedavi ve rehabilitasyon A Grubu" ile P915032 kodlu "Fizik tedavi ve rehabilitasyon B Grubu" işlemlerinde belirlenen puanlara %35 ilave edilerek faturalandırılması yönünde düzenleme yapılmasına,

c) SUT Eki Ek 2/B Listesinde yer alan 700941 kodlu "Transkateter protez kapak implantasyonu (Replasmanı)" işleminin listeden çıkarılmasına, listede yer alan bazı işlemlerin ise karar eki EK-1'de yer aldığı şekliyle yeniden düzenlenmesine,

ç) SUT Eki Ek 2/C Listesinde yer alan P700941 kodlu "Transkateter protez kapak implantasyonu (Replasmanı)" işleminin çıkarılmasına, listede yer alan bazı işlemlerin ise karar eki EK-2'de yer aldığı şekliyle yeniden düzenlenmesine,

Belirlenen kararların yayımlanacak olan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen tarihte yürürlüğe girmesine,

Karar verilmiştir.

EK-2/B			
HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ			
KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
700944	Transkateter protez aortik kapak implantasyonu (Replasmanı)		1.200,51
700945	Transkateter protez pulmoner kapak implantasyonu (Replasmanı)		1.200,51
608940	Videotorakoskopi, torakal sempatektomi	Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.Diğer endikasyonlar hariç	832,73
621044	Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik invitro fertilizasyon (İVF)		691,40

EK-2/C					
TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ					
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P608940	Videotorakoskopi, torakal sempatektomi	Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.Diğer endikasyonlar hariç.	B		2.495,78
P700944	Transkateter protez aortik kapak implantasyonu (Replasmanı)	Protez kapak, delivery sistem ve long sheath hariç	A3	*	2.263,74
P700945	Transkateter protez pulmoner kapak implantasyonu (Replasmanı)	Protez kapak, delivery sistem ve long sheath hariç	A3	*	2.263,74
P615000	Perkütan foramen ovale gasser gangliyonu RF termokoagülasyonu	X-ray hariç bir hasta için ömürlü boyunca üç defadan fazla yapılması halinde nöroloji, algoloji/anestezi ve beyin cerrahisi uzmanlarından oluşan sağlık kurulu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	C		937,27
	İNVİTRO FERTİLİZASYON İŞLEMLERİ				
P621044	Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik invitro fertilizasyon (İVF)	2.4.4.İ.2 Bakınız	B	*	2.091,06

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

Karar No : 2016/7

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu (SHFK), ilgili Yönetmelik gereği 27/10/2016 tarihinde toplantısını yaparak aşağıdaki kararları almıştır.

MADDE 1- - Lanvis 40 mg 25 tablet ile Bienu 100 Mg Enj. Çöz. İçin Toz İçeren Flakon ve Çözücüsü isimli ilaçlar hakkında Alternatif Geri Ödeme Komisyonu tarafından tıbbi ve ekonomik değerlendirmeler ve ilgili firmalar ile yapılan müzakereler sonucu alınan kararlar uygun bulunmuş olup;

Söz konusu ilaçların reçeteleme ve raporlama koşullarının Sağlık Uygulama Tebliğinde yayımlanması, yürürlük tarihi ile iskonto gizlenmesi yönünde modele ilişkin hükümlerin yürütümüne ilişkin işlemlerin GSS Genel Müdürlüğü ve ilgili daire başkanlıklarınca gerçekleştirilmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 2- Ödeme listesinde "insülin glarjin" etken maddesini içeren "Lantus SoloStar 100 U/ml 100 İÜ/ml" isimli ilaç ile aynı etken maddeyi içeren biyobenzer ürünlerin de geri ödeme listesine dahil olması ve %41 iskonto uygulanması halinde alternatifleri ile benzer maliyetlerde olması nedeniyle %41iskonto uygulanmasına, komisyon kararını takiben modula eczane sisteminde gerekli düzenlemenin yapılmasına, Ek-4/A Bedeli Ödenecek ilaçlar Listesinde %41iskonto ile yer almasına ve Kurum resmi internet sitesinde duyurulmasına oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 3- Esbriet isimli ilacın ve alternatiflerinin iç piyasada bulunması nedeniyle yurtdışından başka bir ilacın temin edilemeyeceği (Sağlık Bakanlığı yurtdışı ilaç temin mevzuatı gereği) dikkate alındığında % 21 iskontonun kabulüne, ilacın ilk yıl % 21, devamında % 41 iskonto ile Ek-4/A listesine ilavesine,

Söz konusu ilacın reçeteleme ve raporlama koşullarının belirlenerek SUT'ta yayımlanması, yürürlük tarihinin belirlenmesi işlemlerinin GSS Genel Müdürlüğü ilgili daire başkanlıklarınca gerçekleştirilmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 4- İnfluenza enfeksiyonunun anne ölüm nedenleri arasında önemli yer tutması, Bağışıklama Danışma Kurulu tarafından özellikle SGK ödeme kapsamında yer almasının önemle talep edilmesi nedeni ile gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde grip sezonunda yapılan grip aşısının ödeme kapsamına alınması, buna göre Sağlık Uygulama Tebliğinin ilgili maddesinde gerekli düzenlemenin yapılmasına,

Sağlık Uygulama Tebliğinde yayımlanması, yürürlük tarihinin belirlenmesine ilişkin işlemlerin GSS Genel Müdürlüğü ve ilgili daire başkanlıklarınca gerçekleştirilmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 5- a) Fiyat artışı talep edilen ilaçlar hakkında;

"Florinef 0.1 mg 100 tablet isimli ilacın fiyat artışı talebinin kabul edilerek, ilaç fiyatının kararın yayım tarihinden geçerli olmak üzere 19,00 Avro olarak oybirliği ile olumlu görüşle güncellenmesine,

b) Hasta katılım payından muaf tutulması talep edilen ilaçlar hakkında;

"Evolocumab" etkin maddeli "Repatha 140 mg 1 Pre Filled Syringe" isimli ilacın hasta katılım payından muaf tutulması talebine ilişkin, Sağlık Uygulama Tebliği Eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" (Ek-4/D) "4.8. Hiperkolesterolemi*, hiperlipidemi*" başlığı altına kararın yayım tarihinden geçerli olmak üzere "4.8.6. PCSK9 inhibitörleri * (evolocumab)" maddesinin oybirliği ile olumlu görüşle ilave edilmesine,

MADDE 6- SUT EK-2/C Listesinde yer alan P704210 kodlu Acil Hemodiyalizi işlem satırına schven eklenen (*)'ın işlem satırından silinmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

Belirlenen kararların yayımlanacak olan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen tarihte yürürlüğe girmesine,

Karar verilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

Karar No : 2016/8

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu (SHFK), ilgili Yönetmelik gereği 14/11/2016 tarihinde toplantısını yaparak aşağıdaki kararları almıştır.

MADDE 1- TYSABRİ İ.V. İnfüzyon İçin Konsantr Çözelti İçeren Flakon 300 mg/15ml isimli ilaç ile PİRFEKT 200 mg 252 film tablet isimli ilaçlar hakkında Alternatif Geri Ödeme Komisyonu tarafından tıbbi ve ekonomik değerlendirmeler ve ilgili firmalar ile yapılan müzakereler sonucu alınan kararlar uygun bulunmuş olup;

Söz konusu ilaçların reçeteleme ve raporlama koşullarının Sağlık Uygulama Tebliğinde yayımlanması, yürürlük tarihi ile modele ilişkin hükümlerin yürütümü ile ilgili işlemlerin GSS Genel Müdürlüğü ve ilgili daire başkanlıklarınca gerçekleştirilmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 2- Geri ödeme işlemlerinin kolaylaştırılması amacıyla Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/C-4 TIBBİ SARF MALZEMELER" listesinde yer alan bazı alan tanımlarının aşağıdaki şekilde değiştirilerek fiyatlarının yeniden belirlenmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

SUT KODU	ESKİ ALAN TANIMI	ESKİ FİYAT	SUT KODU	YENİ ALAN TANIMI	YENİ FİYAT
A10101	KOKLEAR İMPLANT PİLİ	0,45	A10101	İŞİTSEL İMPLANTLAR PİLİ	1,00
A10102	KOKLEAR İMPLANT ARA KABLO BEDELİ (AKTARICIDAN BAĞIMISIZ) ARA KABLO	38,00	A10102	İŞİTSEL İMPLANTLAR ARA KABLO BEDELİ (AKTARICIDAN BAĞIMISIZ) ARA KABLO	145,00
A10104	AKTARICI (BOBİN, TRANSMİTTER)	139,00	A10104	İŞİTSEL İMPLANTLAR AKTARICI (BOBİN, TRANSMİTTER)	200,00
A10105	PİL YUVASI	180,60	A10105	İŞİTSEL İMPLANTLAR PİL YUVASI	180,60

MADDE 3- Genel Sağlık Sigortalılarının ihtiyaç duyduğu A10103 SUT kodlu "KOKLEAR İMPLANT KONUŞMA İŞLEMCİSİ" dışındaki işitsel implantlara ait konuşma işlemcileri için SUT kodu açılma taleplerini karşılamak ve hasta mağduriyetini gidermek için Sağlık Uygulama Tebliği eki "EK-3/C-4 TIBBİ SARF MALZEMELER" listesinde konuşma işlemcilerinde yer alan A10103 SUT kodlu "KOKLEAR İMPLANT KONUŞMA İŞLEMCİSİ"nin fiyatı ile birlikte diğer işitsel implantlar için yeni SUT kodları, alan tanımları açılması ve fiyatlarının belirlenmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

SUT KODU	İŞİTSEL İMPLANTLAR SARF MALZEMELERİ	FİYATI
A10115	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI KONUŞMA İŞLEMCİSİ	11.376,00
A10116	ORTA KULAK İMPLANTI KONUŞMA İŞLEMCİSİ	11.376,00
A10117	BEYİN SAPI İMPLANTI KONUŞMA İŞLEMCİSİ	12.000,00
A10103	KOKLEAR İMPLANT KONUŞMA İŞLEMCİSİ	12.000,00

MADDE 4- SUT eki "EK-3/J KULAK BURUN BOĞAZ BRANŞI" listesinde bulunan alan tanımlarının güncellenmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI
KB1019	KOKLEAR İMPLANT (Konuşma İşlemcisi, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	İşlem puanına dahildir.
KB1022	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (Konuşma İşlemcisi , İç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	15.800,00
KB1030	ORTA KULAK İMPLANTI (Konuşma İşlemcisi, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	17.949,00
KB1035	BEYİN SAPI İMPLANTI (Konuşma İşlemcisi, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	35.425,00

MADDE 5- İşitsel implant sistemlerinden bazılarının bileşenleri için "EK-3/J KULAK BURUN BOĞAZ BRANŞI" listesinde yeni SUT kodları ve alan tanımlarının açılarak fiyatlarının belirlenmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI
KB1020	KOKLEAR İMPLANT (Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	13.275,00
KB1023	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (Konuşma İşlemcisi)	11.376,00
KB1024	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (İç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri)	3.424,00
KB1025	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	1.000,00

MADDE 6- EK-3/S GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ BRANŞI listesinde yer alan Sternum Sabitleme Malzemeleri Başlığı altındaki tıbbi malzemelerden, uygulama birliği sağlanması açısından "EK-3/I KALP VE DAMAR CERRAHİSİ BRANŞI" Listesinde aynı başlık altında eksik olan malzemelerin SUT kodlarının ve fiyatlarının ilk kez belirlenmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI
KV4007	STERNAL KABLO İMPLANTI (TİTANYUM)	150,00
KV4008	STERNAL PLAK, TİTANYUM, KİLİTLİ/KİLİTSİZ (HER BOY ŞEKİL ÖZELLİK DAHİL.)	900,00

Belirlenen kararların yayımlanacak olan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen tarihte yürürlüğe girmesine,

MADDE 7- SUT Eki Ek 2/B Listesinden karar eki EK-1'de yer alan işlem kodlarının çıkarılmasına oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 8- SUT Eki Ek 2/B Listesine karar eki EK-2'de yer alan işlem kodlarının eklenmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 9- SUT Eki Ek 2/B Listesinde karar eki EK-3'de yer alan işlem kodlarının açıklarına, işlem adı değişikliği yapılmasına oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 10- SUT Eki Ek 2/B Listesinde karar eki EK-4'de yer alan işlem kodlarında fiyat artışı yapılmasına oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 11- SUT Eki Ek 2/C Listesinden karar eki EK-5'de yer alan işlem kodlarının çıkarılmasına oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 12- SUT Eki Ek 2/C Listesine karar eki EK-6'da yer alan işlem kodlarının eklenmesine oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 13- SUT Eki Ek 2/C Listesinde karar eki EK-7’de yer alan işlem kodlarının açıklama, işlem adı değişikliği yapılmasına oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 14- SUT Eki Ek 2/C Listesinde karar eki EK-8’de yer alan işlem kodlarında fiyat artışı yapılmasına, oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

MADDE 15- SUT EK-2/C-1 Listesi “İlave Oran Uygulanacak İşlemler Listesi” nde yer alan oranların SUT eki EK-2/A-1 Listesinde U3 sınıf kodu ile yer alan hastanelere uygulanması yönünde düzenleme yapılmasına oybirliği ile olumlu görüşle kabulüne,

Belirlenen kararların yayımlanacak olan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen tarihte yürürlüğe girmesine,

Karar verilmiştir.

EK-1

EK-2/B			
HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ			
KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
550.980	Faset Eklem RFT/Kriyoablasyon, tek	Toplam sayı dahil	250,25
550990	Glossofaringeal RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	350,25
551030	Perkütan faset sinir denervasyon RFT/Kriyoablasyon, tek	Toplam sayı dahil	250,25
551040	Perkütan intradiskal RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	250,25
551060	RFT/Kriyoablasyon Nörotomi	Toplam sayı dahil	250,25
551070	Sakroiliyak eklem RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	200,17
551080	Servikal Dorsal Root Gangliyonu RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	250,25
551081	Torakal Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	250,00
551082	Lomber Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	250,00
551083	Sakral Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	250,00
551090	Spenopalatin gangliyon RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	300,17
551100	Stellat gangliyon RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	250,25

EK-2/B

HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
550981	Faset Eklem RFT, tek		250,25
550991	Glossofaringeal RFT	Toplam sayı dahil	350,25
551031	Perkütan faset sinir denervasyon RFT, tek	Toplam sayı dahil	250,25
551032	Perkütan faset sinir denervasyon Kriyoablasyon, tek	Toplam sayı dahil	250,25
551041	Perkütan intradiskal RFT	Toplam sayı dahil	250,25
551061	RFT Nörotomi	Toplam sayı dahil	250,25
551062	Kriyoablasyon Nörotomi	Toplam sayı dahil	250,25
551071	Sakroiliyak eklem RFT	Toplam sayı dahil	200,17
551072	Sakroiliyak eklem Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	200,17
551084	Servikal Dorsal Root Gangliyonu RFT	Toplam sayı dahil	250,00
551085	Torakal Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT	Toplam sayı dahil	250,00
551086	Lomber Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT	Toplam sayı dahil	250,00
551087	Sakral Dorsal Root Gangliyon (DRG) RFT	Toplam sayı dahil	250,00
551091	Spenoplatin gangliyon RFT	Toplam sayı dahil	300,17
551101	Stellat gangliyon RFT	Toplam sayı dahil	250,25
615602	Endoskopik BOS fistülü cerrahisi	602180, P602180 ve P615602 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
615161	Hidrosefali Şant Revizyonu	615160 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,00
615171	Aranoid Kist Endoskopik Fenestrasyon	P615170, 615170 ve P615171 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.198,99
615351	Endoskopik ventrikül içi cerrahisi	615350 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.500,00
615441	Yüzeysel metastatik beyin tümörleri	P615440 birlikte faturalandırılmaz.	1.176,69
615442	Derin metastatik beyin tümörleri	P615440 birlikte faturalandırılmaz.	2.866,00
615451	İnşüler bölge lezyonları (talamus bazal ganglion)		2.866,77
615571	4. Ventrikül tümör cerrahisi		2.700,00
615572	Beyin sapı lezyonlar cerrahisi		3.550,00
615601	Endoskopik hipofiz cerrahisi	Adenomektomi, P615600, 615600 ve P615601 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.300,00
615761	Lomber ekstradural tümör eksizyonu	616.020, P615760 ve 615760 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	1.086,06
615801	Servikal ekstradural tümör eksizyonu	616.070, P616070, P615800, 615800 ve 615801 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	959,30

615841	Torakal ektradural tümör eksizyonu	616.110, P616110, 615840, P615840 ve P615841 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dâhil	706,02
615891	Perkutan transpediküler biyopsi	614.150 ve 614.140 ile birlikte faturalandırılmaz.	320,00
615921	İnterlaminar yol ile Endoskopik lomber disk cerrahisi	615920, P615920, P615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	770,00
615922	Transforaminal yol ile Endoskopik lomber disk cerrahisi	615920, P615920, 615921, P615921 ve P615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	770,00
615931	Dar spinal kanalda unilateral dekompresyon	Posterior stabilizasyon işlemleri (614040 ve 614050) ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
616141	Endoskopik odontoid cerrahisi	616140, P616140 ve P616141 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.500,00
704631	Spermioqram (tam otomatize)	704630 ve 704570 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,00
618204	Koklear implant revizyonu	Koklear implant cerrahi ile yerleştirilen iç parçası hariç, Konuşma işlemcisi bu işlem kodu ile birlikte fatura edilemez. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır.	1.353,41
618205	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı revizyonu	Kafabandı uygulamasından sonra yapılan implantasyon uygulamaları da bu işlem üzerinden faturalandırılır. Konuşma işlemcisi bu işlem kodu ile birlikte fatura edilemez. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır. Kemiğe monte işitme cihazı aksesuarları, iç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve/veya bileşenleri ile Cerrahi ile yerleştirilen iç parça hariç	300,17
618206	Kafa bandı uygulaması	Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır. Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı konuşma işlemcisi ile birlikte faturalandırılır. Konuşma işlemcisi hariç, band dahil.	100,00
618207	Bilateral koklear implant yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır. Bir hasta için ömürü boyunca bir defa faturalandırılır. Bu kod faturalandırılan hastalara P618200 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz.	1.950,00

EK-3

EK-2/B			
HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ			
KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
602.180	Endoskopik BOS rinoresi cerrahisi	602.210 , 602.300 , 602.320 , 602.330 , 602.340, 615602 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
615.160	Hidrosefali şant ameliyatları	615161 ile birlikte faturalandırılmaz.	826,31
615.170	Hidrosefali ameliyatları, 3.ventrikülostomi	P615171, P615170 ve 615171 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.198,99

615.350	3. ventrikül içi tümörleri	615351 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.947,72
615.440	Glial tümör eksizyonu, mikroşirürjikal teknikle	P615441, P615442 birlikte faturalandırılmaz.	1.176,69
615.600	Transsfenoidal hipofizektomi	Adenomektomi, P615601, 615601 ve P615600 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.185,73
615.760	Lomber intradural tümör eksizyonu	616.020, P615761 ve 615761 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	1.086,06
615.800	Servikal intradural ekstrapedüller tümör eksizyonu	616.070, P616070, P615801, 615801 ve P615800 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	959,53
615.840	Torakal intradural ekstrapedüller tümör eksizyonu	616.110, P616110, P615840, P615841 ve 615841 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	706,02
615.920	Lomber mikrocerrahi ile diskektomi, tek seviye	P615920, P615921, 615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	700,34
615.991	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural adezyolizis		758,85
616.140	Transoral ontoidektomi	P616140, 616141 ve P616141 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.416,59
618.200	Koklear implant yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır. Bir hasta için ömrü boyunca iki defa faturalandırılır.Bu kod faturalandırılan hastalara P618204 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz.	1.303,41
618.202	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618201, P618203, P618250, P618340, P618410, 618.021, 618.090, 618.100, 618.200, 618.201, 618.203, 618.250, 618.340 ve 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır. Bir hasta için ömrü boyunca bir defa faturalandırılır.	700,34
704.570	Kruger testi	704631 ile birlikte faturalandırılmaz.	10,12
704.630	Sperma değerlendirilmesi (Bilgisayarla)	704631 ile birlikte faturalandırılmaz.	20,07

EK-2/B			
HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ			
KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
615.830	Spinal syringomyeli drenajı eksizyonu	616.020, 616.070, 616.110 ile birlikte faturalandırılmaz. Laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	1.416,18

EK-5					
TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ					
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P550980	Faset Eklem RFT/Kriyoablasyon, tek	Toplam sayı dahil	D	*	1.349,07
P550990	Glossofaringeal RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551030	Perkütan faset sinir denervasyon RFT/Kriyoablasyon, tek	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551040	Perkütan intradiskal RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.686,34
P551060	RFT/Kriyoablasyon Nörotomi	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551070	Sakroiliyak eklem RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.205,73
P551080	Servikal Dorsal Root Gangliyonu RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551081	Torakal Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551082	Lomber Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551083	Sakral Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551090	Spenoplatin gangliyon RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.306,91
P551100	Stellat gangliyon RFT/Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P607931	Vena safena magna ve /veya parvanın endovenöz ablasyonu (RF/lazer/buhar)	Tüm malzemeler dahil	C	*	2.000,00

TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P550981	Faset Eklemler RFT, tek		D	*	1.349,07
P550991	Glossofaringeal RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551031	Perkütan faset sinir denervasyon RFT, tek	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551032	Perkütan faset sinir denervasyon Kriyoablasyon, tek	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551041	Perkütan intradiskal RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.686,34
P551061	RFT Nörotomi	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551062	Kriyoablasyon Nörotomi	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551071	Sakroiliyak eklem RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.205,73
P551072	Sakroiliyak eklem Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.205,73
P551084	Servikal Dorsal Root Gangliyonu RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551085	Torakal Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551086	Lomber Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551087	Sakral Dorsal Root Gangliyon (DRG) RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551091	Spenopalatin gangliyon RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.306,91
P551101	Stellat gangliyon RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P615602	Endoskopik BOS fistüllü cerrahisi	602180, P602180 ve 615602 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		2.065,77
P615161	Hidrosefali Şant Revizyonu	P615160, 615160 ve 615161 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	*	2.455,96
P615171	Araknoid Kist Endoskopik Fenestrasyon	P615170, 615170 ve 615171 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		4.600,57
P615351	Endoskopik 3. ventrikül içi tümör cerrahisi	P615350, 615350 ve 615351 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		8.699,29
P615441	Yüzeyel metastatik beyin tümörleri	P615440 birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.448,97
P615442	Derin metastatik beyin tümörleri	P615440 birlikte faturalandırılmaz.	A2	*	7.139,97
P615571	4. Ventrikül tümör cerrahisi		A3		8.031,68
P615572	Beyin sapı lezyonlar cerrahisi		A2		13.515,09
P615601	Endoskopik hipofiz cerrahisi	Adenomektomi, P615600, 615600 ve 615601 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.174,02
P615761	Lomber ekstradural tümör eksizyonu	616.020, P615760 ve 615760 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		3.601,58
P615801	Servikal ekstradural tümör eksizyonu	616.070, P616070, P615800, 615800 ve 615801 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.648,57
P615841	Torakal ekstradural tümör eksizyonu	616.110, P616110, 615840, P615840 ve 615841 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.185,50

P615921	İnterlaminar yol ile Endoskopik lomber disk cerrahisi	615920, P615920, 615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	B	*	1.999,34
P615922	Transforaminal yol ile Endoskopik lomber disk cerrahisi	615920, P615920, 615921, P615921 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	B	*	1.999,34
P616141	Endoskopik odontoid cerrahisi	616140, P616140 ve 616141 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.826,95
P618205	Kemige implante edilebilir işitme cihazı revizyonu	Kafabandı uygulamasından sonra yapılan implantasyon uygulamaları da bu işlem üzerinden faturalandırılır. Konuşma işlemcisi bu işlem kodu ile birlikte fatura edilemez.KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI AKSESUARLARI İç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve/veya bileşenleri ile Cerrahi ile yerleştirilen iç parça hariç. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır.	B	*	1.979,34
P618206	Kafa bandı uygulaması	Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. Kemige implante edilebilir işitme cihazı konuşma işlemcisi ile birlikte faturalandırılır.Konuşma işlemcisi hariç, band dahil. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır.	E	*	100,00
P618204	Koklear implant revizyonu	Koklear implant cerrahi ile yerleştirilen iç parçası hariç,Konuşma işlemcisi bu işlem kodu ile birlikte fatura edilemez. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır.	A3	*	2.550,60
P618207	Bilateral koklear implant yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Koklear implant ve seti dahil. Bir hasta için ömür boyunca bir defa faturalandırılır. Bu kod faturalandırılan hastalara P618200 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz.	A3	*	90.900,00
P607932	Vena safena magna ve /veya parvanın endovenöz ablyasyonu RF	Tüm malzemeler dahil	C	*	2.000,00
P607933	Vena safena magna ve /veya parvanın endovenöz ablyasyonu lazer	Tüm malzemeler dahil	C	*	2.000,00
P607934	Vena safena magna ve /veya parvanın endovenöz ablyasyonu buhar	Tüm malzemeler dahil	C	*	2.000,00

TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ					
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P602180	Endoskopik BOS rinoresi cerrahisi	P602210, P602300, P602320, P602330, P602340, P615602 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		2.065,77
P615160	Hidrocefali şant ameliyatları	Şant aleti ücreti hariç, P615161, P615161 ve 615160 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	*	2.280,96
P615170	Hidrocefali ameliyatları, 3. ventrikülostomi	P615171, 615170 ve 615171 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		4.600,57
P615350	3. ventrikül içi tümörleri	P615351, 615350 ve 615351 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		8.146,29
P615440	Glial tümör eksizyonu, mikroşirürjikal teknikle	P615441, P615442 birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.448,97
P615600	Transsfenoidal hipofizektomi	Adenomektomi, P615601, 615601 ve 615600 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.059,02
P615760	Lomber intradural tümör eksizyonu	616.020, P615761 ve 615761 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpsektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		1.086,06
P615800	Servikal intradural ekstramedüller tümör eksizyonu	616.070, P615801, 615801 ve 615800 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpsektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.648,57
P615840	Torakal intradural ekstramedüller tümör eksizyonu	616.110, P616110, 615840, P615841 ve 615841 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpsektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.185,50
P615920	Lomber mikrocerrahi ile diskektomi, tek seviye	615920, P615921, 615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	B	*	1.929,34
P616140	Transoral odontoidektomi	616140, 616141 ve P616141 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		4.742,95
P618200	Koklear implant yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır. Koklear implant ve seti dahil. Bir hasta için ömrü boyunca herbir taraf için bir defa faturalandırılır. Bu kod faturalandırılan hastalara P618204 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz.	A3	*	46.000,00
P618202	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618201, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır. Kemiğe Monte İşitme Cihazı ve Aksesuarları hariç. Bir hasta için ömrü boyunca bir defa faturalandırılır.	B	*	1.929,34

TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ					
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P615830	Spinal syringomyeli drenajı eksizyonu	616.020, 616.070, 616.110 ile birlikte faturalandırılmaz. Laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.803,54