

2020 ŞUBAT AYI KESİNTİ İTİRAZ KOMİSYONU SONUÇLARI

KESİNTİ GEREKÇESİ	İTİRAZ GEREKÇESİ	KARAR	ÜST İTİRAZ KARARI
İmmunglobulin için düzenlenen reçete ve rapor haftada 2,5 gr/ doz şeklinde olduğu için, doz düzeltilince sistem ilacın kullanım süresi dolmamış uyarısı veriyor. Eczane reçeteyi günde 1*1 olarak kaydetmiş olup haftada olan kür aralığını gözardı ederek reçete karşılamıştır.	Reçete tarihi, rapor içeriği, reçete tamamen SUT kurallarına uygun düzenlenmiştir. Bir önceki ilacın bitiş tarihi 09/12/2019 reçete tarihi 10/12/2019 dur. Ödenmemesi için hiçbir neden yoktur. Ayrıca hasta, yatan hasta olduğundan hastane temin edemediği için ilacın tutarı hastanece ödeneceğinden SGK faturasından mahsup edilecektir. SGK zararı söz konusu değildir. Eczacı bu gerekçelerle reçetenin ödenmesini talep etmiştir.	Toplantıda uzlaşmaya varılamadığı için kesintinin Üst İtiraz Komisyonuna sevkı uygun görülmüştür.	
4.1.5 Maddesine göre 12/09/2019 tarihinden itibaren renkli reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde bedelleri kurumca karşılanır.	Reçete acildir. Medula'ya manuel renkli reçete girişi mümkündür.	Renkli reçetelerin 12/09/2019 tarihinden sonra e- reçete olarak düzenlenmesi gerekiyor. Kesintinin devamı uygundur.	
Humira Pen 40mg/0.4ml enj. Çözeltili ilaç alım bilgilerine göre hasta ilaç kullanmaya devam etmektedir. Ancak reçete tarihi ile uyumlu raporu devam kriterleri taşımamaktadır.	Doktor tedaviye başlangıç raporu ile devam etmiştir. Reçetenin tekrar incelenmesi talep edilmiştir.	SUT'un 4.2.1.C-10 maddesine göre reçete ekindeki rapor devam kriterleri taşımamakta olup başlangıç raporu olarak düzenlenmiştir. Ancak hasta ilaca devam ettiğinden ilacın geri ödeme şartları sağlanamamaktadır. Bu gerekçelerle kesinti uygundur.	
Remicade 100mg isimli ilaç, chron hastalığında reçeteye 8 hafta/6*1 olarak yazılmış. Doz düzeltme işlemi yapıldı. Hasta 65 kg doz 5mg/kg göre hesaplandı. (9kutu-8 kutu)	Remicade 100mg adlı ilacın raporda belirtilen doza göre doz aşımı yoktur. Yapılan kesintinin iadesi talep edilmiştir.	Rapor 10mg/kg doza göre çıkmıştır. Remicade 100mg flakonun prospektüs dozu, 5mg/kg dır. Düzeltme buna göre yapılmıştır. Kesintinin devamı uygundur.	
Vastarel Mr film tablet isimli ilacın rapor dozu 1*1dir. Doz düzeltilip reçete yeniden kaydedildi. 2 kutu Vastarel Mr tablet ödendi. Bir kutu ilaç bedeli kesildi. SUT 4.1.3 ilaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi maddesinin 3. bendine istinaden.	Eczacı, Vastarel MR 60 tablet isimli ilacın raporsuz olarak yeniden işlenmesini talep etmiştir.	Yapılan doz düzeltmesi SUT'un 4.1.3 maddesi 3.Bendindeki "...Ancak raporda ilacın etken madde miktarının ve günlük kullanım dozunun ayrıntılı olarak belirtilmiş olması halinde belirtilen doz miktarı aşılamaz." hükmüne göre yapılmıştır. Eczacının dilekçesinde talep ettiği durumun bu madde hükmüne aykırılık teşkil ettiği düşünülmektedir. Ayrıca eczacının talep ettiği raporsuz olarak işlenmesi durumunda 3 kutu Vastarel tabletin 3 kutusu da ödeme dışı kalmaktadır. Çünkü ilaçlar ilaç bitim tarihinden 12 gün önce alınmıştır. Kesintinin devamı uygundur.	

Enteral beslenme ürünleri 04.04 tanı kodunda sadece G46 ve I69 ICD10 kodlarında malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır. Söz konusu raporda sadece I67.9 kodu mevcut olduğundan katılım paylı olarak ödeme yapılmıştır. İlgili ICD 10 kodu kesinti yapıldıktan sonra rapora eklenmiştir.	Protokolün 3.3 reçete iadesi bölümü; reçete eki belgelerde bulunması gereken ICD10 kodu veya ilacın ödenmesi içi SUT'ta özel düzenlenmiş kriterlerin eksikliği iade nedenidir. İlacın ödenmesi için gerekli olan ICD 10 kodu ekletilerek belirtilen eksiklik giderilmiş olup iadeye de gerek kalmadan ödenmesi gerekmektedir. Kesintinin iptali uygun olacaktır gerekçesiyle itiraz edilmiştir.	Oybirliği sağlanamadığından kesintinin bir üst komisyona sevkı uygundur.	
---	---	--	--