**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 /görevlendirmesi) ise performans itiraz formu aile hekimi tarafından doldurulacak, ayrıca aile sağlığı elemanı performans itiraz formu doldurmayacaktır. Sözleşmeli aile hekimi olmayan pozisyonlar ya da aile hekiminin izinli/raporlu olması durumunda aile sağlığı elemanları performans itirazında bulunabilir.

1. **İkametgâh değişikliği (il içi/dışı/yurt dışı) nedeni ile koruyucu sağlık hizmeti** **verilemediğinde;**
2. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
3. 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 İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM onaylı "Göç Tespit Tutanağı" (Ek-3)
4. Konu ile ilgili açıklayıcı bilgi içeren tutanak.
5. 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 isteyebilir.

1. **Gerçek doğum tarihi ile nüfusa kayıt edildiği tarihin farklı olması (gerçek doğum** **tarihinden önce veya geç kayıt edilmesi) durumunda;**
2. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
3. Varsa bebeğe ait doğum belgesi, nüfus cüzdan fotokopisi, yoksa ailenin bebek ile ilgili doğum beyanını belirttiği "Doğum Beyan Tutanağı"(Ek-4)
4. Aşı veya izlemin gerçek doğum gününe göre yapıldığını gösterir İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM hekimi tarafından imzalı belge (aşı kartı, fotokopisi, bebek izlem kartı veya AHBS çıktısı)
5. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

1. **Tıbbi nedenlerle aşının / izlemin yapılamaması durumunda;**
2. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
3. Konu ile ilgili itiraz edilen **performans aralığına ait uzman görüşü veya epikriz,** yoksaailenin veya kişinin beyanını belirttiği "Tıbbi Beyan Tutanağı" (Ek-5)
4. Kişi yataklı tedavi kurumunda yatarak tedavi görüyor ise varsa hastanede yattığına dair belge yoksa kişinin/ailenin durumu belirtir tutanak.
5. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası.
6. **Belirtilen performans aralığı dışında aşı / izlemin yapılması durumunda;**
7. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
8. Aşının, bebek-gebe izleminin yapıldığını (tarihi ile birlikte) gösterir İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM hekimi tarafından imzalı belge (aşı kartı, bebek kartı)
9. Eğer **tıbbi** sebeplerden dolayı aşı/izlem performans aralığı dışında yapılmışsa; neden performans aralığı dışında aşı veya izlemin yapıldığını açıklayan, gerekiyorsa ailenin veya kişinin konu ile ilgili beyanına dair "Tıbbi Beyan Tutanağı" (Ek-5)
10. Kişi/aile aşıyı/izlemi kabul etmediğine dair tutanak imzalamıyor ise “Aileye/kişiye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir.” notu eklenerek AH ve ASE tarafından imzalanan ve **İlçe Sağlık Müdürlüğü/ TSM** tarafından onaylanan tutanak.
11. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası.
12. **Ailenin veya kişinin aşı /izlemi başka bir sağlık kurumu/kuruluşunda yaptırması durumunda;**
13. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
14. Ailenin ya da kişinin aşı/izlemi başka bir sağlık kurumu/kuruluşunda yaptırdığını belirttiği "İzlem/Aşı Tutanağı" (Ek-6)
15. Aşı/izlemin yapıldığını (tarihi ile birlikte) gösterir belge veya tarafından onaylanmış aşı kartı, bebek kartı.
16. **Ailenin veya kişinin aşı / izlem yaptırmaması durumunda;**
17. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
18. Ailenin ya da kişinin izlemi veya aşıyı kabul etmediğini belirttiği "İzlem/Aşı Durumu Bilgilendirme Onam Formu" (Ek-7)
19. İzlem/ Aşı Durumu Bilgilendirme Onam Formu (Ek-7), aile ya da kişi tarafından imzalanmıyor ise “Aileye veya kişiye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir" notu eklenerek AH ile ASE tarafından imzalanan ve İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM tarafından onaylanan tutanak.
20. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınma ait ulaşılabilir telefon numarası.
21. **Ölüm nedeni ile aşı ve/veya izlemin yapılamaması durumunda;**
22. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
23. ÖBS (Ölüm Bildirim Sistemi) çıktısı yoksa ailenin beyanına dair "Vefat Beyan Tutanağı" (Ek-8)
24. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası.
25. **Gebeliğin geç tespit edilmesi durumunda;**
26. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
27. Gebeliğin geç tespit edilme nedenini belirten "Gebe Geç Tespit Beyan Tutanağı"(Ek-9)
28. 15-49 yaş kadın izlem AHBS çıktısı
29. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası.
30. **Yukarıda belirtilen nedenler dışında itiraz edilmesi durumunda;**
31. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
32. İtiraz konusuna esas teşkil eden belgeler (tutanak, dilekçe varsa izlem kartı veya AHBS çıktısı)
33. Kişiye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası.
34. Aile hekimi daha önce aynı kişi için itiraz etmiş olsa bile (değerlendirilen ay için bu kişiye ait eksik izlem veya aşının olması halinde) her ay için ayrı ayrı itiraz edilecektir.
35. Komisyon gerektiğinde yukarıda belirtilmeyen ancak verilecek karara esas teşkil edebilecek bilgi, belge ve doküman isteyebilir.

12) Aile sağlığı 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 çıktılarından) muaf olur.

**Ek-2**

**OSMANİYE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

**………………………İlçe Sağlık Müdürlüğü/ 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 İzlemi Bebek İzlemi Çocuk İzlemi Bağışıklama Hizmetleri Diğer**

**PERFORMANS KESİNTİSİNE ESAS TEŞKİL EDEN KİŞİNİN**

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

1. Aile Hekimliği Birim No\*\* :
2. Adı Soyadı :
3. T.C. Kimlik No :

AH/ASE İmza- Kaşe

Ek: (…….sayfa)

**İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ/TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİMİ GÖRÜŞÜ:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…./…./20…

UYGUN UYGUN DEĞİL GEREKSİZ BAŞVURU\*\*\*

İlçe Sağlık Müdürlüğü/ TSM Sorumlu Hekimi Adı Soyadı

İmza- Kaşe

\*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 'ninno 'su yazılacaktır.

\*\*\* İlgili ay için hesaplanan ve Sağlık Bakanlığı tarafından Karar Destek Sistemi nde yayımlanan 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 Aile Hekimliği

Birimi :……………………………. Birimi :………………………

Tarih : …./…./20… Tarih : …./…./20…

İmza İmza

Kişinin İlçe Sağlık Müdürü/TSM Sorumlu

Komşusu/Yakını :………………………. Hekimi/Vekili/Doktor: ………………….....

Telefon Numarası :………………………. Tarih : …./…./20…

Adres : İmza

Tarih : …./…./20…

İmza

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

**Ek-4**

**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 Aile Hekimliği

Birimi :……………………………. Birimi :………………………

Tarih : …./…./20… Tarih : …./…./20…

İmza İmza

Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi : .………………………

Telefon Numarası :.………………………

Adres :.……………………….………………………

Tarih : …./…./20…

İmza :

**Ek-5**

**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 Aile Hekimliği

Birimi :……………………………. Birimi :………………………

Tarih : …./…./20… Tarih : …./…./20…

İmza İmza

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : …./…./20…

İmza :

**Ek-6**

**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 Aile Hekimliği

Birimi :……………………………. Birimi :………………………

Tarih : …./…./20… Tarih : …./…./20…

İmza İmza

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : …./…./20…

İmza :

**Ek-7**

**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 Sağlığı

Elemanı :…………………………….. Aile Hekimi :………………………

Aile Hekimliği Aile Hekimliği

Birimi :……………………………. Birimi :………………………

Tarih : …./…./20… Tarih : …./…./20…

İmza İmza

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : …./…./20…

İmza :

İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM Sorumlu Hekimi

Vekili/Doktor :

Tarih : …./…./20…

İmza :

Not: **Aile ya da kişi tarafından imzalanmıyor ise “Aileye veya kişiye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir" notu eklenerek AH ile ASE tarafından imzalanan ve İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM tarafından onaylanan tutanak sunulması gerekmektedir.**

**Ek-8**

**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 Aile Hekimliği

Birimi :……………………………. Birimi :………………………

Tarih : …./…./20… Tarih : …./…./20…

İmza İmza

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : …./…./20.…

İmza :

**Ek-9**

**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 Aile Hekimliği

Birimi :……………………………. Birimi :………………………

Tarih : …./…./20… Tarih : …./…./20…

İmza İmza

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : …./…./20…

İmza :

**Ek-10**

**İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ/TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ 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.

İlçe Sağlık Müdürlüğü/ Toplum Sağlığı Merkezi Adı: ………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| İlçe Sağlık Müdürlüğü/ TSM Çalışanı | : ………………………… | İlçe Sağlık Müdürü/ TSM/ Vekili/Doktor | : …………………. |
| Tarih | :.…/.…/20…. | Tarih | : .…/.…/20…. |
| İmza |  | İmza |  |