

TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

Karar No: 2026/4

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu 16/07/2026 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

MADDE 1- MEDULA Provizyon Sisteminde kayıtlı "Eczanelerde Üretilen İlaçlar İçin Tarife" (Majistral Tarife)'de yer alan fiyatların %40 oranında artırılmasına, gerekli düzenlemelerin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

MADDE 2- MEDULA Provizyon Sisteminde kayıtlı majistral ilaçlar için Kurum tarafından ödenen azami fiyata %40 oranında artış yapılmasına, gerekli düzenlemelerin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

MADDE 3- Ulusal Zehir Danışma Merkezi'nde bulundurulması gereken antidotlar listesinde yer alan, zehirlenmelerde kullanılması nedeniyle mümkün olan en kısa sürede uygulanması gereken ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne tedarik edilerek Antidot Stok Merkezi olan hastanelere gönderilmekte olan antidotlara ilişkin olarak;

"2000000131136" barkod numaralı "Pralidoksime Tuzları 2-Pam" isimli antidot ile aynı etkin maddeli "8699839790019" barkod numaralı "Contrathion Flakon %2" isimli ürünün fiyatlarının 786,85 TL olarak güncellenmesine,

"2000000131133" barkod numaralı "Anticholium 2 mg/Amp (Physostigmin Salicylat)" isimli antidotun fiyatının 2.262,98 TL olarak güncellenmesine,

"2000000131130" barkod numaralı "Metilen Mavis %1" isimli antidotun fiyatının 30,22 TL olarak güncellenmesine,

"2000000131135" barkod numaralı "Cyanokit 5 G/Sise 1 Sise/Kutu" isimli antidotun fiyatının 130.093,58 TL olarak güncellenmesine,

"2000000160137" barkod numaralı "Dimaval 250 mg/Ampul 5 Ampul/Kutu" isimli antidotun fiyatının 4.743,86 TL olarak güncellenmesine,

"2000000131153" barkod numaralı "Dimaval 250 mg/5ml Ampul" isimli antidotun MEDULA Provizyon Sisteminde 4.743,86 TL olarak eklenmesine,

"2000000160136" barkod numaralı "Dimaval 100 mg/Kapsül 20 Kapsül Kutu" isimli antidotun fiyatının 968,42 TL olarak güncellenmesine,

"2000000131154" barkod numaralı "Dimaval 100 mg Kapsül" isimli antidotun MEDULA Provizyon Sisteminde 968,42 TL olarak eklenmesine,

"2000000160134" barkod numaralı "Digifab 40 mg/Flakon 1 Vial /Kutu" isimli antidotun fiyatının 29.643,28 TL olarak güncellenmesine,

"2000000131124" barkod numaralı "Etil Alkol %10" isimli antidotun fiyatının 24,92 TL olarak güncellenmesine,

"2000000160130" barkod numaralı "B.A.T(Botillismus Heptavalan Antiserum A, B, C, D, E, F, G) 50 ml Şişe" isimli antidotun fiyatının 74.041,51 TL olarak güncellenmesine,

"2000000131150" barkod numaralı "Botulismus Polivalan Antiserum(A-B-C-D-E-F-G)" isimli antidotun MEDULA Provizyon Sisteminde 74.041,51 TL olarak eklenmesine,

"2000000131139" barkod numaralı "Silibinin (Legalon-Sil İnj Plv Sol 4x350 Mg)" isimli antidotun fiyatının 10.497,70 TL olarak güncellenmesine,

"2000000131155" barkod numaralı "Metalcapase 300 mg 100 Tb" isimli antidotun MEDULA Provizyon Sisteminde 727,31 TL olarak eklenmesine,

oy birliği ile,
MADDE 4-SUT eki "Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)"ne aşağıda bilgileri yer alan SUT kodunun, alan tanımı ve fiyatı ile birlikte eklenmesine oy birliği ile,

HO1034	SEÇİCİ PLAZMA DEĞİŞİMİ (SPD) SET (HEMOFİLTRE VE TÜBAJ HATLARI DAHİL)	(1) Hematoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile bedeli karşılanır.	4.600,00
--------	--	---	----------

MADDE 5- SUT eki "Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)"nde yer alan HO1005 ve HO1017 SUT kodlu tıbbi malzemelerin fiyatlarının toplamının aynı amaca hizmet eden ancak ayrılmaz bir bütün olarak işlev gören, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu (SHFK) Kararı ile eklenen HO1034 SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatına eşitlenmesi için aşağıda yer alan şekilde fiyatlarının aşağı yönlü revize edilmesine oy birliği ile,

HO1005	TERAPÖTİK AFEREZ TÜP SETİ (TEK KULLANIMLIK) (ADSORBSİYON, ADSORTİF SİTAFEREZ, DOUBLE FİLTREASYON, Ig ve İMMÜN KOMPLEKS FİLTREASYON VEYA VİRAL ERADİKASYON, LİPİD AFEREZ, SEÇİCİ PLAZMA DEĞİŞİMİ, SEPSİS ADSORBSİYON)	(1) Hematoloji uzmanının bulunduğu, hastalığın tanısının ve yapılacak işlemin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bedeli karşılanır. (2) Bu sağlık kurulu raporu 3 (üç) ay geçerlidir. (3) Kolon, filtre veya membran (HO1003, HO1008, HO1009, HO1011,	2.116,57
--------	--	---	----------

		HO1012, HO1017, HO1018, HO1020, HO1022) ile birlikte faturalandırılabilir. (4) İğne ve transfer torbası fiyata dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.	
--	--	--	--

HO1017	PLAZMA FİLTRESİ	(1) Hematoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile bedeli karşılır.	2.483,43
--------	-----------------	--	----------

MADDE 6- "Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/H)"nde yer alan KR3001 SUT kodlu "Torasik Endovasküler Aortik Stentgreft (Tevar) Uygulaması Malzeme Seti (Tüm Parçalar Dahil) " isimli malzeme, "Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)"nde yer alan KV4001 SUT kodlu "Torasik Endovasküler Aortik Stentgreft (Tevar) Uygulaması Malzeme Seti (Tüm Parçalar Dahil) " isimli malzeme ve "Radyoloji Branşı Ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M) "nde yer alan GR3001 SUT kodlu "Torasik Endovasküler Aortik Stentgreft (Tevar) Uygulaması Malzeme Seti (Tüm Parçalar Dahil) " ile aynı malzeme olup fiyat farklılığının giderilmesi amacıyla KR3001 ve KV4001 SUT kodlu malzemelerin fiyatlarının aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

KARDİYOLOJİ BRANŞINA AIT TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ (EK-3/H)			
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYAT (TL)
KR3001	TORASİK ENDOVASKÜLER AORTİK STENTGREFT (TEVAR) UYGULAMASI MALZEME SETİ (TÜM PARÇALAR DAHİL)	(1) Yılda 250 (iki yüz elli) adet tanısıl anjiyografi veya işlem yapılan sağlık hizmeti sunucularında; 2 (iki) kardiyoloji uzmanı ile birlikte radyoloji veya KVC uzmanının olduğu konsey kararı ile sadece P605820 kodlu işlem veya 605820 kodlu işlem ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli karşılır. a) Torasik Endovasküler Aortik Stentgreftlerin (TEVAR) aşağıda belirtilen girişim endikasyonları, TEVAR için anatomik uygunluk varlığında ve açık cerrahi için risk faktörlerinin bulunması durumunda kullanılması uygundur. EVAR için belirtilen açık cerrahi risk faktörleri TEVAR için de geçerlidir. b) Dejeneratif anevrizmalarda, 1) Semptomatik anevrizmalar 2) Asemptomatik hastalarda ≥ 55 mm çap 3) Asemptomatik hastalarda kadın , KOAH varlığı, aile öyküsü, Marfan ve benzer konnektif doku hastalığı olanlarda, kronik tip B diseksiyonlarda ≥ 50 mm çap 4) 6 ay içinde ≥ 5 mm ekspansiyon 5) Sakküler anevrizmalar, penetran ülserler, intramural hematom c) Akut aortik sendromlarda, 1) Komplike akut tip B diseksiyon (geçmeyen ağrı, kontrol edilemeyen hipertansiyon, malperfüzyon, retrograd yayılım) 2) Yayılan akut tip B intramural hematom 3) Travmatik aort transeksiyonu 4) Akut ya da kronik psödeanevrizma (2) "STENTGREFT, AORTİK, TORASİK" başlığı altında yer alan ve set içeriğini oluşturan her bir komponente ait SUT kodunun MEDULA-Hastane sistemine ayrıca kaydedilmesi gerekmektedir.	72.259,69

KALP DAMAR CERRAHİSİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ (EK-3/1)

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYAT (TL)
KV4001	TORASİK ENDOVASKÜLER AORTİK STENTGREFT (TEVAR) UYGULAMASI MALZEME SETİ (TÜM PARÇALAR DAHİL)	(1) Yılda 250 adet tanısal anjiyografi veya işlem yapılan sağlık hizmeti sunucularında; 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte radyoloji veya kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile P605820 kodlu işlem veya 605820 kodlu işlem ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli karşılanır. a) Torasik Endovasküler Aortik Stentgreftlerin (TEVAR) aşağıda belirtilen girişim endikasyonları, TEVAR için anatomik uygunluk varlığında ve açık cerrahi için risk faktörlerinin bulunması durumunda kullanılması uygundur EVAR için belirtilen açık cerrahi risk faktörleri TEVAR için de geçerlidir. b) Dejeneratif anevrizmalarda, 1) Semptomatik anevrizmalar 2) Asemptomatik hastalarda ≥ 55 mm çap 3) Asemptomatik hastalarda kadın, KOAH varlığı, aile öyküsü, Marfan ve benzer konnektif doku hastalığı olanlarda, kronik tip B diseksiyonlarda ≥ 50 mm çap 4) 6 ay içinde ≥ 5 mm ekspansiyon 5) Sakküler anevrizmalar, penetran ülserler, intramural hematom c) Akut aortik sendromlarda, 1) Komplike akut tip B diseksiyon (geçmeyen ağrı, kontrol edilemeyen hipertansiyon, malperfüzyon, retrograd yayılım) 2) Yayılın akut tip B intramural hematom 3) Travmatik aort transeksiyonu 4) Akut ya da kronik psödoanevrizma (2)“STENTGREFT, AORTİK, TORASİK” başlığı altında yer alan ve set içeriğini oluşturan her bir komponente ait SUT kodunun MEDULA-Hastane sistemine ayrıca kaydedilmesi gerekmektedir.	72.259,69

MADDE 7-

a) SUT'un "2.4.2.B-1- Kemik iliği nakli" başlıklı maddesinin birinci, ikinci ve üçüncü fıkralarının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine,

"(1) Kemik iliği nakli tedavilerinde; hastaların hematopoetik kök hücre vermek için gerekli gönüllü onam formunu imzalayan anne, baba, kardeş ve çocuklarından, HLA doku grubu uyumlu verici bulmak amacı ile yapılan doku uyumluluk testlerinin giderleri (moleküler veya serolojik testler) ile bu adaylar arasından uygun vericisi bulunamayan hastaların diğer akrabalık ilişkisi olan hematopoetik kök hücre vermek için gerekli gönüllü onam formunu imzalayan erişkin yaş grubunda 10, pediatrik yaş grubunda 30 aday geçmemek üzere HLA doku grubu belirleme testlerinin giderleri, Kurum tarafından karşılanır. Bu testlerin sonuçları Sağlık Bakanlığınca belirlenen formatta kemik iliği doku bilgi bankalarına iletilir.

(2) Birinci fıkrada tanımlanmış olan tarama sonucu uygun verici bulunamadığı takdirde; Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan "Kemik İliği Doku Bilgi Bankaları Listesi"nde yer alan yurt içindeki kemik iliği doku bilgi bankalarına, öncelikle yurt içi verici kaynakları taranacak olup tarama sonucu uygunluk gösteren kemik iliği verici adayı bulunamaması veya testleri uyumlu olsa da hematopoetik kök hücre vermek için gerekli gönüllü onam formunu imzalamayan bir verici adayı olması durumunda, yurt dışı verici kaynaklarının taranmasına da başlanabilecektir.

(3) Kemik iliği doku bilgi bankalarının birinci aşama işlemlerin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "705090" ve "705110" işlem kodları üzerinden, adres, doku tipi doğrulama, nakil merkezinin ve hastanın/vericinin durumu ve nakil endikasyonunun teyidi, konsey kararının temini, verici ile kök hücre bağı hakkında görüşme, vericinin bilgilendirilmesi ve onay alma işlemlerinin "705100" ve "705120" işlem kodları üzerinden faturalandırılması gerekmektedir."

b) SUT eki "Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)" nde "Kemik İliği Nakilleri" başlığında yer alan 705100 ve 705120 kodlu işlem satırlarının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine,

Hizmet Baş İşlem Puan Listesi (EK-2/B)

İşLEM KODU	İşLEM ADI	AÇIKLAMA	İşLEM PUANI
705100	Yurt içi doku veri bankalarınca uluslararası doku veri bankalarında akraba olmayan verici taraması	Adres, doku tipi doğrulama, nakil merkezinin ve hastanın/ vericinin durumu ve nakil endikasyonunun teyidi, konsey kararının temini ve onay alma dahil her donör için ayrı	1.837,51
705120	Yurt içi doku veri bankalarınca yurt içindeki doku veri bankalarında akraba olmayan verici taraması	Adres, doku tipi doğrulama, nakil merkezinin ve hastanın/vericinin durumu ve nakil endikasyonunun teyidi, konsey kararının temini, verici ile kök hücre bağışı hakkında görüşme, vericinin bilgilendirilmesi ve onay alma dahil her donör için ayrı	1.837,51

c) SUT eki “Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” nde yer alan “Kemik iliğı Nakilleri” başlığının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine,

Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)

İşLEM KODU	İşLEM ADI	AÇIKLAMA	İşLEM GRUBU	*	İşLEM PUANI
	Kemik İliğı Nakilleri	Kemik iliğı bankalarından temin edilen kemik iliğı/ kordon kanı bedelleri hariç olmak üzere kemik iliğı paket fiyatlarına aynı sağık hizmeti sunucusunda paket süresi içinde donöre yapılanlar da dahil olmak üzere her türlü tetkik, tahlil, işlem, kan ve kan bileşenleri, tıbbi malzeme, kan ürünleri dahil ilaçlar (Kemik iliğı nakli ve komplikasyon tedavilerine ilişkin olmayan nakil öncesinde mevcut olan kronik hastalıklara ilişkin ayakta tedavilerde reçete edilen ilaçlar ve şahsi tedavi için yurtdışından getirtilen ilaçlar hariç) ve komplikasyon tedavisine ilişkin ücretler dahildir. Paket fiyat, allojenik nakil öncesi 15 günü ve nakil sonrası 90 günü kapsar.			

oy birliğı ile,

MADDE 8-

a) SUT eki “Hizmet Baş İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” ne yeni işlem kodlarının eklenmesine ve “603550” kodlu işlem satırının aşağıdaki tabloda yer aldığı şekilde düzenlenmesine,

Hizmet Baş İşlem Puan Listesi (EK-2/B)

İşLEM KODU	İşLEM ADI	AÇIKLAMA	İşLEM PUANI
603331	Mediastinal malign tümör eksizyonu (torakoskopik)	603350 ile birlikte faturalandırılmaz.	26.822,66
603332	Mediastinal kist veya tümör eksizyonu (torakoskopik)	603350 ile birlikte faturalandırılmaz.	22.281,30
603550	Kloakal ekstrofi onarımı	Üçüncü basamak sağık hizmeti sunucuları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	20.222,02
603551	Kloaka onarımı	Konjenital persistan kloaka anomaliasinde üçüncü basamak sağık hizmeti sunucuları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	20.222,02
603881	Bochdalek hernisi onarımı (torakoskopik/laparoskopik)	Doğumsal diyafragma hernisinde kullanılır.	11.123,00
603951	Diyafragma evantrasyonu, primer onarım (torakoskopik /laparoskopik)		7.874,02
604001	Morgagni hernisi onarımı (laparoskopik)		11.123,00
608481	Trakeoözefagial fistil primer onarımı (torakoskopik)		15.748,14

608671	Kist hidatik ameliyatları, akciğer (torakoskopik)		9.861,70
608681	Konjenital akciğer malformasyonları rezeksiyonu (torakoskopik)		14.342,02
608991	Konjenital koledok kisti, hepatikojejunostomi	Konjenital koledok kisti için yapıldığında faturalandırılır.	9.260,72
608992	Konjenital koledok kisti, hepatikojejunostomi (laparoskopik)	604070, 604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	10.186,79
609131	Portoenterostomi (laparoskopik)	604070, 604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	28.416,01
609892	Konjenital duodenal atrezi onarımı	604070, 604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	19.388,60
609893	Konjenital duodenal atrezi onarımı (laparoskopik)		21.327,46
609894	Mide ve duodenum duplikasyonlarında total eksizyon	604070, 604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	5.533,50
609912	Pilorumotomi, hipertrofik pilor stenozunda, (laparoskopik)	604070, 604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	5.072,93
609951	Konjenital atrezi düzeltilmesi, jejunal ve ileal (laparoskopik)	604070, 604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	21.327,46
610231	İnvazivasyonda mantel redüksiyon (laparoskopik)		4.057,37
610271	Transanal endorektal pull through	Hirschsprung hastalığında faturalandırılır. 604070, 604071, 610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	20.354,22
610272	Abdominoperineal endorektal pull through	Hirschsprung hastalığında faturalandırılır. 604070, 604071, 610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	20.354,22
610273	Abdominoperineal endorektal pull through, laparoskopik	Hirschsprung hastalığında faturalandırılır. 604070, 604071, 610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	22.389,64
610362	Rektal tam kat biyopsi	Hirschsprung hastalığında faturalandırılır.	945,91
610481	Posterior sagittal anorektoplasti	Konjenital anorektal malformasyonlarda tüm anatomik fistüller için faturalandırılır. 610290, 610310, 610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	20.354,22
610482	Posterior sagittal anorektoplasti, laparoskopik	Konjenital anorektal malformasyonlarda tüm anatomik fistüller için faturalandırılır. 610290, 610310, 610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	22.389,64
610483	Perineoplasti, Anorektal malformasyonlarda	Konjenital anorektal malformasyonlarda rektoperineal fistüllerde faturalandırılır.	6.067,44
618571	Nöroblastom eksizyonu, (laparoskopik)		28.882,77
618862	Wilm's tümörü çıkarılması, (laparoskopik)		33.567,53

b) SUT eki "Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)" ne yeni işlem kodlarının aşağıdaki şekilde eklenmesine ve "P603550" kodlu işlem satırının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine,

Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)

İŞLEM KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P603331	Mediastinal malign tümör eksizyonu (torakoskopik)	P603350 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		212.153,90
P603332	Mediastinal kist veya tümör eksizyonu (torakoskopik)	P603350 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		164.673,47
P603550	Kloakal ekstrofi onarımı	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	A2		155.746,18
P603551	Kloaka onarımı	Konjenital persistan kloaka anomalisinde üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından faturalandırılır.	A2		155.746,18

P603881	Bochdalek hernisi onarımı, (torakoskopik/laparoskopik)	Doğumsal diyafragma hernisinde kullanılır.	A3		94.911,37
P603951	Diyafragma evantrasyonu, primer onarım (torakoskopik /laparoskopik)		B		57.449,28
P604001	Morgagni hernisi onarımı (laparoskopik)		A3		94.911,37
P608481	Trakeoözefagial fistül primer onarımı (torakoskopik)		A3		118.134,16
P608671	Kist hidatik ameliyatları, akciğer (torakoskopik)		B		46.677,69
P608681	Konjenital akciğer malformasyonları rezeksiyonu (Torakoskopik)		A3		127.070,31
P608991	Konjenital koledok kisti, hepatikojejunostomi	Konjenital koledok kisti için yapıldığında faturalandırılır	B		67.832,72
P608992	Konjenital koledok kisti hepatikojejunostomi (laparoskopik)	P604070, P604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		74.615,99
P609131	Portoenterostomi (laparoskopik)	P604070, P604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		176.351,57
P609892	Konjenital duodenal atrezi onarımı	P604070, P604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		100.402,09
P609893	Konjenital duodenal atrezi onarımı (laparoskopik)		A3		110.442,30
P609894	Mide ve duodenum duplikasyonlarında total eksizyon	P604070, P604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		21.955,22
P609912	Piloromyotomi, hipertrofik pilor stenozunda, (laparoskopik)	P604070, P604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		53.281,77
P609951	Konjenital atrezi düzeltilmesi, jejunale ve ileal (laparoskopik)	P604070, P604071 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		110.442,30
P610231	İnvajinasyonda manüel redüksiyon (laparoskopik)		C		19.563,36
P610271	Transanal endorektal pull through	Hirschsprung hastalığında faturalandırılır. P604070, P604071, P610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		112.778,99
P610272	Abdominoperineal endorektal pull through	Hirschsprung hastalığında faturalandırılır. P604070, P604071, P610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		112.778,99
P610273	Abdominoperineal endorektal pull through, laparoskopik	Hirschsprung hastalığında faturalandırılır. P604070, P604071, P610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		124.056,89
P610481	Posterior sagittal anorektoplasti	Konjenital anorektal malformasyonlarda tüm anatomik fistüller için faturalandırılır. P610290, P610310, P610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		112.778,99
P610482	Posterior sagittal anorektoplasti, laparoskopik	Konjenital anorektal malformasyonlarda tüm anatomik fistüller için faturalandırılır. P610290, P610310, P610080 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		124.056,89
P610483	Perineoplasti, anorektal malformasyonlarda	Konjenital anorektal malformasyonlarda rektoperineal fistüllerde faturalandırılır.	B		28.888,43
P618571	Nöroblastom eksizyonu, (laparoskopik)		A3		321.440,09
P618862	Wilm's tümörü çıkarılması, (laparoskopik)		B	*	147.355,66

oy birliği ile,

MADDE 9- SUT eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde yer alan “701223” kodlu işlem satırının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine oy birliği ile,

Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)

İŞLEM KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
701223	Endobronşyal Ultrasonografi (EBUS) eşliğinde biyopsi	608310, 608370 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.223,46

MADDE 10- SUT eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde “Laboratuvarında Yapılan Uyku Araştırmaları” başlığı ile “702850” ve “702880” kodlu işlem satırlarının aşağıdaki şekilde düzenlenmesine, “Uyku Çalışmaları” başlığının eklenmesine oy birliği ile,

Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)

İŞLEM KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
	UYKU ÇALIŞMALARI		
	Uyku Laboratuvarında Yapılan Tetkikler	Göğüs hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları, nöroloji, çocuk nörolojisi, ruh sağlığı ve hastalıkları, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları ve kulak burun boğaz uzman hekimleri tarafından, tüm gece uyku laboratuvarında yapılması halinde faturalandırılır. Yatak ücreti, EEG, EOG, EMG, EKG dahildir.	
702850	PAP titrasyonu		2.314,48
702880	Polisomnografi		1.588,86

MADDE 11- SUT eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” ne “Uyanıklığı Sürdürme Testi (UST-MWT)” isimli yeni işlem kodunun aşağıdaki şekilde eklenmesine oy birliği ile,

Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)

İŞLEM KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
702883	Uyanıklığı sürdürme testi (UST-MWT)	Test 2 saat arayla yapılan dört kayıttan oluşmalıdır. Hasta uyursa kayıt sonlandırılır, hasta uyumaz ise her bir kayıt 40 dakikaya kadar uzatılmalıdır.	1.291,70

MADDE 12-EK-4/C Listesinde kayıtlı bulunan 111111100983 barkodlu **GLYCOPYRROLATE 1 MG 100 TABLET** isimli ilacın fiyatının **14.05.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **49,00 Avro** olarak güncellenmesine oy birliği ile,

MADDE 13- EK-4/C Listesinde kayıtlı bulunan 111111100280 barkodlu **EVOXAC 30 MG 100 CAPSULES** isimli ilacın fiyatının **14.05.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **87,00 Avro** olarak güncellenmesine oy birliği ile,

MADDE 14- EK-4/C Listesinde kayıtlı bulunan 111111100280 barkodlu **EVOXAC 30 MG 100 CAPSULES** isimli ilacın fiyatının **26.06.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **86,50 Avro** olarak güncellenmesine oy birliği ile,

MADDE 15-EK-4/C Listesinde kayıtlı bulunan 111111100983 barkodlu **GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLETS** isimli ilacın fiyatının **26.06.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **48,50 Avro** olarak güncellenmesine oy birliği ile,

MADDE 16-EK-4/C Listesinde kayıtlı bulunan 111111100244 barkodlu **TAMBOCOR 100 MG 100 TABLET** isimli ilacın fiyatının **26.06.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **26,40 Avro** olarak güncellenmesine oy birliği ile,

MADDE 17- EK-4/C Listesinde kayıtlı bulunan 111111103154 barkodlu **THIOLA 100 MG 100 TABLET (VIATRIS)** isimli ilacın fiyatının **26.06.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **45,00 Avro** olarak güncellenmesine oy birliği ile,

MADDE 18- EK-4/C Listesinde kayıtlı bulunan 111111102144 barkodlu **NELARABINE INJECTION 250 MG/50 ML** isimli ilacın fiyatının **30.06.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **175,00 Avro** olarak güncellenmesine oy birliği ile,

MADDE 19- “Nelarabin” etkin maddeli 111111103191 barkodlu **NELARABINE INJECTION 250 MG/50 ML (5 MG/ML)** isimli ilacın **08.05.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **175,00 Avro** fiyatla EK-4/C Listesine ilave edilmesine oy birliği ile,

MADDE 20- "Pralatrexate" etkin maddeli 111111103223 barkodlu **PRALATREXATE 20 MG/ML** isimli ilacın **01.07.2026** tarihinden geçerli olmak üzere **1.798,65 Avro** fiyatla EK-4/C Listesine ilave edilmesine oy birliği ile,

MADDE 21- SUT'un "2.5.3.A-1- Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu" maddesinde yer alan ödeme usul ve esaslarının yeniden düzenlenmesinin kabulüne ve gerekli düzenlemelerin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nce yapılmasına oy birliği ile,

MADDE 22- Alınan kararlardan;

- 1- 1 ilâ 3 numaralı kararların Kararın yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- 2- 12 ilâ 20 numaralı kararların Kararda belirtilen tarihlerden geçerli olmak üzere,
- 3- 21 numaralı kararın Karar tarihinde,
- 4- Diğer kararların Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de belirtilen

tarihlerde,

yürürlüğe girmesine,
Karar verilmiştir.