

EKİM 2019 DÖNEMİ İTİRAZ KOMİSYONU TOPLANTI SONUÇLARI

KESİNTİ GEREKÇESİ	İTİRAZ GEREKÇESİ	KARAR	ÜST İTİRAZ KARARI
Hasta idame tedavisinde, ilaç kullanımına ara verilmemiş "idrarda opiat negatif" ibaresi ile ödenir. Kesinti yapılan reçeteden bir önceki reçetesi (27.06.2019) detox reçetesi olup ilacı 25.07.2019 da bitmiştir.Kesinti yapılan reçetede de opiat pozitif detox reçetesi olup 26.07.2019 tarihinde ara verilmeden tedaviye devam edildiği görülmüştür.T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu nun 2015/1 sayılı Genelgesine göre; " idame tedavisinde her kırmızı reçeteye; reçeteyi yazan hekim tarafından yapılan idrar tahlilinde opiyat negatif çıkmıştır" ifadesi yazılacaktır. Ancak, her bir detoksifikasyon tedavisinde sadece ilk reçetede detoks amaçlı adı geçen ilaçlar yazılacağı için bu hususun reçetede belirtilmesi kaydıyla" yapılan idrar tahlilinde opiyat negatif çıkmıştır" ifadesine gerek olmayacaktır." İbaresinin gereği ikinci detoksifikasyon reçetesi olduğundan kesinti yapılmıştır.	1 (Bir) günlük ilaca ara verme süresi olduğu için tekrar detoksifikasyon tedavisi yapıldığı düşünülmüştür." Her bir detoksifikasyon tedavisinde ilk reçetede ibaresinden de birden fazla detoksifikasyon yapılabileceği anlaşılmaktadır." İlgili reçetede detoksifikasyona ait ilk reçetedir ve mevzuata uygundur. Kesintinin iptali uygun olacaktır.	Kesinti yapılan reçeteden bir önceki reçetesi (27.06.2019) detox reçetesi olup ilacı 25.07.2019 da bitmiştir.Kesinti yapılan 26.07.2019 tarihli reçete ile " opiat pozitif detox" ibaresi yazılarak tedaviye devam edildiği görülmüştür. Her bir detoksifikasyon tedavisinde sadece ilk reçetede detox amaçlı yazılacağı için ikinci detoksifikasyon reçetesi olan 23OT4DR nolu reçetenin kesintisi uygundur.	
Hastanın 27/06/2019 tarih ve 3496695 numaralı raporunda belirtilen K72.1 ICD kodu ile Ursactive ilacının muafiyeti bulunmadığından 20.00 rapor kodu kaydedilerek katılım payı kesilmiştir.	Katılım payı kesilmesi için değerlendirilmesi talebiyle yeniden incelenmesi istenmiştir.	Katılım payı kesintisi uygulanmıştır. Kesinti uygundur.	
Ferinject 500 mg.FI.Reçete Tarihi: 10.07.2019 rapor tarihi: 10.07.2019/1566 Rap. Tanısı: Demir eksikliği anemisi (D.E.A) tanı SUT ta belirtilen verilme ilkelerine uygun değil.	Raporun açıklama kısmında kronik atrofik gastrit olarak doktor ödenmesi için gerekli tanıyı belirtmiş durumdadır.	Raporda itirazda belirtilen ekleme yapılmamıştır. (itiraz dilekçesi ekindeki rapor bitiş tarihi:05/2018)	
Casodex 150 mg. 28 Film Tablet endikasyon uyumu aranacak ilaç. Prospektüs bilgisine göre; metastaz yapmamış prostat Ca da enikasyonu var. Hastada kemik metastazı var.	Kesintinin iptali gerekçesiyle itiraz edilmiştir.	Kesinti uygundur.	