

GİZLİLİK VE ETİK KURALLAR BELGESİ

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı sağlanan/sağlanacak ilaçların türleri, miktarları, kullanım süreleri ile bu ilaçların ödeme usul ve esaslarını belirlemek amacıyla yürütülen çalışmaların usul ve esaslarına yönelik Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği ile Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Alternatif Geri Ödeme Yönetmeliği kapsamındaki çalışmaların yürütümünde aşağıda yer alan gizlilik ve etik kurallarına uymayı kabul ve beyan ederim.

1. Çalışmalarda etik kültürü benimsemek ve bu ilkelere uygun davranışlarda bulunmak.
2. Görevlerin yerine getirilmesinde takdir yetkilerini; kamu ve hasta yararını birlikte gözeterek, adalet, dürüstlük ve tarafsızlık ilkelerine uyararak, fırsat eşitliğini engelleyici davranışlarda bulunmayacak şekilde kullanmak.
3. Çalışmaları Yönetmelikte belirtilen süreçlere uygun şekilde yürütmek.
4. İlaç sektöründe faaliyet gösteren herhangi bir şirkette görev yapmıyor olmak, ilaç şirketleri yararına maddi ya da manevi herhangi bir karşılık alarak veya almaksızın (klinik araştırmalar, kongre katılımları ve şerefiye/telif ödemeleri gibi durumlar dışında) çalışmamak ve/veya danışmanlık yapmamak (*).
5. Görevlerin, tarafsız ve objektif şekilde icra edilmesini etkileyen ya da etkiliyormuş gibi gözükken, kişilerin kendilerine, yakınlarına, arkadaşlarına ya da ilişkide bulunduğu kişi ya da kuruluşlara her türlü menfaatin ve onlarla ilgili mali ya da diğer yükümlülüklerin sağlanmasından ve benzeri şahsi çıkarlara sahip olunması halinden kaçınmak.
6. Çalışmalar esnasında elde edilen bilgileri ve yetkilerini, kişisel fayda veya her türlü yakınları adına menfaat elde etmek için kullanmamak.
7. Komisyon çalışmaları sürerken veya sonuçlandığında, alınan kararlar yayımlanuncaya veya duyuruluncaya kadar, görev nedeniyle ulaşılan tüm bilgi ve belgelerin gizliliğini sağlamak.

Yukarıda belirtilen etik kuralları okuduğumu, anladığımı, en üst düzeyde etik ve mesleki davranış içinde olacağımı, yukarıda tanımlanan gizlilik ve etik kurallarına uymadığım durumda bu çalışmalardaki görevime SGK tarafından son verilmesini kabul ettiğimi bildiririm.

(*) 657 Sayılı Kanuna tabi çalışanlar için.

...../...../.....
İMZA

(Bu bölüm kişinin el yazısı ile doldurulur.)

Adı ve Soyadı:

Kurumu ve Unvanı:

İletişim Bilgileri:

İmzalandığı Yer: