

TEMMUZ 2020 KESİNTİ İTİRAZ KOMİSYONU SONUÇLARI

KESİNTİ GEREKÇESİ	İTİRAZ GEREKÇESİ	KARAR	ÜST İTİRAZ KARARI
1- Crestor tablet için başlangıç raporudur. Rapora uygun tarihte LDL değeri olmadığı için bedeli ödenmemiştir. Eczanenin verdiği bilgiye göre 02/2019 tarihli LDL değeri mevcuttur. Değer 6 ay içinde olmadığı için kabul edilmemiştir.	Eczacı reçetesinin tekrar incelenmesi gerekçesiyle itiraz etmiştir.	Oy birliği ile kesintinin devamına karar verilmiştir.	
2- Onceair ilacın ödenebilmesi için gereken alerjik rinit teşhisi reçetede bulunmamaktadır. Eczane teşhisi sisteme girmiştir.	Eczacı reçetesinin tekrar incelenmesi gerekçesiyle itiraz etmiştir.	Reçetede olmayan teşhis reçeteye işlenmemelidir. Onceair teşhis silindiğinde ödenmemektedir. Kesintinin devamı uygundur.	
3- Stelara 90 mg. İsimli ilaç ayda bir kutu olarak sisteme girilmiştir ve 2 kutu olarak faturalandırılmıştır.Hastanın 3. dozudur ve ilaç 3 ayda bir uygulanır. Doz hatalı girilmiştir. Dozun düzeltilmesi sonucu bir kutusunun bedelinde kesinti oluşmuştur.	Sosyal Güvenlik Kurumunun herhangi bir zararı bulunmamaktadır. Hasta tedavisi verdiğimiz ilaçlarla devam etmektedir.	3 aylık dozda ilaç ödemesi yapıldığı için kesintinin uygun olduğuna karar verilmiştir.	
4- 03.04.2020 tarihli reçetede bulunan Newfine insülin kalem iğnesi;" Günlük insülin dozuna göre ödenir. 1*1 olarak düzeltildi" nedeniyle kesilmiştir.	Hastanın 24.06.2019 tarihli raporunda insülin aparatı 2 çeşit olup günde 3*30, 1*30 ünite ve iğne ucu 4*1 olarak belirtilmiştir.Hastanın günde 3*30 olarak belirtilen insülini ne zaman kullanacağı belli olmadığından yapılan uygulama rapora göre doğrudur. Hastanın 3*30 olarak belirtilen insülini kullanması gerektiği taktirde Kurumunuz tarafından günde 1*1'e düşürülen iğne ucunu alamayacaktır. Hasta mağdur olacaktır" gerekçesiyle kesintiye itiraz edilmiştir.	Sosyal Güvenlik Kurumunda yapılan itiraz komisyonu toplantısı sonucunda, Kurumumuz tarafından Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyetine yazılan 11.12.2018 sayılı 16907316 sayılı yazısında " Kurumunuz ÖDEME Komisyonu kararı doğrultusunda, insülin iğne ucu ve şeker ölçüm çubuklarının kaydı esnasında MEDULA Eczane Provyon Sistemi üzerinden geriye dönük 3 ay olarak yapılmakta olan hastanın elinde bulunan insülin ilacı kontrolünün 6 aya çıkarılması hususunda gerekli düzenlemeler yapılmış olup uygulama bu doğrultuda yürütülmektedir. Bilgi edinilmesini rica ederim" olarak belirtilmiştir.Buna istinaden hastanın reçete tarihinden geriye dönük son 6 ay içinde kullandığı insülin sadece Lantus Solostar 1*30 ünitedir.Raporunda yazan insülin aspart kullanımı yoktur. Bu nedenle dozu 1*1 olarak düzeltilmiştir. Kesintinin uygun olduğuna karar verilmiştir.	

<p>5- 18.05.2020 tarihli reçetede bulunan Ursactive 250 mg. 100 kapsül: " Endikasyonu uygun değil" gerekçesiyle kesilmiştir.</p>	<p>" Ursactive 25 mg. 100 kapsül devam reçetesi olduğu için önceki reçetelerdeki tanılar dikkate alınırsa PBS tanısı mevcuttur" yazılarak itiraz edilmiştir.</p>	<p>Kurumumuzda yapılan itiraz komisyonu toplantısı sonucunda Ursactive 250 mg. 100 kapsül için SUT ta end.uyumu istenmektedir. Hastanın 10.06.2019 tarih ve 49676 sayılı raporunda Karaciğerin diğer ve tanımlanmamış sirozu tanısı vardır ama prospektüs endikasyonlarında bu teşhis bulunmamaktadır. Kesintinin uygun olduğuna karar verilmiştir.</p>	
<p>6- "Stelara isimli ilaç için, ikinci dozdan sonra 3 ayda bir kullanılmalıdır. Üç aylık süre dolmadan alınmış.(SUT) " gerekçesiyle kesinti uygulanmıştır.</p>	<p>"Stelara 45 mg. Sc. İlacın kullanım sürecinde ikinci dozundan sonra 3 ayda bir kullanılmalıdır gerekçesiyle kesinti yapılmış, ilacın kullanım önerisi KÜB bilgisinde "Stelara'nın önerilen dozu 0. haftada subkutan yolla uygulanan 45 mg. Lık ilk dozu takiben 4. hafta sonra 45 mg.lık ikinci bir doz ve bunun ardından her 12 haftada bir olmak üzere 45 mg.lık dozlardır"şeklinde ifade edilmiştir. İlk olarak pandemi sürecinde girişi yapılan kronik hastalarda devam reçetelerinde tedavi dozu olarak bir önceki kullanımının baz alınarak giriş yapılması gerektiği ilgili genelge ile duyurulmuştur. Kesintiye konu olan reçete bu süreçte devam reçetesi olarak girilmiş ve tedavi dozu hastanın ilaç bilgisindeki bir önceki kullanımı baz alınarak giriş yapılabilmiştir. Ayrıca KÜB bilgisinde " önerilen doz" ifadesi için kesin bir dil kullanılmamıştır." gerekçesiyle itiraz edilmiştir.</p>	<p>SUT 4.1.3- İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi. Maddesi 3. Bendinde "..... Ancak raporda ilacın etken madde miktarının ve günlük kullanım dozunun ayrıntılı olarak belirtilmiş olması halinde belirtilen doz miktarı aşılamaz" denilmektedir. İlacın kullanım raporuna da kullanım dozu KÜB bilgisinde önerilen doz şeklinde ayrıntılı olarak belirtildiğinden ikinci dozdan sonraki alımların 3 ayda bir olması gerekmektedir." olarak görüş belirtilmiş ancak oy birliği sağlanamadığı için kesintinin Üst İtiraz Komisyona gönderilmesine karar verilmiştir.</p>	<p>OLUMSUZ</p>

<p>7- "IDEBEX 90 MG.30 FT. SUT'un Ek-4/F-59. maddesine göre, yalnızca Fridreich Ataksisi veya serebralataksi endikasyonunda ödeneceği belirtilmiştir. Hastanın endikasyon dışı kullanım izni olsa da Kurumumuz ilacın prospektüsünde halihazırda yer alan diğer endikasyonlar için de ödeme yapmamaktadır. Yalnızca iki endikasyonda geri ödemesi vardır ve hastanın raporunda bu tanılar yer almamaktadır. " gerekçesiyle kesinti yapılmıştır.</p>	<p>"Endikasyon dışı kullanımına onay verilmiştir. DMD çocuk hastaların atak nöbeti olmadığından endikasyon dışı kullanım belgesi ile ödenebileceği Sağlık Bakanlığı'ndan aldığımız bilgi dahilinde reçete karşılanmıştır." şeklinde bilgi içeren dilekçe ile itiraz edilmiştir.</p>	<p>Oy çokluğu sağlanamadığından Üst İtiraz Komisyonuna gönderilmesine karar verilmiştir.</p>	<p>OLUMSUZ</p>
---	---	--	----------------

