

ŞUBAT-MART 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

KESİNTİ GEREKÇESİ	İTİRAZ GEREKÇESİ	KARAR
Antikor bozukluğuna bağlı Primer İmmün Yetmezlik teşhisinde reçeteyi hematoloji, göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji uzman hekimleri yazmalıdır. Reçeteyi yazan hekim verilme kriterlerine uygun değildir.	Eczacının itiraz gerekçesi ilçede belirtilen hekimlerin olmadığıdır ve tüm hekimler yazabilir ibaresi mevcuttur.	Oy birliği sağlanamadığı için üst komisyona sevki uygundur.
Hasta Suboxone 2 mg 28 sublingual tb kronik hastalıklarda reçetesiz ilaç alım tüm rapor 15 gün olarak çıkarılmış. Reçete tarihi 25/11/2021, Rapor 26/10/2021 ilaç alımı 3 kutu. Rapor kullanım süresi bitmiş. Sağlık Bakanlığı her kırmızı reçeteye reçeteyi yazan hekim tarafından yapılan idrar tahlilinde opiyat negatif çıkmıştır ifadesi yer alacaktır.	Suboxone 2 mg 28 sublingual tb 418 kronik hastalıklarda reçetesiz ilaç alım kapsamında yayınlanan duyumların hiçbirisinde bu ilaçla alakalı bir kısıtlama bulunmamaktadır. Bu ve benzeri kontrole tabi ilaçlarda kısıtlama olmamasına dayanarak hasta mağduriyetini önlemek amacıyla reçete girişini yaptım. Diğer ilaçlarda olduğu gibi uzatılan rapor sürelerinde raporlardaki geçerli gün ibareleri dikkate alınmadan işlem yapıldı.	Oy birliği sağlanamadığı için üst komisyona sevki uygundur.
06/01/2022 tarihinde iadesi yapılan reçetenin rapordaki ilgili eksiklik tamamlanamamıştır. 15 iş günü iade süresi dolan reçete otomatik olarak medula sistemi tarafından ödeme dışı bırakılmıştır.	Kesintisi yapılan reçetenin sigortadan ödemesini alabilmesi için reçeteye itiraz edilmiştir.	Yapılan komisyon toplantısında kesintinin devamına karar verilmiştir.

ŞUBAT-MART 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

<p>Reçetede 1*50 dozunda Lantus Solostar adlı ilaç verilmiştir. Ancak hak sahibine ait 13/01/2021 tarihli raporda doz 1*30 olarak belirtilmiştir. Rapor dozu aşılamayacağından sistemde doz düzeltilmesi yapıldığında 1 kutu ilaç kesintisi olmuştur. Hak sahibine ait başka geçerli rapor bulunmamaktadır.</p>	<p>Reçetede yazan doz 1*50'dir denilerek itiraz edilmiştir.</p>	<p>Katılım olmadı. Oy birliğiyle karar verildi. Kesinti uygundur.</p>
<p>Reçetede JECTERA adlı ilaç, raporda ilacın ödeme şartlarından hiçbiri sağlanamadığından kesilmiştir. Başka bir reçetede Gyrex adlı ilaç da, doz rapora uygun olarak düzeltildiğinde kesinti oluşmuştur. Bir diğer reçetede Lipanthyl ilacı trigliserit tahlil sonucu raporda belirtilmediğinden kesilmiştir.</p>	<p>Sadece Liphantyl adlı ilaç için hekimlere ulaşamadığımdan gerekçesi yazılarak itiraz edilmiştir.</p>	<p>Kesinti uygundur.</p>
<p>Antikor bozukluğuna bağlı Primer İmmün Yetmezlik teşhisinde reçeteyi hematoloji, göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji uzman hekimleri yazmalıdır. Reçeteyi yazan hekim verilme kriterlerine uygun değildir. Ödeme yapılabilmesi için IVIG ödeme koşullarında g bendinde yer alan teşhisin olmaması sadece IM IG'lerde g bendinin yer alması gerekir.</p>	<p>Eczacının itiraz gerekçesi hastanın raporunu yazan hekim branşı uygundur.</p>	<p>Oy çokluğu sağlanmadığı için Ankara Üst Komisyonuna sevki uygundur.</p>

ŞUBAT-MART 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

<p>Hastaya ait raporuna istinaden 418 reçete kodu ile eczane tarafından 4 kutu Advagraf 1 mg 50 tb adlı ilaç verilmiştir. İlgili ilacın raporuna bakıldığında tedavi dozu olarak 1*1 mg şeklinde düzenlenmiş ve bu rapora göre reçete karşılığı olmasına rağmen eczane tarafından 2*1 dozda girilerek ödemesi sağlanmıştır. Rapora uygun şekilde dozu düzeltilerek ödemesi yapılmış ve buna istinaden 2 kutu Advagraf kesintisi uygulanmıştır.</p>	<p>Hastanın 31/01/2019 raporunda Tacrolimus dozu 2*2 mg olarak geçmekte olup rapor süresi geçerlidir. 02/02/2021 tarihli raporda doz 1*1 olarak düzenlenmiş olsa da hasta 2*1 mg kullandığı için 2019 tarihli rapora göre reçete karşılığı olup medula sisteminden hatalı rapor seçimi yapılmıştır. Kesinti sonrası raporu çıkaran doktor ile görüşülmüş olup 07/03/2022 tarihli 2*3 dozunda Tacrolimus raporu çıkarmıştır. Hastanın 2*1 Tacrolimus kullanımını da göz önünde bulundurarak medula sisteminde geçerli bir rapor da olduğu için kesintinin iptali uygun olacaktır.</p>	<p>Oy birliği sağlanamadığından Üst komisyona gönderilmesine karar verilmiştir.</p>
<p>Hastanın reçetesinde doz düzeltme Ventolin inh. 7*1/4*1 yapıldı reçetede Ventolin Nebules de mevcut ilk alım reçetesi</p>	<p>Hastanın reçetesinde bulunan Salbutamol etken maddeli Ventolin inhaler ve Ventolin Nebules adlı ilaçları reçetede beraber verdim. Hasta ile görüşüp Ventolin inhaleri hastanın fazla kullanmasından dolayı raporda belirtilen max 4*2 olan ilaç dozunu aşmamak kaydı ile ventolin inhaleri 7*1, Ventolin Nebules'i 1*1 dozda reçeteye girdim. Salbutamol kullanım şekli 4 kez 100 mg-200mg'dır. Günlük max alınması gereken 800 mg dır. Hastayla görüşüp hastanın mağdur olmaması için fazla kullandığı Ventolin Inhaler'i 7*100 mg toplamda 700 mg Ventolin Nebules'i 1*100 mg ayarladım. SGK provizyon sisteminden ilaç bilgisini kontrol ettim. 4*2 olunca 8 puf max dozu aşmadım. Üstelik provizyon sisteminde bana izin verdi. Bu sebeple reçeteye itiraz ediyorum.</p>	<p>Kesinti uygundur. Tedavi süreçlerinin bir parçası olan eczacının ilaçların kullanımı doğru şekilde, zamanda ve dozda kullanılmasına yardımcı olması esastır. Oy çokluğu sağlanamadığından Ankara Üst Komisyonuna gönderilmiştir.</p>

ŞUBAT-MART 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

<p>İlaç Forsef 0,5 g ilacın uhp a-72 şartı olup üç günlük doz ödeniyor, diğer reçete ilaç Forsef 0.5 g ilacın uhp a -72 şartı olup reçete dozu 1*1'den 3 kutu ödendi.</p>	<p>Her iki reçete için aynı ifade olup bu hastanın ilaçları 2*1 dozunda 3 gün 6 adet kullanıldığının ancak reçetelerin sehven 1*1 dozunda yazıldığını ekte dilekçede reçeteyi yazan doktor tarafından belirtildiği için ilaç dozunun düzeltilerek kesintinin iptalini rica ediyorum.</p>	<p>Kesintinin iptali uygundur.</p>
<p>Lipantyl 267 kp. verilme ilkelerine uygun değil. Rapor 7/21 son ilaç kullanım 5/18 tetkik tarihi 9/17 güncel tetkik sonucu istendi tamamlanmadı. Bir diğer reçete Madopar 125 mg 30 tb reçetesiz ilaç alım polifarmasi antipar 150/37.5/200 mg Madopar 125 mg- Madopar HBS 125 mg.</p>	<p>1) Hekim tarafından yüksek riskli hasta olduğu belirtilmiştir. 2) Antipar 150 mg Madopar 125 mg-Madopar HBS 125mg kullanımı hekim tarafından çıkarılan rapora göre verilmiş, günlük doz aşılmamıştır. Bu üç ilacın kullanımı polifarmasi değildir.</p>	<p>1) 07/07/2021 tarihli rapor uygun TG değeri ekletilmiş. Kesinti ödemeye çevrilmiştir. TG:467 2) Hasta yakınıyla konuşulmuş Madopar 125mg tb hiçbirini kullanmadığını söylemiştir. Kesinti uygundur.</p>
<p>İlaç Humulin NPH rapor tarihi 18/04/2019, ilacın rapor dozu günde 1*60 Ünite sisteme rapor dozu yazıldı.</p>	<p>Humulin nph 3ml 100 Ünite Kartuş</p>	<p>Kesintinin devamı uygundur.</p>

ŞUBAT-MART 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

<p>Hastanın reçetesinde bulunan Eylea injection için; SUT'un 4.2.33.B- Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri maddesine göre hastanın deksametazon intravitreal implant kullanması gerekmektedir. Direkt Eylea tedavisine geçemez. Medula sisteminde hastanın ilk tedaviye Kasım 2020 tarihinde bevasizumab ile başladığı tespit edilmiştir.</p>	<p>Hasta 07/09/2018 tarihinde Eylea kullanmıştır. 28 Ocak 2019 tarihine kadar başka ilaç almamıştır.</p>	<p>Komisyonunda oy birliği ile kesintinin doğru olduğuna karar verilmiştir.</p>
<p>Antikor bozukluğuna bağlı Primer İmmün Yetmezlik teşhisinde reçeteyi hematoloji, göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji uzman hekimleri yazmalıdır. Reçeteyi yazan hekim verilme kriterlerine uygun değildir. Verilmiş olan KİOVİG bir IV IG olup ilacın kartında da (g bendi) antikor üretim bozukluğunun görüldüğü primer immün yetmezlik sendromlarında hematoloji, göğüs hastalıkları veya immünoloji ve alerji uzman hekimleri tarafından yazıldığı ayrıca belirtilmiş olduğundan; Sağlık bakanlığınca onaylı diğer endikasyonlar için; hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları, immünoloji veya romatoloji ve nefroloji uzman hekimleri, üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise bu hekimlere ilave olarak iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından 1 aylık dozda reçete edilir; maddesine dayanılarak ödeme yapılamaz. Bu maddeye dayanılarak ödeme yapılabilmesi için IV IG ödeme koşullarında g bendinde yer alan teşhisin olmaması, sadece IM IG lerde g bendinin yer alması gerekir.</p>	<p>Reçeteyi inceleyen Eczacı yanlış değerlendirme ile kesinti öngörmüştür.</p>	<p>Oy çokluğu sağlanamadığı için Ankara Üst Komisyonuna sevkı uygundur.</p>

ŞUBAT-MART 2022 İTİRAZ KOMİSYONU ÇİZELGESİ

<p>Aranesp 60 mcg flk. E-reçetede hastanın kilosu 43 kg başlangıç dozu 0,75 mcg/hft olup $43 \times 0,75 = 32,25$ mcg/hft alabiliyor doz aşımı olmuş ödenmedi.</p>	<p>Kesinti olan reçetemin tekrar incelenmesini istiyorum.</p>	<p>Kesintinin devamı uygundur.</p>
<p>BRİLİNTA 90 MG 56 film tb. SUT'un 4.2.15-E.5. maddesi gereği ilacın tedavi süresi 1 yıldır (13 kutu). Hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür. Hastaya ait ilk rapor 21/10/2020 tarihinde çıkmış olup 13 kutu ilaç almıştır. Hastanın ikinci raporu 27/10/2021 tarihinde çıkmış olup açıklamalar kısmındaki bilgiler birinciyle aynı olup hastada aynı koşulların oluştuğuna dair bir bilgi içermemektedir. Bunun üzerine hastanın medula hastane üzerinden kontrol edildiğinde hastada aynı koşulların tekrar oluştuğuna dair bir bilgiye rastlanmamıştır.</p>	<p>İtiraz Dilekçemde belirttiğim gibi SUT'ta hastanın acile müracaat tarihi istenmemektedir. Rapor SUT kurallarına uygun düzenlenmiştir. Medula Sisteminden hasta koşullarını kontrol etme yetki ve sorumluluğumuz yoktur. Dolayısıyla rapordaki şartlar uygun olduğu için hastaya ilaçları verilmiştir. Kurum ve hasta mağduriyeti yoktur. Bu sebeple kesintimin iptal edilip tarafıma ödenmesini istiyorum.</p>	<p>Oy çokluğu sağlanamadığından İtiraz Üst komisyonuna sevki uygundur.</p>