



1. Amaç

Bu prosedürün amacı; sağlık tesisinde sunulan görüntüleme hizmetlerinin (MR, BT, USG) etkinliğini sistematik biçimde analiz etmek, randevu ve sonuç/rapor verme sürelerini izlemek, tetkik sayılarını branş ve hekim bazlı raporlamak, uygunsuzluk tespit edildiğinde Düzeltici İyileştirici Faaliyet (DİF) süreçlerini başlatmak ve SDS Hastane Versiyon 2 Standart 2 gerekliliklerini eksiksiz karşılamaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür; sağlık tesisinde bulunan tüm görüntüleme birimlerini (MR, BT, USG), radyoloji uzmanlarını, poliklinik ve klinik birimlerden görüntüleme isteyen tüm hekimleri, acil servis kaynaklı görüntüleme taleplerini, hizmet alımı kapsamındaki görüntüleme işlemlerini ve MHRS üzerinden yönetilen randevu süreçlerini kapsamaktadır.

3. Tanımlar ve Kısaltmalar

Kısaltma / Terim	Açıklama
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
BT	Bilgisayarlı Tomografi
USG	Ultrasonografi
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi — tüm görüntüleme randevularının kayıt altına alındığı ulusal sistem
DİF	Düzeltici İyileştirici Faaliyet — uygunsuzluk tespitinde başlatılan aksiyon süreci
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
Randevu Verme Gün Süresi	Hastanın randevu talebinde bulunduğu tarih ile randevu tarihi arasındaki gün farkı
Sonuç/Rapor Verme Süresi	Görüntüleme tetkikinin yapıldığı tarih/saat ile raporun sisteme girildiği tarih/saat arasındaki süre
Hizmet Alımı	Sağlık tesisinin üçüncü taraftan satın aldığı görüntüleme hizmeti

4. Sorumlular

Unvan / Birim	Sorumluluk
Başhekim	Prosedürün uygulanmasını denetlemek, 2 ayda bir değerlendirme toplantısına başkanlık etmek
Radyoloji Bölüm Sorumlusu	Tetkik ve rapor verme sürelerinin günlük takibi, hekim bazlı analiz verilerinin hazırlanması
Kalite Birimi	DİF açılması ve takibi, analiz raporlarının arşivlenmesi, değerlendirme toplantısı gündeminin hazırlanması
Radyoloji Uzmanları	Tetkiklerin zamanında raporlanması, MHRS randevu sisteminin doğru kullanımı
Poliklinik / Klinik Hekimleri	Görüntüleme isteklerini MHRS üzerinden vermek, endikasyona uygun tetkik istemek
İstatistik / HBYS Birimi	Branş ve hekim bazlı tetkik sayısı, randevu ve rapor süresi verilerinin periyodik raporlanması

5. Uygulama

5.1. Poliklinik Kaynaklı Görüntüleme Tetkik Analizi (Ölçüt 2.1)

Kalite birimi veya radyoloji bölüm sorumlusu, her iki ayda bir HBYS raporlarından poliklinik birimlerinin istediği MR, BT ve USG tetkik sayılarını branş ve hekim bazlı çeker ve aşağıdaki analizleri yapar:

- Poliklinik başına düşen görüntüleme tetkik sayısı
- Hekim başına düşen görüntüleme tetkik sayısı (MR, BT, USG ayrı ayrı)



- Bir önceki döneme göre değişim oranı
- Sağlık tesisi ortalamasının üzerinde tetkik isteyen hekimlerin tespiti

DİF Kapatılma Oranı (%): (İki aylık dönemde kapatılan DİF sayısı / Aynı dönemde açılan toplam DİF sayısı) × 100

Hedef: %80 ve üzeri → Karşılıyor %60-79 → Kısmen %59 altı → Karşılanmıyor

5.2. Acil Servis Kaynaklı Görüntüleme Analizi (Ölçüt 2.2)

Acil servisten istenen MR, BT ve USG tetkikleri ayrı bir kategori olarak branş ve hekim bazlı analiz edilir. Özellikle dikkat edilecek noktalar:

- Acil servis tetkik istek oranının toplam tetkik içindeki payı
- Acil endikasyon dışı görüntüleme istemlerinin tespiti
- Uygunsuzluk tespitinde ilgili acil servis hekimiyle değerlendirme toplantısı yapılır
- Gerekli hallerde DİF açılır ve aksiyon planı hazırlanır

5.3. Klinik (Yatan Hasta) Kaynaklı Görüntüleme Analizi (Ölçüt 2.3)

Yataklı servislerden (klinikler) istenen görüntüleme tetkikleri branş ve hekim bazlı raporlanır. Klinik bazlı kıyaslamalı değerlendirme yapılarak uygunsuzluk tespit edilen birimlere DİF açılır.

5.4. Randevu Verme Gün Süresi Analizi (Ölçüt 2.4)

MR, BT ve USG için ortalama randevu verme gün süreleri her iki ayda bir analiz edilir. Analiz kapsamı:

- Cihaz/modalite bazlı (MR ayrı, BT ayrı, USG ayrı) ortalama bekleme süresi
- Branş bazlı randevu verme süreleri
- Uzun bekleme süresi tespit edilen branşlar için kapasite artırım seçenekleri değerlendirilir

Not: Randevu verme gün süresi artışının tespit edildiği hallerde ilgili birim sorumlusu ve radyoloji bölüm sorumlusu toplantıya davet edilir. Çözüm önerileri kayıt altına alınır.

5.5. MHRS Üzerinden Randevu Kontrolü (Ölçüt 2.5)

Görüntüleme randevularının MHRS üzerinden verilir vermediği periyodik olarak kontrol edilir:

- Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen görüntüleme randevuları incelenir
- Her randevunun MHRS üzerinden planlanıp planlanmadığı kontrol edilir
- MHRS dışı yapılan randevular tespit edildiğinde nedenler araştırılır ve DİF açılır

MHRS Üzerinden Verilen Görüntüleme Randevu Oranı (%):

(MHRS üzerinden verilen randevu sayısı / İncelenen toplam randevu sayısı) × 100

Hedef: %80 ve üzeri

5.6. Radyoloji Uzmanı Bazlı Tetkik Sayısı Analizi (Ölçüt 2.6)

Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporladığı tetkik sayıları (hizmet alımı dahil) her bir görüntüleme modalitesi için hekim bazlı analiz edilir:

- Uzman başına raporlanan MR, BT ve USG sayıları ayrı ayrı hesaplanır
- Hizmet alımı kapsamındaki tetkikler de dahil edilerek toplam rapor yükü değerlendirilir
- Uzmanlar arasında dengesiz iş yükü tespitinde DİF açılır ve iş planlaması gözden geçirilir

5.7. Sonuç/Rapor Verme Gün Süresi Analizi (Ölçüt 2.7)

Görüntüleme tetkiklerinin yapılması ile raporun sisteme girilmesi arasındaki süre cihaz ve uzman bazlı analiz edilir:

- MR, BT, USG için ayrı ayrı ortalama rapor verme süreleri hesaplanır
- Uzman bazlı karşılaştırmalı sonuç verme süreleri raporlanır



- Hedef süreyi aşan uzmanlar için değerlendirme toplantısı düzenlenir
- Sistemsel nedenler (cihaz arızası, yoğunluk vb.) DİF sürecinde belgelenir

5.8. İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı (Ölçüt 2.8)

Başhekim başkanlığında, radyoloji bölüm sorumlusu, ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla her iki ayda bir değerlendirme toplantısı yapılır:

- Toplantı, sonraki ayın **ilk 7 günü** içinde önceki 2 aya ait veriler üzerinden yapılır
- Tüm ölçütler (2.1-2.7) gözden geçirilir, analiz sonuçları sunulur
- Açık DİF'lerin durumu değerlendirilir
- Toplantı tutanağı ve alınan kararlar kayıt altına alınır
- Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılır ve sorumlu atanır

△ **Önemli:** Önceki dönemden devreden DİF'ler DİF kapatılma oranı hesabına dahil edilmez; ayrıca raporlanır.

6. Performans Göstergeleri

Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
MHRS Randevu Uygunluk Oranı	$(\text{MHRS üzerinden verilen randevu} / \text{Toplam randevu}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
DİF Kapatılma Oranı	$(\text{Dönemde kapatılan DİF} / \text{Dönemde açılan DİF}) \times 100$	$\geq \%80$	2 Aylık
Ortalama Randevu Bekleme Süresi (MR)	Toplam bekleme günü / Randevu sayısı	Tesis hedefi	2 Aylık
Ortalama Randevu Bekleme Süresi (BT)	Toplam bekleme günü / Randevu sayısı	Tesis hedefi	2 Aylık
Ortalama Rapor Verme Süresi (MR)	Toplam rapor süresi / Tetkik sayısı	Tesis hedefi	2 Aylık
Ortalama Rapor Verme Süresi (BT)	Toplam rapor süresi / Tetkik sayısı	Tesis hedefi	2 Aylık
Ortalama Rapor Verme Süresi (USG)	Toplam rapor süresi / Tetkik sayısı	Tesis hedefi	2 Aylık

7. İlgili Dokümanlar

- SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 2 Algoritması ve Değerlendirme Ölçütleri
- Poliklinik Hizmetleri Etkinlik Analizi Prosedürü (POL-PR-001)
- DİF Yönetim Prosedürü
- MHRS Kullanım Kılavuzu (Sağlık Bakanlığı)
- Radyoloji Birimi Çalışma Talimatı
- Toplantı Yönetimi Prosedürü
- Hizmet Alımı Sözleşmeleri ve Kalite Kriterleri

8. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
Görüntüleme Etkinlik Analiz Raporu	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital / Fiziksel
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
Randevu ve Rapor Süresi Raporları	Radyoloji / İstatistik	3 Yıl	Dijital
İki Aylık Toplantı Tutanağı	Başhekimlik	5 Yıl	Fiziksel / Dijital
Uzman Bazlı Tetkik Sayısı Raporu	Radyoloji Sorumlusu	3 Yıl	Dijital
MHRS Randevu Uygunluk Kontrol Kaydı	Kalite Birimi	3 Yıl	HBYS

