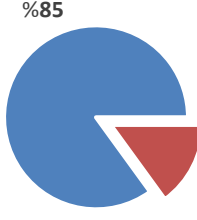


24.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=40

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
34



ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
6

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

24.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
2 493 508,59 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
147 850,38 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

07.08.2025 TARİHLİ 24.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	(Hasta bağ dokusu belirteçleri açısından değerlendirilmemiş. Ayrıca başlangıç raporudur ve devam raporu gibi çıkmış.)	Progresif pulmoner fibrozis intersitisyel akciğer hastalığı tanısına göre ödenmesine.
2	- PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan SD veya VKİ değerleri raporda belirtilmeli.) - FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan SD veya VKİ değerleri raporda olmalı.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	HEPAGARD 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (raporda 16/08/2023 HbsAg: (+) HASTANIN MERSİN ÜNİVERSİTESİ 23/08/2023 tarih ve 83132 protokol numaralı raporuna istinaden HASTANIN ENTECAVİR 0.5 MG/GÜN OLARAK DÜZENLENMİŞTİR yazılı rapor 25/09/2024 de yenilenmiş rapor tarihindeki Hbs Ag pozitifliğini gösteren tahlilin yapılmış olması gereklidir)	RAPORDA 18/09/2024 HbsAg: (+) OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
4	URSACTIVE 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET (UGEFAL 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET) (ENDİKASYON DISI KULLANIM.)	Hastanın karaciğer nakli bulunmadığından itirazın reddine.

	PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET (HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMIS ESKI LDL DEGERI ILE OZENMEZ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE KATILIM PAYLI ÖZENMESİNE.
5	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL) -(RAPORDA GÜNLÜK KALORI İHTİYACI 800 KCAL'DİR. HASTAYA 3*1= 990 KCAL VERİLMİŞTİR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖZENMESİNE.
6	INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON ICIN COZELTI (1 ADET) (demir eksikliği anemisi tanısı ile bedeli ödenmez suuaki şartları sağılayan hastalarda bedeli ödenir)	Cerrahi öncesi ve sonrası gözlenen anemide verilebileceğinden ödenmesine.
7	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA. (SUT'UN (Madde 4.2.9.A-1) NO'LU MADDESİNE GÖRE "ferritin>100 µg/L" olmalıdır.)	E-REÇETEDeki FERRTİN DEĞERİ ≥ 100 µg/L OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
8	ENSURE PLUS VANILYA AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL) (RAPORDA ENSURE PLUS FIBER YAZILI AYRICA Malnütrisyonu neden olan eşlik eden hastalık veya travma BELGELENMEMİS.)	RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI EKSİK OLDUĞUNDAN, AYRICA DEMANS TEDAVİSİYLE İLGİLİ RAPOR VE REÇETE BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL) (Hastanın ağırlığı 13 KG, -1,42 sd olarak belirtilmiştir, bu değer -2sd'in altında değildir. Bu sebeple malnutrisyon tanımı doğru olmadığından mama bedeli ödenmez.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖZENMESİNE.
10	HEPAGARD 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (suta göre HBsAg negatif olduğu durumlarda HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti HBc pozitifliği durumlarında sitotoksik kemoterapide hapagard 0,5 mg kullanılabilir raporda HBsAg nın ne olduğu belirtilmeden tedaviye başlanmış)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖZENMESİNE.
11	- RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL) (suta göre Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKİ değerine göre bedeli ödenir) - RESOURCE PROTEIN CILEK AROMALI 200 ML(250 KCAL) (suta göre 2 hafta süreyle alımda herhangi bir azalma olan hastalarda bedeli ödenir)	- SUT a göre yetişkin hastalarda,son 3 ayda vucut ağırlığının %5 ini istemsiz kaybettiği veya Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKİ istendiğinden ve rapora ek hastalık durumu eklendiğinden ödenmesine. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖZENMESİNE.

12	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (RAPOR AÇIKLAMASINDAKİ BİLGİLER RAPOR TESHİSİ İLE UYUMLU DEĞİL.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİLEK AROMALI(200 KCAL) Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA) (UZUN ETKİLİ BETA -2 EGONIST VE YUKSEK DOZ INHALE KORTİKOSTEROID KOMBİNASYONU İLE YETERİNCE KONTROL EDİLMEYEN hasta yazılı ancak hastaya böyle bir tedavi uygulanmadan trelegy başlanmış)	ASTİM TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
15	- RYZODEG (raporda Açıklamalar Ekleyen Eklenme Zamanı ANALOG VEYA UZUN ETKİLİ İNSÜLİNLERDEN EN AZ BİRİNİ KULLANMASINA RAĞMEN GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞTIR.yazılı ancak hastaya insülin olarak sadece novo-rapid (hızlı etkili insülin) kullanıldıktan sonra ryzogeg kullanılmaya başlanmış olduğu için bedeli ödenmedi) - RYZODEG- (raporda ANALOG KARIŞIM VEYA UZUN ETKİLİ İNSÜLİNLERDEN BİRİNİ KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN KAN ŞEKERİ LABİL SEYREDEN HASTADIR yazılı ancak hastanın böyle bir ilaç kullanımı olmadığı için bedeli ödenmedi)	- TOUJEO KULLANIMLARI BULUNDUĞUNDAN RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. 2018 YILINDA İLK RYZODEG KULLANIMINDAN ÖNCE LANTUS KULLANIMLARI BULUNDUĞUNDAN RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
16	CLONEX 100 MG.50 TABLET (RAPORDA 1*1 BELİRTİLMESİNE RAĞMEN HASTAYA 2*1 DOZUNDA VERİLMİŞTİR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan Standard Değer" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

18	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL) (günlük kalori ihtiyacı 1500 kalori olarak belirtilmiş. 5*1e düşürüldü.)	RAPOR SÜRESİ NEDENİYLE TEKRARDAN GÜNDE 5*1 DOZUNDA KAYDEDİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
19	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA) (hasta 1 ay laba -iks ve 1 ay sab-sama kullandıktan sonra trelegy başlanmış bu nedenle bedeli ödenmedi)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
20	FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	ECOPIRIN 100 MG 30 TB (AYNI ANDA ÜÇ ADET ANTİKOAGÜLAN KULLANIMI KONTRAENDİKEDİR.)	PLETAL İLE BİRLİKTE 2 FARKLI ANTİAGREGAN KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
22	VYNDAL 61 MG YUMUSAK KAPSUL (30 KAPSUL) (İLGİLİ RAPOR SEÇİLEREK İŞLEM YAPILDI, RAPOR SÜRESİNDEN DOLAYI OLUŞAN KESİNTİDİR.)	14/05/2025 TARİHLİ RAPOR TAFAMİDİS MADDESİNİN 4. FIKRASINDAKİ İDAME KOŞULLARINI SAĞLADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
23	FORTINI MULTI FIBRE VANİLYA AROMALI 200 ML (300 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	SOLQUA SOLOSTAR 100 U/ML VE 50 MCG/ML SC ENJEKSİYONLUK COZ. ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ. KALEMİ (3 K (raporda SGLT-2 ye ek olarak metformin ile birlikte kullanılacağı yazıyor oysa suta göre SGLT-2 inhibitörleri olmaksızın metformin ile birlikte, kullanılabileceği yazılı olduğu için bedeli ödenmedi)	METFORMİN KULLANIMI BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.

25	• APIDRA SOLOSTAR 100 IU/ML 3ML 5 ENJ (reçete 25/08/20223 tarihli ins glulisin ,ins glarjin ve ins aspart olan rapora istinaden yazılmış hastanın 08/07/2025 tarihli yeni diyabet raporunda sadece ins glulisin ve ins glarjin var ins aspart rapordan çıkarılmış olduğu için bedeli ödenmedi)	• APIDRA İNSÜLİN GLUSİN İÇERDİĞİNDEN VE HER İKİ RAPORDA YER ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
26	• FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (suta göre Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan SD veya VKİ değerlerine göre bedeli ödenir)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	• OPSUMIT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET (suta göre Fonksiyonel kapasiteleri NYHA sınıf II veya III olan hastalarda mono veya ikili kombinasyon tedavide bedeli ödenir)	• Tadalafil ile kombine kullanılmaktadır. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmadığından ödenmesine.
28	• FEMARIS - (raporda L1-L4 T SKORU ORTALAMASI: -2.80, L1: -3.1 GELMİŞ. yazılı Patolojik kırığı olmayan 65 yaş altı hastalarda;lomber total (L1-4 veya L2-4)"T" değerlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda, bedeli ödenir) • TREVICTA (Aralıksız en az 4 ay süreyle paliperidonun 1 aylık depo parenteral formunun kullanımı sonrası kliniik olarak stabil olan hastalarda depo formun bedeli ödenir)	• KMY ÖLÇÜMÜ OLMADIĞINDAN VE HİPERPARATROİDİ RAPORU VE TANISI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	• XOLAIR - (08/08/2022 tarihli raporla ilaç verilmiş hastanın 13/03/2025 tarihli raporu ile reçete ilişkilendirilince sistem 8699504270204 barkodlu ilacın ayaktan raporlu ödenmesi için gerekli şartlar sağlanamıyor. Sebep(ler)i ; * maksimum rapor süresi uyumsuz, reçete uyarı kodları uyumsuz, (261904) * maksimum rapor süresi uyumsuz, (261905) * reçete uyarı kodları uyumsuz, (261906) uyarısını verdiği için bedeli ödenmedi son raporla ilişkilendirilme sebebi suta göre Her 6. doz uygulamasından sonra olmak üzere, hekimin belirleyeceği ara verme süresi sonunda nüks ortaya çıkması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla,ilacın bedelinin ödenmesi)	• RAPOR SÜRELERİ UYARI KODLARINA GÖRE DEĞİŞMEKTEDİR. 13/03/2025 TARİHLİ RAPORLA İDAME-2 UYARI KODU GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.

	(01/03/2018 tarihli rapora göre novorapid uzun suredir veriliyor hastanın 05/01/2024 tarihli raporunda novorapid 2*30iu lantus 1*35 iu olarak belirtilmesine rağmen uzun süredir yuksek dozlarda çıkış yapılmış)	GEÇERLİ RAPOR DOZUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
30	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (VKİ -1,73 ODENMEZ.) (FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL))(VKİ -1,73 ODENMEZ.)	Raporda vücut kütle indeksi (VKİ) -2 SD nin altında olduğu belirtildiğinden ödenmesine.
31	RESOURCE PROTEIN CİKOLATALI 200 ML(250 KCAL) (RAPORDA RESOURCE 3X1 ŞİŞE /GÜN NESTLE GLUTAMINE 3X2 ADET /GÜN OSMAN ÖZDOĞAN 19/06/2025 11:34 RESOURCE ENERGY 3X1 ŞİŞE /GÜN YAZILI RESOURCE PROTEIN VERİLMİŞ)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (Androjen düşürme tedavisiyle birlikte progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
33	JAKAVI 10 MG 56 TABLET (14. günde tam veya kısmi yanıt alınan hastalarda tedaviye devam edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	LIPITOR 20 MG 90 TABLET(Sut'un 4.2.28.A-1(a) bendine göre değerlendirildiğinde; en az birer hafta arayla iki defa LDL ölçümü yapılması gerekir. İkinci ölçüm değeri bulunmadığı için ödeme dışı bırakılmıştır.)	2025-21. Kom. Kalan; GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.

