

## NİSAN-TEMMUZ 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

KESİNTİ GEREKÇESİ	İTİRAZ GEREKÇESİ	KARAR
Raporda ismi olmayan beslenme solüsyonu verilmiştir. Raporda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.( Madde 4.2.8.A).	Rapora hasta ve doktor ile görüşülerek ilacın ismi ve kullanımı ekletilmiştir.	Oy çokluğu sağlanamadığından İtiraz Üst komisyonuna sevkı uygundur
Sağlık raporlarında, SUT ve eki listelerde özel düzenleme yapılmış ilaçlar hariç olmak üzere, ilaç dozlarının belirtilmesi şart olmayıp, etken madde adının yazılması yeterli olacaktır. Sağlık raporuna etken madde adının yazılmasının yeterli olduğu ilaçlar için hastanın kullanacağı etken madde miktarı ve günlük kullanım dozu reçete ile düzenlenecektir. Ancak raporda ilacın etken madde miktarının ve günlük kullanım dozunun ayrıntılı olarak belirtilmiş olması halinde belirtilen doz miktarı aşılamaz. Hastanın ilacı haftada 1*40 mg olarak reçete edilmiştir. Raporda da belirtildiği gibi ilaca ilk başlama ve idame dozları bellidir. İdame doz için açıkça 28 günde bir 40 mg olarak yazılmıştır. 15 günlük kullanım yalnızca 14 gün için geçerlidir.	Hastanın doktora sorduğu zaman haftalık ve 15 günlük devam etmelisin söylemine istinaden itiraz edilmiştir.	Kesintinin devamına karar verildi.
İvabradin verilme ilkelerine göre eksikliği olan rapor iade edildi ancak ilgili eksiklik tamamlanmadı.	Raporun tekrar incelenmesi	Kesintinin devamına karar verilmiştir.

## NİSAN-TEMMUZ 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

<p>Suboxone 2 mg 28 tb isimli ilaç kontrole tabi olup tahlil sonuçlarına göre devamı olabilen bir ilaçtır. Bu ilaca ait raporun açıklamalar kısmında özellikle şerh düşülerek bir ay kullanım süresi ile kısıtlama yapıldığından dolayı 418 reçete kapsamına girmemektedir.</p>	<p>29/03/2020'de yapılan duyuruyu geçersiz sayan bir kesintidir. Raporlardaki süre ifadeleri bu duyuruya istinaden geçersizdir. Bütün raporların bahsi geçmektedir. açıklaması ile itiraz edilmiştir.</p>	<p>Kesintinin devamına karar verilmiştir.</p>
<p>Hastaya DepakinChrono 500 mg 30 tb , 418 koduyla reçetesiz verilmiştir. Rapor dozu 2*500 mg'dır, yani 2*750 mg olarak girilmeliydi. Sisteme 2*1,5 girilmiştir. Doz 2*1 olarak düzeltilmiştir ve 2 kutu ilaç kesintisi olmuştur.</p>	<p>Hasta ilacı 2x750 mg olarak kullanmaktadır ancak 13.01.2022 tarihinde doktor rapor dozunu sehven 2x500mg olarak çıkartmıştır. Hastanın 2x500 dozunda hiç reçetesi yoktur. Doktorla görüşülüp rapor dozu 2x750 mg olarak düzeltilmiştir.</p>	<p>Oy birliği sağlanamadığından kesintinin itiraz Üst Komisyonunca değerlendirilmesine karar verilmiştir.</p>
<p>Privigen ilacı reçeteye yazan hekim uygun değil.</p>	<p>İlaç iç hastalıkları hekimi tarafından reçete edilmiştir.</p>	<p>Privigen 10g/100ml IV INF çözelti adlı ilacın geri ödenmesine karar verilmiştir.</p>
<p>Hastanın günlük kalori ihtiyacı raporda belirtilmiştir. Raporda belirtilen kalorinin üzerinde Oxepa 500 ml (750kcal) hastaya verilmiştir.</p>	<p>Oxepa 500 ml ile ilgili raporda gerekli düzeltme yapılmıştır.</p>	<p>Kesintinin iptaline karar verilmiştir.</p>
<p>Hastanın günlük kalori ihtiyacı raporda belirtilmiştir. Raporda belirtilen kalorinin üzerinde Pediasureplus fiber vanilya 220 ml hastaya verilmiştir.</p>	<p>Raporda ilacın dozu 5*1 olarak yazmasına rağmen açıklamalarda 4*1 ve 1350 kcal yazmaktadır. Bu çelişki aslında iade sebebi olduğu için gerekli düzeltme yaptırılmıştır. Ekte yeni rapor sunulmuştur. Yapılan kesintinin iptali istenmektedir.</p>	<p>Kesintinin iptali uygundur.</p>

## NİSAN-TEMMUZ 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

Rapor tarihi 28.12.2021 ,rapor öncesi son 6 ay öncesinde yapılmış LDL tahlil sonucu ve tarihi belirtilmemiş. Hasta 6 ay ve daha uzun bir süre tedaviye ara vermiş.	LDL sonucu rapor kısmında eklemede görülmektedir. Kesintinin iptal edilmesi için tekrar değerlendirme talep edilmiştir.	Kesintinin devamına karar verilmiştir.
Elinde ilaç varken ilaç verilmiş. Reçete tarihi 15.02.2022. Rapor dozu 4 ayda 1*1 , reçete işlemi 4 ayda 1*2. Bir önceki alım 12.10.2021 3 ay 1*2	12.10.2021 tarihinden itibaren Pamidria 90mg/10ml 2 kutu kullanmıştır. Pandemi döneminde raporlar otomatik uzadığı için,raporda ekleme yapılması unutulmuş olabilir. Doktor ile görüşülmüş hastanın 180 mg kullandığını teyit etmiştir. Raporda düzeltmesini doktor yapmıştır.	Kesintinin iptaline karar verilmiştir
Rapor tarihinden önce 1 LDL değeri var. DM tanısı reçete tarihinden sonra konulmuş. Rapor tarihine göre rapordan önce 2 LDL değeri olması gerekirdi.	Hastanın ilaçlarını uzun zamandır düzenli olarak ara vermeden kullanmakta olduğu ve ilgili reçete 25.03.2022 tarihli raporundan önce sisteme giriş yapıldığından kesintinin iptali talep edilmiştir.	SUT'un 4.2.28.A-1 maddesinin 3 numaralı bendinde "Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır" denmektedir.İki rapor arasında 6 aydan daha uzun bir süre vardır.Kesinti uygundur.
Raporda Xeplion dozu 1*1'dir. Reçetede Xeplion 100 mg mevcut 4.doz	Kesinti yapılan reçetenin tekrar incelenmesi talep edilmiştir.	Xeplion 150 mg/1.5 ml IM uzun salımlı süspansiyon içeren kullanıma hazır enjektör için rapor dozu 1*1'dir. Aynı reçetede Xeplion 100 mg mevcuttur. Xeplion 150 mg kesilmiştir.SUT'ta tedavi şeması isteyen veya EK-4F listesinde yer alan ilaçlara ait raporlarda mg belirtme şartı olduğu, eğer mg belirtilmemişse o ilacın en küçük formunun verilmesi gerekmektedir. Kesintinin devamına karar verilmiştir.

## NİSAN-TEMMUZ 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

<p>İlacın dozu 1*500 mg Cefamed 1 gr günde 2*2 olarak sisteme yazılmış,sisteme günde 1*1 yazılıp üç günlük doz ödendi ilacın uhp a-72 şartı var. Diğer reçetede ilacın ödeme şartı uhp a-72 olup üç günlük dozda altı kutu ödendi.</p>	<p>Her iki reçetede a-72 şartı uygulanmıştır. 72 saati geçen uygulamada EHU olmayan yerlerde iç hastalıkları uzmanı, çocuk hastalıkları uzmanı onayı olabilir ibaresine istinaden verilmiştir. Medula sistemi de bu reçetelere onay vermiştir.</p>	<p>Reçetenin yazıldığı hastanede enfeksiyon hastalıkları uzmanı yoktur. Kesintinin iptaline karar verilmiştir.</p>
<p>Hasta 30.04.2021'de böbrek nakli olmuş. Böbrek nakli reçete tarihinden 11 ay öncedir. SUT EK-4/E mad.11: Böbrek nakli olan hastalarda sitomegalovirüs(CMV) hastalığının önlenmesinde CMV IgM ve IgG değerleri negatif olan hastalarda enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporu ile reçete edilmesi halinde transplantasyondan sonraki en fazla 200.güne kadar profilaksi süresi uzatılabilir.(VALCYTE 450 mg 60 film tb.)</p>		<p>Valcyte 450 mg, hasta profilaksi tedavisine başlayalı 218.gün olmuş SUT: EK4/E – 11/B-15 maddesine göre profilaksi süresi en fazla 200 güne kadar uzayabilir. Hastanın kullanımı 200 günü geçmiştir.Kesintinin devamına karar verilmiştir.</p>
<p>Verilen beslenme ürünü ile raporda kayıtlı olan ürün farklı. Hasta 4 farklı beslenme ürünü kullanıyor. Hastanın elinde 13.04.2022'ye kadar Resource diabet ve dibendrinkvar.(muz ve çilek aromalı)</p>		<p>Resource energy muz aromalı ve resource protein çilek aromalı için; raporda mama isimleri geçmiyor. Ayrıca rapordaki mama kullanım dozu 6*1dir. Hastanın 13.04.2022 tarihine kadar elinde 6*1 kullandığı raporda ismi geçen resourcediabet mama ve dibendrink mama vardır.Kesintinin devamına karar verilmiştir.</p>
<p>K51.9 ülseratif kolit teşhisi ile verilmiş ve sağlık bak. Özel izin rapor kodu ile verilmiş ve sağlık bak. İzin rapor kodu işlenmiş. Bu teşhiste endikasyonu yok. Hastanın özel izni de yok.</p>	<p>Prograf 1 mg 50 kapsül , 21.01-ilacın endikasyonu, maksimum dozu için ilaca ve şahsa SB tarafından verilen raporu olduğu için 418-kronik hastalıklarda ilaç tedavisi kapsamında, endikasyon dışı onayı olduğunu düşünerek ilacı verdim.</p>	<p>Hastanın Sağlık Bakanlığı özel izni yoktur. Kesintinin devamı uygundur.</p>

## NİSAN-TEMMUZ 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

Xolair 24 haftalık tedavi süresi doldurduğu için sonlandırılması gerekir. Hiç ara vermeden ilaca devam edilmez.	Kesinti yapılan reçetenin tekrar incelenmesi.	Xolair 150 mg/ml hastanın hiç ara vermeden 24 haftalık tedavi süresi doldurduğu halde ilaç alımına devam ettiği görülmüştür. Kesintinin devamına karar verilmiştir.
Rifaksimın( Yalnızca intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatik ensefalopati, kolonun semptomatik komplike olmayan divertüküler hastalığı, kronik barsak inflamasyonu gibi rifaksime duyarlı bakteriler tarafından desteklenen GI hastalıkların tedavisi ve kolorektal cerrahide enfektif komplikasyonların profilaksisi endikasyonlarında kullanılır.	Reçetenin tekrar incelenmesi.	Reçetede ilgili endikasyon yoktur. Kesintinin devamına karar verilmiştir.
Xolair 150 mg/ml enjeksiyonluk çözelti içeren kullanıma hazır enjektör adlı ilaç için istenilen ilaç verilme ilkeleri sağlanmamaktadır.	1 Temmuz tedavi başlamış 24 haftalık tedavi süreci 16/12/2021 tarihinde biter. Nüks kriterleri aranır. 03/01/2022 tarihinde hasta nüks nedeni ile doktora başvurmuş tedavinin devamı uygun görülüp raporuna nüks nedeni ile devam edilmesi uygundur ibaresi eklenmiştir. Kesintinin iptali istenmektedir.	Kararda oy çokluğu sağlanamaması nedeni ile itiraz üst komisyonuna sevkî uygundur.
Hasta 65 yaş altı, L1-L4 değerinin -3 ve daha düşük olması şartı aranır. L1-L4 -2,9 değeri ile ödeme dışı bırakılmıştır.	Reçetenin tekrar incelenmesi istenmiştir.	Madde 4.2.17-A4-C maddesi uyarınca L1-L4 değeri -3 ve daha düşük olmalı, kesintinin devamına karar verilmiştir.

## NİSAN-TEMMUZ 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

LABA LAMA İKS kombinasyonu raporsuz ödenmez.	Tiofix 18 mg mcgDiscair LABA LAMA İKS Kombinasyonu raporsuz medula sistemi tarafından ödenmiştir.	Kesintinin devamına karar verilmiştir.
Klopidogrel raporlarının süresi 28.02.2022 tarihinde dolmuştur.	Plavixtb raporunu sistem kabul ettiği için karşılandı.	Rapor süresi dolmuştur. Kesintinin devamına karar verilmiştir.
Raporunda 3*25ü olarak belirtilmiş 2*50ü olarak girilen doz rapor dozuna göre 75Ü olacak şekilde düzeltildi.	HUMALOG 25 MiX KWİKPEN söz konusu insülinini 2*50 dozunda kullanmaktadır. Bu doza uygun olmak üzere 2 farklı rapor mevcuttur. En son çıkan raporda hekim gerekli doz düzeltmesini yapmıştır.	İki rapor icelenmiş olup ilgili raporda düzeltme yapılarak ilacın dozunun 2*50 olarak değiştirildiği tespit edilmiştir.Kesintinin iptaline karar verilmiştir.
Rapor dozu 4*2 her iki ilaçtan 4*1er dozda ödenmiş doz düzeltmesi yapılmıştır.	İpravent 20/100 mcgaeresolün prospektüsü ve SGK medula sistemindeki max dozu ilişikte sunulmuş olup konuya ilişkin açıklama ekteki dilekçede sunulmuştur.	Salbutamolsülfat+İpratropium bromür adlı etken maddenin raporda belirtilen dozu 4*2'dir. Kesintinin devamına karar verilmiştir.

## NİSAN-TEMMUZ 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

Rapor tanı kodu: G30.9(Enteral Beslenme Ürünleri sadece F00,F02-F03 kodlarında malnütrison gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır.)	Glucernaselect vanilya aromalı 500ml(G30.9) ICD 10 kodu 'F00.9'- Alzheimer hastalığında bunama, tanımlanmamış ile ilişkili koddur. Bu maksatla reçete karşılanmıştır. SUT ilgili maddeye göre de iade şartıdır. Gerekli düzeltmeler yapılmış olup kesintinin iptali uygun olacaktır.	Rapor tanısı 10.07-Demans F00.1 geç başlayan Alzheimer hastalığında bunama (G30.1)'dir. Hastada mevcut bunama tanısı göz önüne alınmıştır. Eczacı itiraz öncesi mevcut raporda açıklamalara F00 kodunu ekletmiştir. Kesintinin iptaline karar verilmiştir.
Rapor Remicade için çıkan ilk rapordur. Crohn hastalığının tanısında başlangıç rapor süresi 4 aydır. Rapor süresi dolmuş.	Remicade 100 mg kons. İV inf flakon hastanın ilaçları daha önce 8 hafta ara ile yaklaşık 8/9 defa uygulandığı raporların 6 aylık olarak çıkarıldığı pandemi süresinin de göz önünde bulundurulması	Rapor Remicade için çıkan ilk rapordur önce çıkmış olan raporunda Remicade alımına ilişkin sistem kaydı bulunmamaktadır. Oy çokluğu sağlanamadığından Ankara Üst komisyonuna sevki uygundur.
Müstahzar adının olduğu rapor seçilmiştir.	Supportandrinktropkal aromalı 200 ml 300 kcal, reçetede kaydı yapılırken ilgili rapor seçilmiştir.Kontrol esnasında müstahzar adı bu raporda olmadığı için diğer rapor seçilmiş ve 20.00 rapor kodundan dolayı kesinti olmuştur. Ancak daha sonra ilgili rapora müstahzar adı eklenmiştir.	Kesintinin devamına karar verilmiştir.
Ödeme şartı(madde 4.2.9.b/2) göre uygun şartları sağlamıyor.	Başlangıç raporu değildir. Daha önce hasta ilacı kullanmıştır. Bu hastanın 2.raporudur. Hiç ara vermemiştir. Devam kriterlerine uygundur. Bu raporlar ile vermemiz SUT kurallarına göre uygundur. Kesintinin iptalini talep ediyorum.	Hastanın Sevalemer tedavisi başlangıç değerleri ve devam değerleri uygun değil.

## NİSAN-TEMMUZ 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

Rapor dozu toplam beslenme ürünü 6*1	Rapor açıklamasında günlük kalori miktarı ve mama adetleri belirtilmiştir.	Rapor etkin madde bölümünde enteral beslenme solüsyonları 6*1'dir. Oy çokluğu sağlanamadığından İtiraz Üst Komisyonuna sevki uygundur.
Manuel kan ürünü reçetesi	Hepegam B 1560 IU/ 5ML enjeksiyonluk/infüzyonluk çözelti (1 Flakon)	Manuel reçete olduğu tespit edildi. Kan ürünü reçeteleri manuel olarak yazılamaz. Oy çokluğu sağlanamadığından İtiraz Üst Komisyonuna sevki uygundur.