**İLAÇ TEKLİF FORMU**

**1. Firma İletişim Bilgileri**

|  |
| --- |
| Firma Bilgileri  |
| Firma Adı: |   |
| Adresi: |   |
| Üretici Firma: |   |
| Firmanın Üretici ile Bağlantısı  |   |

|  |
| --- |
| Firma Adına Sözleşme İmzalamaya Yetkili Kişi/ Kişiler  |
| Ad-Soyad: |   |
| Unvanı/Görevi |  |
| İletişim bilgileri: | Email:Tel: |

|  |
| --- |
| İletişime Geçilecek Temsilci Kişi/Kişiler\*  |
| Ad-Soyad: |   |
| Unvanı/Görevi |  |
| İletişim bilgileri: | Email:Tel: |

\* Firma tarafından yetkilendirilmiş bir kişi olmalıdır. Gizlilik ve etik kurallar belgesi imzalayacaktır. Kurum ile firma adına görüşmelere katılacak ve en fazla 3 kişi olacaktır.

**2. a. İlaca İlişkin Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| İlacın adı |   |
| İlacın etkin maddesi ve miktarı |  |
| Referans Fiyat ve Referans Ülke |  |
| Perakende Satış Fiyatı |  |
| Kamu Kurum İskontosu |  |
| Kamu Fiyatı |  |
| Ülkemizde ruhsatlı/onaylı endikasyonları ve onay tarihleri |  |
| Ülkemizde ruhsatlı/onaylı endikasyonlarından alternatif geri ödeme modeli teklif edilen endikasyonları |  |
| İlacın gelecekte alması muhtemel endikasyonları ve tarihleriSüreç hakkında bilgi veriniz. |  |
| İlaç bedeli ödenecek ilaçlar listesi (Ek-4/A) ve/veya yurtdışı ilaç fiyat listesinde (Ek-4/C) yer almakta mıdır? Ödeme bilgilerini ve varsa alternatif geri ödeme modeli/sözleşmesine ilişkin bilgileri yürürlük tarihi ile birlikte belirtiniz. |   |
| İlacın onaylı ruhsatı dışında yer alan klinik kullanım alanlarını yazınız. |  |

**2.b. Teklife İlişkin Bilgiler**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Teklif edilen alternatif geri ödeme modeli | Finansmana dayalı |  |
| Performansa dayalı |  |
| Karma modele dayalı |  |
| Diğer |  |
| **Açıklama:** |
| Sözleşmenin/Alternatif geri ödeme modelinin mevcut ve öngörülen tüm endikasyonlara uygulanıp uygulanmayacağına ilişkin bilgi veriniz.  | EVET |   | HAYIR |   |
| **Açıklama:**  |  |  |  |  |
| İlacın kullanılacağı hasta gruplarını ve bu grupları belirleme kriterleri ile bu kriterlerin nasıl ölçüleceğini ilişkin bilgi veriniz.**Açıklama:**  |  |
| İlacın tüm basamaklarda\* uygulanıp uygulanmayacağına ilişkin bilgi veriniz. | EVET |  | HAYIR |  |
| **Açıklama:**  |
| İlacın uygulanacağı tedavi basamakları  |
| **Açıklama:** |
| \*1.,2. ve 3. Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları anlaşılmalıdır.  |

**3. Modelin Yürütülmesi**

**3.a. İlaç için model geliştirme nedenlerini detaylı olarak açıklayınız.**

**3.b. Modelin işleyişine ilişkin diyagram (iş akışı) oluşturunuz. (reçeteleme, dağıtım, ödeme şekli, taraflar, takip vs.)**

**3.c. Modelin her aşamasını detaylı olarak anlatınız. (her aşamada yer alan paydaşları içerecek şekilde)**

**3.d. Hastaların mevcut durumda nasıl tedavi edildiklerini yazınız. Teklif edilen model mevcut durumdan farklı ise (ek tedavi, ilaçlar vs.) değişiklikleri anlatınız.**

**3.e. Modeli finansal süreci açısından tanımlayınız.**

**3.f. Modelde yer alan para iadesi ve/veya bedava ürün koşullarının nasıl işletileceğine ilişkin detaylı bilgi veriniz.**

**3.g. İlave maliyetlere ilişkin bilgi veriniz.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Maliyet Hesaplaması**  | **Kaynak** |
| Muayene  |   |   |
| İlaç |   |   |
| Tıbbi Malzeme  |  |  |
| Tanı Testleri |   |   |
| İzleme Testleri |   |   |
| İlave Ücret  |   |   |
| Diğer Maliyetler  |   |   |
| Tedaviyle ilişkili toplam maliyet  |   |   |

**3.h. İlaca ilişkin insidans ve prevelans verilerini (kaynaklarını belirterek) yazınız.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endikasyon | Prevelans | İnsidans  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|  |  |  |

**3.i. Hasta popülasyonunun % kaçının modelde yer alan kriterleri karşılayacağı beklenmektedir.**

**3.j. Modele göre gelecek 3 yıl içinde tedavi edilmesi öngörülen hasta sayılarını (kaynak\* belirterek) yazınız.**

|  |  |
| --- | --- |
| Endikasyon | Tahmini Hasta Sayısı  |
| Yıl 1 | Yıl 2 | Yıl 3  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Kaynak:  |

 \* Öncelikle Türkiye kaynakları bunlara ulaşılamıyorsa yurtdışı kaynakları kastedilmektedir.

**3.k. Modele Yönelik Bütçe Etkisi Tablosu**

|  |  |
| --- | --- |
| Endikasyon | Tahmini Bütçe Etkisi |
| Yıl 1 | Yıl 2 | Yıl 3  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|  |

**3.l. Sözleşmenin yürütülmesi amacıyla SGK dışında sağlık hizmet sunucuları ile firması tarafından yapılması teklif edilen sözleşmeleri belirtiniz.**

|  |
| --- |
| Üniversite/ Eğitim Araştırma Hastanesi : |
| Sağlık Bakanlığı Hastanesi :  |
| Özel Tıbbi Laboratuar, Görüntüleme Merkezi vs.:  |
| Diğer: |
| SGK yapılan sözleşme ile bir yükümlülük altına girecek mi? Belirtiniz : |
| \*Yukarıda belirtilen sözleşmelerin bir örneği sözleşme aşamasında Kuruma teslim edilmelidir.  |

**4. Verilerin İzlenmesi**

**4.a. Hangi verilerin izleneceği ve nasıl toplanacağına ilişkin bilgi veriniz. Toplanan verilerin hangi sürelerle paylaşılacağını yazınız.**

|  |  |
| --- | --- |
| İzlenecek veriler  |   |
| Mevcut veri toplama yöntemi  |   |
| Veri toplamadaki değişiklikleri anlatınız. |  |

**4.b Tarafların veri toplamadaki sorumluluklarını belirtiniz.**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma |   |
| SGK  |   |
| Diğer ilgili taraflar |   |

**4.c. Sözleşmeye ilişkin veri ve bilgiler kimlerle paylaşılacağını belirtiniz (sonuç verileri, gerçekleşen hacim, tutar, hasta vs. sayısı).**