**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 tarihleri  Süreç 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).**