

TEBLİĞLER

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

Karar No: 2021/3

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu 06/07/2021 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

MADDE 1- “Trientrin Hidroklorür” etkin maddeli “WILENTIN 250 MG SERT KAPSUL (100 KAPSUL)” isimli ilacın; Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) eki “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” ve “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)”ne ilave edilmesine, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

MADDE 2- “Evolokumab” etkin maddeli “REPATHA 140 MG/ML SC ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (2 KALEM)” isimli ilacın; yalnızca “Homozigot ailesel hiperkolesterolemi” endikasyonunda olmak üzere SUT eki “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” ve “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)”ne ilave edilmesine, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

MADDE 3- “Kabozantinib” etkin maddeli “CABOMETYX 20 MG 30 FİLM KAPLI TABLET”, “CABOMETYX 40 MG 30 FİLM KAPLI TABLET” ve “CABOMETYX 60 MG 30 FİLM KAPLI TABLET” isimli ilaçların; SUT eki “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” ne ilave edilmelerine, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

MADDE 4- “Epidermal Büyüme Faktörü” etkin maddeli “REGEN-D 150 MCG JEL 15 GR TÛP/KUTU” isimli ilacın; SUT eki “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” ve “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)”ne ilave edilmesine, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

MADDE 5- “Ekluzimab” etkin maddeli “SOLIRIS KONSANTRE İNFÜZYON ÇÖZELTİSİ 300 mg/30 ml” isimli ilacın; “Nöromiyelitis Optika Spektrum Bozukluğu (NMOSB)” endikasyonunda da geri ödeme kapsamına alınmasına ve gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

MADDE 6- SUT’un “2.4.4.1-1-Invitro fertilizasyon (IVF)” başlıklı maddesinin birinci ve ikinci fıkralarının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine oy birliği ile,

“(1) Evli olmakla birlikte daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadığına bakılmaksızın evlat edinilmiş çocukları hariç mevcut evliliğinde çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısına en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, aşağıda belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanır.

a) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı türeme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

b) Kadının 23 yaşından büyük, 40 yaşından küçük olması,

c) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli/protokollü olması,

ç) Eşlerden birinin en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

d) Kadının primer overyan yetmezliği ve erkeğin azospermisi olması hâlleri hariç olmak üzere son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulları tarafından belirlenmesi.

(2) IVF tedavisine başlanan kadının IVF uygulama tarihinde (embriyo transferinin yapıldığı tarih) 40 yaşından büyük olması durumunda, IVF tedavisine ait bedeller Kurumca karşılanmaz. Ancak kadının 40 yaşından küçük olduğu tarihte düzenlenmiş geçerli sağlık raporunun bulunması ve rapor tarihinden itibaren 30 gün içinde embriyo transferinin gerçekleştirilmiş olması durumunda, IVF tedavisine ilişkin sağlık hizmetleri Kurumca karşılanır.”

MADDE 7- SUT’un “2.4.4.1-2- IVF sağlık kurulu raporu” başlıklı maddesinin üçüncü fıkrasının (a) bendi ve dördüncü fıkrasının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine oy birliği ile,

“(3) Sağlık kurulu raporunda;

a) Erkek faktörü için; oligozoospermide total progresif motil sperm sayısı 5 milyondan yüksek olan olgularda iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış “OI+IUI” tedavisinin yapılmış olmasına rağmen gebe kalmadığının (azoospermi olgularında bu şart aranmaz),

(4) Ancak; Kadının primer overyan yetmezliği ve erkeğin azospermisi olması hallerinde tanıya dayanak teşkil eden klinik ve laboratuvar bulgularının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, IVF öncesinde “OI ve/veya OI+IUI” tedavisi yapılmaya şartı aranmaz.” şeklinde düzenlenmesine,

MADDE 8- SUT’un “2.4.4.1-3-IVF tedavi bedellerinin ödenmesi” başlıklı maddesinin ikinci fıkrasının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine oy birliği ile,

(2) Embriyo freezing bedeli, birinci veya ikinci denemeden sonra SUT eki EK-2/B listesinde yer alan bedel üzerinden faturalandırılabilir.”

MADDE 9- SUT’un “2.4.4.1-2-Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisi” başlıklı maddesinin birinci fıkrasının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine ve dördüncü fıkrasının aşağıdaki şekilde eklenmesine oy birliği ile,

“(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve tubben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporumca dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ilişkin giderler, SUT’un 2.4.4.1-1 maddesinde yer alan hükümler uygulanmaksızın Kurumca karşılanır. Bu durum ve SUT’un 2.4.4.1-3 maddesinde belirtilen durumlar dışında preimplantasyon genetik tanı ve bu işlem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) PGT tetkikleri için EK-2/B listesinde yer alan 908746 kodlu "Preimplantasyon genetik tanı tetkikleri, kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik" işlem fatura edilecek olup ön hazırlık ve embriyoya yapılan tüm işlemler dahildir."

MADDE 10- SUT'a "2.4.4.1-3-Sağlam çocuk doğmasına yönelik Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) ve IVF tedavisi" başlıklı maddesinin aşağıdaki şekilde eklenmesine oy birliği ile,

"(1) Mevcut evliliğinde sağlam çocuk sahibi olan çiftler hariç olmak üzere; SUT eki "Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) ile İn vitro Fertilizasyon (IVF) Yapılacak Kalıtsal Hastalıklar Listesi (EK-2/K)" nde yer alan kalıtsal bir hastalığı olan veya bu hastalık için taşıyıcı olduğu belirlenen evli çiftin PGT yapılarak sağlam çocuk doğmasına yönelik sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ilişkin giderler SUT'un 2.4.4.1-1 maddesinin birincı fıkrasının (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır.

(2) PGT ile birlikte uygulanacak IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında SUT eki EK-2/K listesinde belirtilen branş hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir. Sağlık kurulu, sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.

(3) Sağlık kurulu raporu ile belirlenen ilaç dozları için SUT'un 4.2.42.D maddesinde yer alan hükümler geçerlidir.

(4) Sağlam çocuk doğmasına yönelik preimplantasyon genetik tanı ile IVF tedavi bedelleri, SUT eki EK-2/K listesinde yer alan tanılarda Kurumca karşılanır. Bu tanılara ait evli çiftin tıbbi genetik uzman imzalı genetik danışmanlık notu ile klinik yorumun yapıldığı genetik tanı raporu bulunmalıdır.

(5) PGT tetkikleri için EK-2/B listesinde yer alan 908747 kodlu "Preimplantasyon genetik tanı tetkikleri, sağlam çocuk doğmasına yönelik" işlem fatura edilecek olup ön hazırlık ve embriyoya yapılan tüm işlemler dahildir.

(6) Kurumla sözleşmeli/protokollü üremeye yardımcı tedavi merkezi (tüp bebek merkezi) tarafından elde edilen IVF'ye uygun embriyoların en fazla sekiz adet olmak üzere numaralandırılması gerekmekte olup, bu şekilde oluşturulan raporlar ile embriyoların genetik tanı raporunda belirtilen hastalık açısından "sağlıklı", "taşıyıcı", "hasta" olarak belirtildiği analiz sonuçlarını içeren raporların Kuruma incelemeye esas belge olarak gönderilmesi gereklidir.

(7) Yalnızca genetik tanı raporunda belirtilen hastalık açısından sağlıklı embriyo transfer edilmelidir.

(8) Kalıtsal bir hastalığı olan veya bu hastalık için taşıyıcı olduğu bilinen evli çiftin sağlam çocuk sahibi olmasına yönelik IVF işlemi, PGT ile belirlenen sağlıklı embriyo transferi ile yapıldığından üç deneme sayısı PGT için de geçerlidir. Üç deneme IVF yapılması durumunda PGT hakkı da sona erer.

(9) PGT veya IVF hakkı en fazla üç deneme ile sınırlıdır.

(10) PGT ile elde edilen ve transfer edilmeyen sağlıklı embriyo veya embriyoların freezing işlemi, IVF deneme hakkının bulunması durumunda Kurumca karşılanır.

(11) IVF tedavisinin freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi ile yapılması durumunda işlemler, SUT eki EK-2/C listesinde yer alan "Freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi" işlemi üzerinden faturalandırılacaktır. Bu durumda söz konusu işlem deneme sayısına dâhil edilecektir."

MADDE 11- SUT eki "Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)" ne aşağıda yer alan yeni işlem kodlarının tanımlanmasına oy birliği ile,

| | | | |
|---------|--|--|----------|
| 621043 | Sağlam çocuk doğmasına yönelik invitro fertilizasyon (İVF) | SUT 2.4.4.1-3 maddesine bakınız. | 1.908,26 |
| 908746 | Preimplantasyon Genetik Tanı Tetkikleri, kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik | SUT 2.4.4.1-2 maddesine bakınız. Her bir deneme için bir adet faturalandırılır. HLA doku uygunluk tetkikleri dahildir. Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezinde çalışılması halinde faturalandırılır. | 9.831,47 |
| 908747 | Preimplantasyon Genetik Tanı Tetkikleri, sağlam çocuk doğmasına yönelik | SUT 2.4.4.1-3 maddesine bakınız. Her bir deneme için bir adet faturalandırılır. Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezinde çalışılması halinde faturalandırılır. | 9.274,87 |
| L103811 | İnterferon Gama Salınım Testi (IGRA) | | 244,47 |
| L113991 | Argatroban (Plazma) | | 19,38 |
| L114101 | Edoksaban (Plazma) | L114102 ile birlikte faturalandırılmaz. | 19,38 |
| L114102 | Edoksaban (LC/MS/MS) (Serum/Plazma) | L114101 ile birlikte faturalandırılmaz. | 42,65 |
| L114221 | Heparin -Düşük moleküler ağırlıklı (LMWH) (Plazma) | | 19,38 |
| L114222 | Heparin-Fraksiyone olmayan (UFH) (Plazma) | | 19,38 |

MADDE 12- SUT eki "Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/C) " ne aşağıda yer alan yeni işlem kodunun tanımlanmasına oy birliği ile,

| | | | | | |
|---------|--|----------------------------------|---|---|----------|
| P621043 | Sağlam çocuk doğmasına yönelik invitro fertilizasyon (IVF) | SUT 2.4.4.İ-3 maddesine bakınız. | B | * | 5.771,33 |
|---------|--|----------------------------------|---|---|----------|

MADDE 13- SUT eki EK-2 listesine "Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) ile İnvitro Fertilizasyon (IVF) Yapılacak Kalıtsal Hastalıklar Listesi (EK-2/K)" nin, Ek-1 'de yer alan şekliyle eklenmesine oy birliği ile,

MADDE 14- Alınan kararların Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de belirtilen tarihte, yürürlüğe girmesine,

Karar verilmiştir.

Ek:

1- Ek-1 Listesi

| PREİMLANTASYON GENETİK TANI (PGT) İLE İNVİTRO FERTİLİZASYON (İVF) YAPILACAK KALITSAL HASTALIKLAR LİSTESİ | | | |
|--|--|--|---|
| TANI KODU | HASTALIK ADI | BELGE | SAGLIK KURULU /İLGİLİ BRANS |
| D56.1 | Beta Talasemi (HBB, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin hematoloji uzmanı veya çocuk hematoloji ve onkoloji uzmanının yer aldığı beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| D66 | Kalıtımsal Faktör VIII Eksikliği (F8, geni) | Annenin taşıyıcı olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin hematoloji uzmanı veya çocuk hematoloji ve onkoloji uzmanının yer aldığı beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| D67 | Kalıtımsal Faktör IX Eksikliği (F9, geni) | Annenin taşıyıcı olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin hematoloji uzmanının yer aldığı beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| D81.3 | Adenozin Desaminaz [ADA] Eksikliği (ADA, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, çocuk/erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı veya çocuk metabolizma hastalıkları, çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzmanı veya çocuk immünolojisi uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| E71 | Dallı-Zincirli Amino Asit Metabolizması Ve Yağ Asidi Metabolizması Bozuklukları (ACAT1, BCKDHA, BCKDHB, DBT, GCDH, HMGCL, IVD, MCCC1, MCCC2, MCEE, MMAA, MMAB, MMAACH, MMAADHC, MMUT, PCCA, PCCB, PRDX1, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı /çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları uzmanı veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| E72.2 | Üre Siklus Metabolizması Bozuklukları(ARGL1, ASL, ASS1, CPS1, NAGS, OTR, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| E75 | Singolipid Metabolizması Bozuklukları Ve Diğer Lipid Depo Bozuklukları (GLA, geni) | Annenin taşıyıcı olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları uzmanı veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| E76.0 | Mukopolisakkaridoz, Tip I (IDUA, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı /çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| E76.1 | Mukopolisakkaridoz, Tip II (IDS, geni) | Annenin taşıyıcı olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı /çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları uzmanı veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| E76.2 | Mukopolisakkaridozlar, Diğer (GLB1, HYAL1, ARSB, GUSB, HGSNAT, GALNS, NAGLU, SGSH, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| E76.3 | Mukopolisakkaridoz, Tanımlanmamış (GLB1, HYAL1, ARSB, GUSB, HGSNAT, GALNS, NAGLU, SGSH, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın doğum uzmanı ve çocuk/erişkin endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| E84 | Kistik Fibrozis(CFTR, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| G11.3 | Ataksielenjoktazi (ATM, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, çocuk immünoloji ve alerji uzmanı ve çocuk/erişkin nöroloji uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| G12 | Spinal Musküler Atrofi Ve İlgili Sendromlar (SMN1, geni) | Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin nöroloji uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |
| G71.0 | Musküler Distrofi (DMD, geni) | Annenin taşıyıcı olduğunun belgelenmesi | En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı, tüp bebek sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/erişkin nöroloji uzmanının yer aldığı, beş kişiden oluşan sağlık kurulu raporu gereklidir. |

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

Karar No: 2021/4

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu 03/08/2021 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

MADDE 1- Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) eki "EK-3/İ KALP DAMAR CERRAHİSİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ" nde yer alan "KV4020" SUT kodu ve "PERKÜTAN EKZOVENÖZ REKONSTRÜKSİYON SİSTEMİ (KATETER DAHİL)" tıbbi malzeme alan tanımının geri ödeme kuralı ve/veya kriterleri ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

| | | | |
|--------|--|--|----------|
| KV4020 | PERKÜTAN EKZOVENÖZ REKONSTRÜKSİYON SİSTEMİ (KATETER DAHİL) | (1) Sadece 607891 işlem kodu ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli karşılanır. | 3.693,80 |
|--------|--|--|----------|

MADDE 2- SUT eki "Hizmet Başlı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)" nde "607891" SUT kodlu "Perkütan perivenöz (ven kapağı) destekleyici madde uygulaması" şeklinde yer alan işlem satırının yürürlükten kaldırılmasına oy birliği ile,

MADDE 3- Alınan kararların 28.07.2021 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girmesine,

Karar verilmiştir.