

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI
PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ İTİRAZ NEDENLERİ
VE SUNULMASI GEREKEN EVRAKLAR**

Aile hekimliği uygulamasında çalışan personele yapılacak olan ödemelere itirazları değerlendirme komisyonu tarafından, aile hekimlerinin ilgili ay için performans kesintisine yapmış oldukları itiraz nedenleri ile sunulan evraklar incelenecek, karara bağlanacak ve uygun görülen itirazlara ait düzeltilecek performans kesintisi maaşa esas teşkil etmek üzere ilgili birime bildirilecektir.

Performans itirazlarının zamanında değerlendirilmesi, maaş ödemelerinde gecikme yaşanmaması için; aile hekimliği birimi (AH/ASE) personeli tarafından **itiraz belgelerinin doğru, tam ve okunaklı şekilde** (mümkünse bilgisayar ortamında) doldurularak gönderilmesi aşağıda belirtilen hususlara özen gösterilmesi gerekmektedir.

Aile hekimi biriminde, **aile hekimi mevcut (sözleşmeli /görevlendirmeli)** ise performans itiraz formu aile hekimi tarafından doldurulacak, ayrıca aile sağ ığı elemanı performans itiraz formu **doldurmayacaktır.** Sözleşmeli aile hekimi olmayan pozisyonlar ya da aile hekiminin izinli/raporlu olması durumunda aile sağ ığı elemanları performans itirazında bulunabilir.

1) İkametgâh değişikliği (il içi/dışı/yurt dışı) nedeni ile koruyucu sağlık hizmeti verilemediğinde;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Varsa aileye ait muhtar onaylı, itiraz edilen **performans aralığında belirtilen adreste olmadığına dair belge** (taşınma belgesi) veya TÜİK-ADNKS çıktısı yoksa ailenin taşındığına dair tutulan **TSM - İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ onaylı "Göç Tespit Tutanağı"** (Ek-3)
3. Konu ile ilgili açıklayıcı bilgi içeren tutanak
4. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

NOT: Yurt dışı ikametgâh değişikliğinde, komisyon gerekli görürse İl Emniyet Müdürlüğünden alınacak yurtdışı çıkış evrakı istenebilir.

2) Gerçek doğum tarihi ile nüfusa kayıt edildiği tarihin farklı olması (gerçek doğum tarihinden önce veya geç kayıt edilmesi) durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Varsa bebeğe ait doğum belgesi, nüfus cüzdan fotokopisi, yoksa ailenin bebek ile ilgili doğum beyanını belirttiği "Doğum Beyan Tutanağı"(Ek-4)
3. Aşı veya izlemin gerçek doğum gününe göre yapıldığını gösterir belge (aşı kartı fotokopisi, bebek izlem kartı veya AHBS çıktısı)
4. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

3) Tıbbi nedenlerle aşının / izlemin yapılamaması durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Konu ile ilgili itiraz edilen **performans aralığına ait uzman görüşü veya epikriz,** yoksa ailenin veya kişinin beyanını belirttiği "Tıbbi Beyan Tutanağı" (Ek-5)
3. Kişi yataklı tedavi kurumunda yatarak tedavi görüyor ise varsa hastanede yattığına dair belge yoksa kişinin/ailenin durumu belirtir tutanak

4. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınma ait ulaşılabilir telefon numarası.

4) Belirtilen performans aralığı dışında aşı / izlemin yapılması durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Aşının, bebek-gebe izleminin yapıldığını (tarihi ile birlikte) gösterir TSM - İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ hekimi tarafından imzalı belge (aşı kartı, bebek kartı)
3. Neden performans aralığı dışında aşı veya izlemin yapıldığını açıklayan, gerekiyorsa ailenin veya kişinin konu ile ilgili beyanına dair "Tıbbi Beyan Tutanağı" (Ek-5)
4. Kişi/aile aşığı/izlemi kabul etmediğine dair tutanak imzalamıyor ise "Aileye/kişiyeye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir." notu eklenerek AH ve ASE tarafından imzalanan ve TSM - İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ tarafından onaylanan tutanak
5. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

5) Ailenin veya kişinin aşı / izlemi başka bir sağlık kurumu/kuruluşunda yaptırmaması durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Ailenin ya da kişinin aşı/izlemi başka bir sağlık kurumu/kuruluşunda yaptırdığını belirttiğı "İzlem/Aşı Tutanağı" (Ek-6)
3. Aşı/izlemin yapıldığını (tarihi ile birlikte) gösterir belge veya TSM - İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ hekimi tarafından onaylanmış aşı kartı, bebek kartı

6) Ailenin veya kişinin aşı / izle m yaptırmaması durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Ailenin ya da kişinin izlemi veya aşığı kabul etmediğini belirttiğı "İzlem/Aşı Durumu Bilgilendirme Onam Formu" (Ek-7)
3. Eğer aile ya da kişi tarafından imzalanmıyorsa "Aileye veya kişiyeye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir" notu eklenerek AH ve ASE tarafından imzalanan ve TSM - İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ tarafından onaylanan tutanak
4. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

7) Ölüm nedeni ile aşı ve/veya izlemin yapılamaması durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. ÖBS (Ölüm Bildirim Sistemi) çıktısı yoksa ailenin beyanına dair "Vefat Beyan Tutanağı" (Ek-8)
3. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

8) Gebeliğın geç tespit edilmesi durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Gebeliğın geç tespit edilme nedenini belirten "Gebe Geç Tespit Beyan Tutanağı"(Ek-9)
3. 15-49 yaş kadın izlem AHBS çıktısı
4. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

9) Yukarıda belirtilen nedenler dışında itiraz edilmesi durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. İtiraz konusuna esas teşkil eden belgeler (tutanak, dilekçe varsa izlem kartı veya AHBS çıktısı)
3. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınma ait ulaşılabilir telefon numarası

10. Aile hekimi daha önce aynı kişi için itiraz etmiş olsa bile (değerlendirilen ay için bu kişiye ait eksik izlem veya aşımın olması halinde) her ay için **ayrı ayrı** itiraz edilecektir.

11. Komisyon gerektiğinde yukarıda belirtilmeyen ancak verilecek karara esas teşkil edebilecek bilgi, belge ve doküman isteyebilir.

12. Aile sağ ığı elemanı performans itirazını tek başına yapacaksa, yani çalıştığı birimde aile hekimi yok, izinli veya raporlu ise, itiraz başvurusu halinde istenen gerekli evraklardan sistem çıktıları olanlardan (AHBS çıktılarında) muaf olur.

ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
..... Toplum Sağlığı Merkezi
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI PERFORMANS İTİRAZ FORMU*

1. Performans kesintisinin ait olduğu ay/yıl:
2. İtiraz edilen konu (Lütfen ilgili seçeneği işaretleyiniz)

Gebe izlemi Bebek izlemi Çocuk izlemi Bağışıklama Hizmetleri Diğer

PERFORMANS KESİNTİSİNE ESAS TEŞKİL EDEN KİŞİNİN

3. T.C. Kimlik No :
4. Adı Soyadı :
5. Aile Hekimine Kesin Kayıt Tarihi :
6. İletişim Bilgisi (Kendisinin/Yakınının Telefon No'su) :
7. Anne T.C. Kimlik No (Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak):
8. Doğum Tarihi (Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak) :
9. Son Adet Tarihi(Gebe İzlemi İtirazlarında Yazılacak):

İtiraz Nedeni Konusunda Açıklama:

Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili mevzuat çerçevesinde yapılan performans itiraz değerlendirmesinde, eksik/hatalı olduğunu tespit ettiğim performans standartlarına dair belgeler ekte sunulmuş olup konunun tarafınızdan değerlendirilerek itirazımın sonuçlandırılması hususunda gereğini arz ederim./..../20.....

- 10.Aile Hekimliği Birim No :
- 11.Adı Soyadı :
- 12.T.C. Kimlik No :

AH /ASE İmza- Kaşe

Ek: (.....sayfa)

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ BAŞKANI GÖRÜŞÜ :

.../.../201...

UYGUN UYGUN DEĞİL GEREKSİZ BAŞVURU***

TSM Başkanı Adı Soyadı –İmza

**Aile hekimliği biriminde aile hekimi mevcut ise performans itiraz formu aile hekimi tarafından doldurulacak, ayrıca aile sağlığı elemanı tarafından performans itiraz formu doldurulmayacaktır. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu, performans kesintisine esas teşkil eden her kişi ve konu için ayrı ayrı doldurulacaktır.*

*** İtiraza konu olan AHB'nin no'su yazılacaktır.*

**** İlgili ay için hesaplanan ve Sağlık Bakanlığı tarafından Karar Destek Sistemi'nde yayınlanan verilerde herhangi bir performans kesintisi olmadığı halde yapılan itiraz başvuruları " Gereksiz Başvuru " olarak kabul edilecektir.*

-Performansa konu olan kişinin TC. Kimlik Numarası MERNİS'ten sorgulanmalıdır.

-Performans itirazları Karar Destek Sistemi (KDS) esas alınarak yapılmalıdır.

ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
..... İlçe Sağlık Müdürlüğü

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI PERFORMANS İTİRAZ FORMU*

1. Performans kesintisinin ait olduğu ay/yıl:
2. İtiraz edilen konu (Lütfen ilgili seçeneği işaretleyiniz)

Gebe izlemi Bebek izlemi Çocuk izlemi Bağışıklama Hizmetleri Diğer

PERFORMANS KESİNTİSİNE ESAS TEŞKİL EDEN KİŞİNİN

3. T.C. Kimlik No :
4. Adı Soyadı :
5. Aile Hekimine Kesin Kayıt Tarihi :
6. İletişim Bilgisi (Kendisinin/Yakınının Telefon No'su) :
7. Anne T.C. Kimlik No (Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak):
8. Doğum Tarihi (Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak) :
9. Son Adet Tarihi(Gebe İzlemi İtirazlarında Yazılacak):

İtiraz Nedeni Konusunda Açıklama:

Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili mevzuat çerçevesinde yapılan performans itiraz değerlendirmesinde, eksik/hatalı olduğunu tespit ettiğim performans standartlarına dair belgeler ekte sunulmuş olup konunun tarafınızdan değerlendirilerek itirazımın sonuçlandırılması hususunda gereğini arz ederim./..../20.....

- 10.Aile Hekimliği Birim No** :
- 11.Adı Soyadı :
- 12.T.C. Kimlik No :

AH /ASE İmza- Kaşe

Ek: (.....sayfa)

İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BAŞKANI GÖRÜŞÜ:

.../.../201...

UYGUN UYGUN DEĞİL GEREKSİZ BAŞVURU***

İlçe Sağlık Müdürlüğü Başkanı Adı Soyadı –İmza

*Aile hekimliği biriminde aile hekimi mevcut ise performans itiraz formu aile hekimi tarafından doldurulacak, ayrıca aile sağlığı elemanı tarafından performans itiraz formu doldurulmayacaktır. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu, performans kesintisine esas teşkil eden her kişi ve konu için ayrı ayrı doldurulacaktır.

** İtiraza konu olan AHB'nin no'su yazılacaktır.

*** İlgili ay için hesaplanan ve Sağlık Bakanlığı tarafından Karar Destek Sistemi'nde yayınlanan verilerde herhangi bir performans kesintisi olmadığı halde yapılan itiraz başvuruları " Gereksiz Başvuru " olarak kabul edilecektir.

-Performansa konu olan kişinin TC. Kimlik Numarası MERNİS'ten sorgulanmalıdır.

-Performans itirazları Karar Destek Sistemi (KDS) esas alınarak yapılmalıdır.

Ek-3

GÖÇ TESPİT TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan
..... T. C. kimlik numaralı
..... isimli bebek-çocuk/gebenin ikamet etmiş olduğu adresten taşındığı
tarafımızca tespit edilmiştir.

Kişi/Aile ADNKS kaydını yeni taşınmış olduğu yerleşim yerine aldırmadığı için
muhtarlıktan yokluk belgesi alınamamıştır.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	:	Aile Hekimi	:
Aile Hekimliği Birimi	:	Aile Hekimliği Birimi	:
Tarih	:.../.../201....	Tarih	:.../.../201....
İmza		İmza	

Kişinin Komşusu/Yakını		TSM Başkanı / İlçe Sağlık Müdürlüğü Başkanı /Vekili /Doktor	:
Telefon Numarası	:		: .../.../201....
Adres	:	Tarih	
	:	İmza	
Tarih			
İmza	:.../.../201....		

Not: Bu tutanak TSM/İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmış olacaktır.

DOĞUM BEYAN TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde doğum tarihli olarak kaydı bulunan T.C. kimlik numaralı isimli çocuğumun tarihinde doğduğunu beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı : Aile Hekimi :

Aile Hekimliği Birimi : Aile Hekimliği Birimi :

Tarih : / / 20.... Tarih : / / 20....

İmza İmza

Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : / / 20....

İmza :

TIBBİ NEDEN BEYAN TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan
T.C. kimlik numaralı
isimli çocuğumun/kendimin
Şeklindeki tıbbi durumu nedeniyle **aşı-izlem yapılamadığını/belirtilen performans aralığında yapılmadığını** beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	:.....	Aile Hekimi	:.....
Aile Hekimliği Birimi	:.....	Aile Hekimliği Birimi	:.....
Tarih	:...../...../20....	Tarih	:...../...../20....
İmza		İmza	

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih :/..../20....

İmza :

İZLEM/AŞI TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan
T.C. kimlik numaralı isimli çocuğumun/kendimin
izlemi/aşısını nedeniyle
..... tarihinde
isimli sağlık kurumunda yaptırdığımı beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	:.....	Aile Hekimi	:.....
Aile Hekimliği Birimi	:.....	Aile Hekimliği Birimi	:.....
Tarih	:...../...../20....	Tarih	:...../...../20....
İmza		İmza	

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : / / 20....

İmza :

İZLEM/AŞI DURUMU BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan T.C. kimlik numaralı isimli çocuğumun/kendimin aşısının/izleminin aile hekimi/aile sağlığı elemanı tarafından yapılmasını kabul etmediğimi beyan ederim. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerek bu formu doldururken sağlık ile ilgili her konuda soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı tarafıma verilmiş, sağlık personeli tarafından oluşabilecek hastalıklar, risk ve tehlikeler konusunda gerekli danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu hastalıklar hakkında, bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle çocuğumun/kendimin aşısının/izleminin yapılmasına **İZİN VERMİYORUM** ve bu formu imzalıyorum.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Hekimi	.....	Kişinin Kendisi / Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi	.....
Aile Hekimliği Birimi	.....	Adres	..........
Tarih	...../...../20....	Telefon	.....
İmza		Tarih	...../...../20....
		İmza	

TSM Başkanı/İlçe
Sağlık Müdürlüğü
Başkanı/ Vekili/Doktor :.....

Tarih :...../...../20....

İmza :

Not: Aileye veya kişiye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir.

VEFAT BEYAN TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan T.C.
kimlik numaralı isimli kişinin
..... tarihinde nedenle vefat
ettiğini beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	.....	Aile Hekimi	.....
Aile Hekimliği Birimi	.....	Aile Hekimliği Birimi	.....
Tarih	...../...../20....	Tarih	...../...../20....
İmza		İmza	

Kişinin Yakını / Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih :/...../20....

İmza :

GEBE GEÇ TESPİT BEYAN TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan
.....T.C. kimlik numaralı
..... isimli kişinin/gebenin
.....
nedenlerden dolayı gebeliğinin geç tespit edilebildiğini beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı :..... Aile Hekimi :.....

Aile Hekimliği Birimi :..... Aile Hekimliği Birimi :.....

Tarih :...../...../20.... Tarih :...../...../20....

İmza İmza

Gebeliği Geç Tespit Edilen Kişinin Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : / / 20....

İmza :

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ /İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ YERİNDE TESPİT TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan
.....T.C. kimlik numaralı
isimli bebek-çocuk/gebe/kişi(lerin) ikamet etmiş olduğu adres olan
.....
.....'a gidilmiş, bebek-çocuk/gebe/kişi/kişiler belirtilen adreste
bulunmuştur/bulunamamıştır. Bu adresten taşındıkları/taşınmadıkları tarafımızca tespit
edilmiştir.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

TSM/İlçe
Sağlık
Müdürlüğü
Adı :.....

TSM/İlçe
Sağlık
Müdürlüğü
Çalışanı :.....

TSM Başkanı/İlçe
Sağlık Müdürlüğü
Başkanı/Vekili/Doktor :.....

Tarih :...../...../20....

Tarih :...../...../20....

İmza

İmza