



00065228389

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNİN BİRBİRİLERİNDEN YAPACAKLARI MAL VE HİZMET ALIM / SATIMINA İLİŞKİN PROTOKOL

Amaç

MADDE 1- İş bu protokolün amacı; **Uşak İl Sağlık Müdürlüğü'nün** bağlı sağlık tesislerinin hizmet sunumunda ihtiyaç duyduğu idrar numunesinde yasadışı ve/veya bağımlılık yapıcı maddeler için doğrulama analizi hizmetinin **Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'ne** bağlı hizmet veren **SBÜ Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Laboratuvarından** karşılanması ve bunların bedellerinin ödenmesine ilişkin usul ve esasların düzenlenmesini kapsar.

Tanımlar

MADDE 2- Bu protokolde geçen;

- **Hizmet Veren Kurum:** Sağlık hizmeti veren
- **Hizmet Alan Kurum:** Sağlık hizmeti alan

Kapsam

MADDE 3- İş bu protokol; aşağıda belirtilen mal ve hizmetleri kapsar.

- Hizmet alan kurumda yapılan yasadışı ve/veya bağımlılık yapıcı madde tarama testi sonrası, ilgili hekim tarafından istemi yapılan doğrulama analizi hizmetlerinin alımı protokol kapsamındadır.

Hukuki Dayanak

MADDE 4- İş bu protokol;

- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye,
- 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 3. maddesine,
- 4734 Sayılı Kamu İhale Kanununun 3. maddesinin (h) bendine,
- Sağlık Hizmeti sunan 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu Kapsamındaki İdarelerin Teşhis ve Tedaviye Yönelik Olarak Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Alımlarına İlişkin Yönetmelik,
- Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün 2013/06 sayılı genelgesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Teşhis ve Tedaviye Yönelik Hizmetlerin Sunumuna İlişkin Esaslar

MADDE 5-

a) Dış Hizmet İstem Formu

- Doğrulama Testi İstem Formu

b) Dış Hizmet İstem Formunun Düzenlenmesi

- Hizmet alımı yapan kurum, doğrulama testi istek formu ile başvuru yapar (Ek 1). Şahit numuneye ait doğrulama testi istek formu eksiksiz tam doldurulmalıdır.
- Form, **2 (iki)** nüsha olarak düzenlenecek; birinci nüsha ücretlendirme ve tahlil çalışması için sağlık tesisince hizmet verecek kuruma gönderilecek, ikinci nüsha hizmet alan kurumda saklanacaktır.

c) Numune Kapları ve Taşıma Çantasının Temini

- Sağlık tesislerinde saklanan şahit numune kapları, hizmet alan kurum tarafından karşılanacaktır.
- Numune taşıma kapları, hizmeti veren kurum tarafından karşılanacaktır.

d) Numunelerinin Teslim Edilmesi ve Çalışması

- Numuneler hizmet alan kurum tarafından, '**SBÜ Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Laboratuvarı 2.Blok** (Sanayi Mah. Atatürk Bulvarı Hastane Cad. No:78 38010 Kocasinan / KAYSERİ) adresine, hizmet veren kurum tarafından verilecek taşıma çantaları içinde kargo ile gönderilecek, numune kabulü yapıldıktan sonra sonuçlar raporlandırılarak ilgili sağlık tesisine iletilecektir.
- Numunelerin kargo ve transfer güvenliği, hizmet alan kurumun sorumluluğundadır. Kargo bedeli hizmet alan kurum tarafından ödenecektir. Transfer çantaları hizmet veren kurum tarafından hizmet alıcısına sağlanacaktır (1 adet).
- Kilitli transfer çantaları içerisinde soğuk zincir kurallarına uygun bir şekilde idrar numuneleri gönderilir. İdrar numuneleri en az 10 mL miktarda, kapaklı polietilen idrar kabı veya tüplerinde, koruyucu eklenmeden gönderilmelidir.
- Numune tüpünün üzerinde ilgili şahsın kimlik kod numarası, numune cinsi, numunenin alınma tarih ve saati bilgileri mevcut olmalıdır. Numune kaplarının kapak çevresi güvenlik etiketi veya yapışkan bir bantla sarılmalı, laboratuvara taşınması sırasında kapların ağızları kesinlikle açılmamalıdır.
- Numuneler soğuk zincire uygun bir şekilde kilitli transfer kapları ile taşınarak en geç 48 saat içinde hizmet veren kurum doğrulama laboratuvarına ulaştırılmalıdır. Numuneler laboratuvara resmi tatil günleri dışında (hafta sonu, bayram tatilleri vs) mesai saatleri içerisinde, saat 08:30 – 15:30 arasında kabul edilecektir. Kargo şirketinin mesai saati içinde numuneyi hizmet veren kuruma teslim edemeyeceği günlerde transfer yapılmamalıdır.
- Numuneler, hizmet veren kurum laboratuvarında ilgili birim sorumlusuna veya ilgili laboratuvar teknisyenine teslim edilmelidir. Numune teslim ve kabul formu, kargo çalışanı ve numuneyi teslim alan kişi tarafından karşılıklı imzalandıktan sonra numune kabulü yapılır. Formun bir nüshası kargo çantasına konarak çantayla birlikte hizmet alan kuruma iade edilir.
- Hizmet veren kurum, genel hükümler çerçevesinde, gönderilmeyen numuneyi reddetme hakkına sahiptir. Kurum ret gerekçesini numune teslim ve kabul formunda belirtmelidir. Kapakları açılmış, kırılmış, içeriği dökülmüş, uygun saklama koşullarında saklanmamış ve taşınmamış numune tüpleri/kapları reddedilecektir. Şahit numunenin örnek uygunluk/bütünlük testlerini (kreatinin, pH, yoğunluk, nitrit) geçememesi; transferin soğuk zincirle ve güvenli/kilitli transfer kapları ile yapılmaması ret sebebidir. Şahit numuneye ait doğrulama testi istek formu olmayan numuneler kabul edilmeyecektir.

e) **Tetkik Sonuçlarının Alınması**

- Laboratuvar sonuç verme süresi, numune kabul tarihinden itibaren 15 gündür. Mücbir sebeplerle bu sürenin uzaması halinde hizmet alan kurum önceden bilgilendirilecektir.
- Laboratuvar sonucu <http://kaysericah.saglik.gov.tr> resmi internet adresinden kullanıcı adı ve şifresi girilerek veya EBYS yoluyla alınabilir. Siteye giriş için kullanıcı adı ve şifre hizmet sunucusu tarafından sağlanacaktır. Kullanıcı adı ve şifresi olmayan kurumlara sonuçlar, EBYS' den 'gizli' ibaresi ile numune sevkini gerçekleştiren hekim adına iletilecektir.

Fiyatlandırma

MADDE 6-

Sosyal Güvenlik Kanununca yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliğinde ilgili testlerin henüz fiyat listesi olmadığından, yapılan maliyet analizi sonucu hizmet veren kurum tarafından belirlenen fiyat;

- Amfetamin ve opiyat grubu testler için doğrulama analizi toplam 200 TL
- Esrar ve kokain grubu testler için doğrulama analizi toplam 150 TL'yi ifade eder.

Faturalandırma ve Ödeme

MADDE 7-

- Fatura nizamına uyulması, ilgili mevzuata uygun ve süresinde fatura düzenlenmesi, hizmeti veren kurum sorumluluğunda olup, faturalar ödemeyi yapacak kurumun kontrolünü kolaylaştıracak şekilde düzenlenecektir.
- Hizmeti veren kurum düzenleyecekleri faturalarda;
 - Hasta kod numarası (barkod numarası),
 - Kurum tahakkuk dairesinin adı,
 - Fatura bedelinin ödeneceği hesap IBAN numarasını belirtecektir.
- Fatura eki ve belgeler;
 - Sevk belgesi veya tetkik istek belgesini ekleyecektir.
- Ödemeler, faturaların hizmet alan kuruma ulaştığı tarihten itibaren 45 (kırk beş) gün içinde yapılacaktır.
- Ödemeler, sağlık hizmet sunucusunun belirtilen hesaplarına yapılacaktır.

Genel Hükümler

MADDE 8- (1)

- Protokol maddelerinin uygulanmasında ve protokolda hüküm bulunmayan konularda ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından çözülecektir.
- İş bu protokol, ilgili mevzuatta yapılacak değişiklikler ve değişen şartlar dikkate alınarak her zaman karşılıklı olarak imza altına alınmak şartıyla değiştirilebilecektir.

Yürürlük

MADDE 9-

- 9 (dokuz) maddeden ibaret protokol, **Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve Uşak İl Sağlık Müdürlüğü** tarafından imzalandığı tarihte yürürlüğe girer.

- İş bu protokol 20/03/2018 tarihinde 2 (iki) nüsha düzenlenerek imza altına alınmış olup, 1(bir) nüshası tedarikçi Kurum'a ve 1 (bir) nüshası da alan Kurum'a verilmiştir. Her iki nüshası da asıl niteliğindedir.
- Bu protokolün süresi imzalandığı tarihten itibaren 1 (bir) yıldır. Protokolün bitmesine 1 (bir) ay kala tarafların yazılı bir talebi olmadığı sürece aynı şartlarda uzar.
- Taraflar karşılıklı anlaşarak protokolü fesih etme hakkına sahiptir. Bu durumda o zamana kadar yapılan işlerin bedeli ödenir.
- Taraflar mevcut Protokolü 1 (bir) ay öncesinden karşı tarafa yazılı bildirmek suretiyle sona erdirebilir. Bu durumda, devam etmekte olan çalışmalar tamamlanır.
- Mevzuat değişiklikleri tarafları bağlar, böyle bir durumda tarafların yükümlülüklerinde herhangi bir değişiklik meydana geliyorsa, protokol buna göre uyarlanır.
- Bu protokol hükümleri Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve Uşak İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yürütülür.

Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

e-imzalıdır.
Yrd. Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ
İl Sağlık Müdürü
20/03/2018

Uşak İl Sağlık Müdürlüğü

e-imzalıdır.
Dr. Sedat KAVAS
İl Sağlık Müdürü
20/03/2018



EK 1

DOĞRULAMA TESTİ İSTEK FORMU

| İstemi Yapan | |
|-----------------------|--|
| Kurum/Kuruluş adı | |
| Faks | |
| Telefon No | |
| E-posta | |
| Tıbbi Laboratuvar Adı | |

| Numune Sahibi | |
|--|--|
| Kod Numarası | |
| Yaşı | |
| Cinsiyeti | |
| Varsa ilave kronik rahatsızlığı | |
| Kullandığı bilinen ilaç ve maddeler(Dozunu belirtiniz) | |

| Doğrulama İçin Gönderilen Numuneye Ait | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Alınma tarihi | Derin dondurucuda saklanmaya başlandığı tarih | Derin dondurucuda saklama sıcaklığı |
| | | |

| Doğrulama İstenilen Test/Testlere Ait | |
|--|--|
| Doğrulama İstenen Test/Tahlil Adı | Tarama Testi İçin Kullanılmış Olan Yöntem |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |

Doğrulama için gönderilen materyalin gönderim tarihi:

Laboratuvar Sorumlusunun
Adı, Soyadı
İmzası