



#### Genel Açıklamalar ve Örneklem Kuralları

**Örneklem Seçimi:** Tesis yatak sayısına göre randomize örneklem belirlenir:

- 49 ve altı yatak → **5 örneklem**
- 50-149 yatak → **10 örneklem**
- 150-299 yatak → **15 örneklem**
- 300 ve üzeri yatak → **20 örneklem**

**Temel DİF Kuralı:** Analiz sonucunda uygunsuzluk tespit edilmediği ve DİF açılmadığında standart/ölçüt **Karşılanıyor (K)** kabul edilir.

**DİF Kapatılma Oranı:** Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilir. Önceki dönemden devreden DİF'ler dahil edilmez; ayrı raporlanır.

#### Bu Dokümanda Yer Alan Talimatlar

- Talimat 1.1** — MHRs Randevuları Muayene Sayıları ve Randevu Sadakat Oranları Analizi  
**Talimat 1.2** — MHRs Dışı Hasta Muayene Sayıları Analizi  
**Talimat 1.3** — Mesai Dışı Muayene Sayıları Analizi  
**Talimat 1.4** — 30 Günlük Çalışma Cetveli Tanımlama ve Takibi  
**Talimat 1.5** — MHRs'de %80 Doluluklu Branş Takibi ve Bekleyen Randevu Yönetimi  
**Talimat 1.6** — Aktif Bekleyen Taleplerin Günlük Takibi  
**Talimat 1.7** — MHRs Aksiyon ve İstisna Uygunluk Kontrolü  
**Talimat 1.8** — Ek Ödemeye Esas Puanların Aksiyon Kodlarına Uygunluk Kontrolü  
**Talimat 1.9** — İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı

#### TALİMAT 1.1 | MHRs Randevuları Muayene Sayıları ve Randevu Sadakat Oranları Analizi — Ölçüt 1.1

##### 1.1.1. Ölçüt Tanımı

MHRs'den alınan randevuların muayene sayıları ve randevu sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

##### 1.1.2. Değerlendirme Soruları

Soru	Evet	Hayır
1. MHRs'den alınan randevuların muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Randevu sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda DİF başlatılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ İlk üç sorudan biri HAYIR ise ölçüt karşılanmamıştır.

##### 1.1.3. Ölçüm Formülü ve Karşılama Düzeyi



Formül	Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	<b>%80 ve üzeri</b>	%60 - %79	%59 ve altı

#### 1.1.4. Sorumlular

Unvan	Görev
İstatistik / HBYS Birimi	HBYS'den MHRs randevu ve muayene verilerini brans/hekim bazlı çeker; sadakat oranlarını hesaplar
Poliklinik Sorumlusu	Analiz sonuçlarını birim sorumlularıyla değerlendirir; toplantı düzenler
Kalite Birimi	DİF kapatılma oranını hesaplar; gerektiğinde DİF açar; toplantıya sunar

#### 1.1.5. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	HBYS'den veri çekimi	Dönem sonu HBYS'den MHRs kanalı bazlı; brans ve hekim bazında toplam MHRs randevu sayısı ile bu randevulardan gerçekleşen muayene sayıları çekilir.	İstatistik / HBYS
2	Randevu sadakat oranı hesaplama	Randevu Sadakat Oranı (%) = (MHRs randevusuyla gerçekleşen muayene sayısı / Toplam MHRs randevu sayısı) × 100. Brans ve hekim bazlı ayrı hesaplanır; önceki dönemle karşılaştırılır.	İstatistik / HBYS
3	Birim sorumlularıyla toplantı	Analiz sonuçları ilgili birim sorumluları ve brans hekimleriyle paylaşılır; değerlendirme toplantısı yapılır; toplantı tutanağa bağlanır.	Poliklinik Sorumlusu
4	Uyumsuzluk ve DİF	Uyumsuzluk tespit edilirse (belirgin sadakat düşüşü, muayene sayısı azalması vb.) DİF açılır; kök neden, sorumlu ve tamamlanma tarihi belirlenir.	Kalite Birimi
5	DİF kapatılma oranı ve raporlama	DİF Kapatılma Oranı hesaplanır. Sonuçlar HE.FR.001 formuna işlenir; Talimat 1.9 toplantısına sunulur.	Kalite Birimi

#### 1.1.6. Dikkat Edilecek Noktalar

!	İlk 3 değerlendirme sorusundan biri HAYIR ise ölçüt doğrudan KM sayılır; DİF oranına bakılmaz.
!	Önceki dönemden devreden DİF'ler DİF kapatılma oranı hesabına dahil edilmez; ayrı raporlanır.
!	Birim sorumlularıyla yapılan toplantı tutanağı katılımcı listesi ve tarihi içermelidir.

TALİMAT 1.2 | MHRs Dışı Hasta Muayene Sayıları Analizi – Ölçüt 1.2

#### 1.2.1. Ölçüt Tanımı

MHRs dışı hasta muayene sayıları brans ve hekim bazlı analiz edilmelidir.



### 1.2.2. Değerlendirme Soruları

Soru	Evet	Hayır
1. MHRS dışı hasta muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda DİF başlatılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ İlk iki sorudan biri HAYIR ise ölçüt karşılanmamıştır.

### 1.2.3. Ölçüm Formülü ve Karşılama Düzeyi

Formül	K	KK	KM
DİF Kapatılma Oranı (%) = (Kapatılan DİF / Açılan DİF) × 100	<b>%80 ve üzeri</b>	%60 - %79	%59 ve altı

### 1.2.4. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	HBYS'den veri çekimi	Dönem sonu HBYS'den MHRS dışı kanallarla (walk-in, dahili sevk, acil kayıt vb.) gerçekleşen muayeneler branş ve hekim bazında çekilir.	İstatistik / HBYS
2	Karşılaştırmalı analiz	Branş ve hekim bazlı MHRS dışı muayene sayıları önceki dönemle karşılaştırılır; belirgin değişim gösteren alanlar işaretlenerek neden araştırması yapılır.	İstatistik / Kalite
3	Toplantı, DİF ve raporlama	Sonuçlar birim sorumlularıyla paylaşılır; toplantı yapılır; tutanağa bağlanır. Uygunsuzluk varsa DİF açılır. DİF kapatılma oranı hesaplanır; HE.FR.001'e işlenir.	Poliklinik Sor. / Kalite

TALİMAT 1.3 | Mesai Dışı Muayene Sayıları Analizi – Ölçüt 1.3

### 1.3.1. Ölçüt Tanımı

Mesai dışı muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.

### 1.3.2. Değerlendirme Soruları

Soru	Evet	Hayır
1. Mesai dışı muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda DİF başlatılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ İlk iki sorudan biri HAYIR ise ölçüt karşılanmamıştır.



### 1.3.3. Ölçüm Formülü ve Karşılama Düzeyi

Formül	K	KK	KM
DİF Kapatılma Oranı (%) = (Kapatılan DİF / Açılan DİF) × 100	<b>%80 ve üzeri</b>	%60 - %79	%59 ve altı

### 1.3.4. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	Veri çekimi	HBYS'den mesai dışı saatlerde (hafta içi 08:00-17:00 dışı, hafta sonu, resmi tatil) gerçekleştirilen muayeneler brans ve hekim bazında ayrıştırılarak çekilir.	İstatistik / HBYS
2	Karşılaştırmalı analiz	Mesai dışı muayene sayıları önceki dönemle brans/hekim bazlı karşılaştırılır; belirgin artış veya düşüş gösteren alanlar için neden araştırması yapılır.	İstatistik / Kalite
3	Toplantı, DİF ve raporlama	Sonuçlar birim sorumlularıyla toplantıda değerlendirilir; tutanağa bağlanır. Uygunsuzluk varsa DİF açılır. DİF kapatılma oranı hesaplanır; HE.FR.001'e işlenir.	Poliklinik Sor. / Kalite

TALİMAT 1.4 | 30 Günlük Çalışma Cetveli Tanımlama ve Takibi — Ölçüt 1.4

### 1.4.1. Ölçüt Tanımı

MHRS'ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olması hedeflenmelidir. MHRS'ye esas polikliniklerdeki tüm hekimler için **en geç ayın 10'una kadar** bir sonraki ayın cetvelleri tanımlanarak aktifleştirilmelidir.

### 1.4.2. Değerlendirme Soruları

Soru	Evet	Hayır
1. MHRS'ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin 30 günlük cetvelleri tanımlı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. MHRS'ye esas polikliniklerdeki tüm hekimler için en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın cetvelleri tanımlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ En az bir soru HAYIR ise ölçüt karşılanmamıştır.

### 1.4.3. Ölçüm Formülü ve Karşılama Düzeyi

Formül	K	KK	KM
MHRS Cetveli Tanımlama Uygunluk Oranı (%) = (30 gün üzeri ve en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın cetveli tanımlanmış hekim sayısı / İncelenen MHRS'ye esas polikliniklerde görev yapan toplam hekim sayısı) × 100	<b>%80 ve üzeri</b>	%60 - %79	%59 ve altı

Bu oran; MHRS'ye esas polikliniklerde görev yapan hekimlerin en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın çalışma cetvellerini tanımlayıp tanımlamadığını ve 30 gün için planlama yapılmış olup olmadığını değerlendirmek amacıyla hesaplanır.

### 1.4.4. Sorumlular



Unvan	Görev
Branş Hekimi	Her ayın 10'una kadar bir sonraki ayın 30 günlük cetvelini MHRS'ye tanımlar ve aktifleştirir
Başhekim Yardımcısı	Ayın 10'unda cetvellerin tanımlanıp tanımlanmadığını kontrol eder; eksik hekimlere bildirim yapar
Kalite Birimi	Uygunluk oranını hesaplar; DİF açar; raporlar

### 1.4.5. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	Cetvel tanımlama	Her branş hekimi her ayın 10'una kadar bir sonraki aya ait 30 günlük çalışma cetvelini MHRS'ye girer ve aktifleştirir. Cetvel; çalışma günleri, saatleri ve muayene kapasitesini içerir. İzin, kongre, nöbet gibi durumlar cetvele yansıtılır.	Branş Hekimi
2	Ayın 10'unda kontrol	Başhekim yardımcısı her ayın 10'unda MHRS'den tüm hekimlerin bir sonraki ay cetvelini tanımlayıp tanımlamadığını kontrol eder. Tanımlamayan hekime aynı gün yazılı bildirim yapılır.	Başhekim Yardımcısı
3	Uygunluk oranı ve raporlama	Her iki ayda bir MHRS Cetveli Tanımlama Uygunluk Oranı hesaplanır. %80 altında kalırsa DİF açılır. Sonuçlar HE.FR.001'e işlenir; 1.9 toplantısına sunulur.	Kalite Birimi

### 1.4.6. Dikkat Edilecek Noktalar

!	Cetvel tanımlama son tarihi <b>ayın 10'udur</b> ; bu tarihin aşılması ölçütü doğrudan KM durumuna düşürür.
!	Boş bırakılan günler MHRS'de randevu karışıklığına yol açar; tüm günler tanımlı olmalıdır.

## TALİMAT 1.5 | MHRS'de %80 Doluluklu Branş Takibi ve Bekleyen Randevu Yönetimi — Ölçüt 1.5

### 1.5.1. Ölçüt Tanımı

MHRS'de 15 günlük cetvelde %80 doluluğu olan branşlar takip edilmeli; bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.

### 1.5.2. Değerlendirme Soruları

Soru	Evet	Hayır
1. MHRS'de 15 günlük cetvelde %80 doluluğu olan branşlar takip ediliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ En az bir soru HAYIR ise ölçüt karşılanılmıyordur. Sağlık tesisi yatak sayısına göre randomize seçim yapılır.

### 1.5.3. Ölçüm Formülü ve Karşılama Düzeyi

Formül	K	KK	KM
--------	---	----	----



MHRS %80 Üzeri Branş Doluluk Takibi ve Önlem Uygunluk Oranı (%) =  $\frac{\text{Takip ve önlem kriterlerini karşılayan randomize branş sayısı}}{\text{İncelenen toplam}} \geq 80$  doluluğu olan randomize branş sayısı  $\times 100$

**%80  
ve  
üzeri**

%60  
-  
%79

%59  
ve  
altı

Bu oran; MHRS'de 15 günlük cetvelde %80 üzeri doluluk oranına sahip branşların takip edilip edilmediğini ve bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemlerin alınıp alınmadığını ölçmek amacıyla hesaplanır.

#### 1.5.4. Sorumlular

Unvan	Görev
Başhekim Yardımcısı / Poliklinik Sorumlusu	MHRS doluluk raporunu günlük/haftalık izler; %80 üzerini tespit eder; önlem alır ve kayıt altına alır
Kalite Birimi	Randomize branş seçimi yapar; uygunluk oranını hesaplar; DİF açar; raporlar

#### 1.5.5. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	Günlük doluluk takibi	MHRS'den 15 günlük cetvelde doluluk oranı %80'i aşan branşlar günlük veya en geç haftalık olarak tespit edilir ve HE.FR.002 Günlük Takip Formuna kaydedilir.	Başhekim Yardımcısı
2	Önlem alınması ve belgelenmesi	%80 üzeri doluluk tespit edilen branş için ek cetvel açılması, kapasite artırımını veya bekleyen randevunun başka zaman dilimine kaydırılması gibi önlemler uygulanır; alınan önlem kayıt altına alınır.	Poliklinik Sorumlusu
3	Randomize denetim ve oran hesaplama	Kalite birimi tesis yatak sayısına göre belirlenen örneklem kadar branşları randomize seçer; takip ve önlem kriterlerini karşılayıp karşılamadığını denetler; uygunluk oranını hesaplar.	Kalite Birimi
4	DİF ve raporlama	Oran %80 altında kalırsa DİF açılır. Sonuçlar HE.FR.001'e işlenir; 1.9 toplantısına sunulur.	Kalite Birimi

#### TALİMAT 1.6 | Aktif Bekleyen Taleplerin Günlük Takibi – Ölçüt 1.6

##### 1.6.1. Ölçüt Tanımı

Aktif bekleyen talep sayıları günlük takip edilmelidir.

##### 1.6.2. Değerlendirme Sorusu

Soru	Evet	Hayır
1. Aktif bekleyen taleplerin muayeneye dönüştürülmesi yönünde çalışma yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ Değerlendirme sorusu HAYIR ise ölçüt karşılanmamıştır. Aktif bekleyen talepler günlük takip edilmelidir.

##### 1.6.3. Ölçüm Formülü ve Karşılama Düzeyi



Formül	K	KK	KM
Aktif Bekleyen Talep Takip Oranı (%) = $\frac{\text{Takip edilen randomize gün sayısı}}{\text{Randomize seçilen gün sayısı}} \times 100$	<b>%80 ve üzeri</b>	%60 – %79	%59 ve altı

Bu oran; sağlık tesisinde aktif bekleyen taleplerin günlük olarak takip edilip edilmediğini değerlendirmek amacıyla hesaplanır.

#### 1.6.4. Sorumlular

Unvan	Görev
Başhekim Yardımcısı / Poliklinik Sorumlusu	MHRS'den aktif bekleyen talepleri her iş günü takip eder; muayeneye dönüştürme çalışması yürütür
Kalite Birimi	Randomize gün seçimi yapar; takip oranını hesaplar; DİF açar; raporlar

#### 1.6.5. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	Günlük MHRS takibi	Her iş günü MHRS'den aktif bekleyen talep sayısı brans bazında kontrol edilir; takip kaydı HE.FR.002 Günlük Takip Formuna işlenir.	Başhekim Yardımcısı
2	Muayeneye dönüştürme çalışması	Bekleyen taleplerin muayeneye dönüştürülmesi için ek cetvel açılması, SMS/telefon ile hasta bilgilendirmesi veya randevu kaydırma gibi aksiyonlar uygulanır ve belgelenir.	Poliklinik Sorumlusu
3	Randomize denetim ve oran hesaplama	Kalite birimi tesis yatak sayısına göre belirlenen örneklem kadar günü randomize seçer; o günlerde aktif bekleyen talep takibinin yapıp yapılmadığını denetler; takip oranını hesaplar.	Kalite Birimi
4	DİF ve raporlama	Takip oranı %80 altında kalırsa DİF açılır. Sonuçlar HE.FR.001'e işlenir; 1.9 toplantısına sunulur.	Kalite Birimi

#### TALİMAT 1.7 | MHRS Aksiyon ve İstisna Uygunluk Kontrolü – Ölçüt 1.7

#### 1.7.1. Ölçüt Tanımı

MHRS'ye girilen aksiyonlara uyum ve istisnaların uygunluğu hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.

#### 1.7.2. Değerlendirme Soruları

Soru	Evet	Hayır
1. MHRS'ye girilen aksiyonlar uygun girilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. MHRS'ye girilen istisnalar uygun girilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ En az bir soru HAYIR ise ölçüt karşılanmamıştır. Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen kayıtlar üzerinden değerlendirme yapılır.



### 1.7.3. Ölçüm Formülleri ve Karşılama Düzeyi

Formül	K	KK	KM
Uygun Girilen Aksiyon Oranı (%) = Uygun girilen randomize aksiyon sayısı / Toplam randomize incelenen aksiyon sayısı × 100	<b>%80 ve üzeri</b>	%60 – %79	%59 ve altı
Uygun Girilen İstisna Oranı (%) = Uygun girilen randomize istisna sayısı / Toplam randomize incelenen istisna sayısı × 100	<b>%80 ve üzeri</b>	%60 – %79	%59 ve altı

### 1.7.4. Sorumlular

Unvan	Görev
Branş Hekimi / Poliklinik Sorumlusu	MHRS'ye aksiyon ve istisna girişlerini mevzuata uygun yapar
Başhekim Yardımcısı	Aksiyon ve istisna girişlerini dönemsel olarak denetler
Kalite Birimi	Randomize seçim yapar; oranları hesaplar; DİF açar; raporlar

### 1.7.5. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	Randomize kayıt seçimi	Kalite birimi tesis yatak sayısına göre belirlenen örneklem kadar aksiyon ve istisna kaydını MHRS'den randomize seçer.	Kalite Birimi
2	Uygunluk incelemesi	Seçilen her aksiyon ve istisna kaydı mevzuat gerekliliklerine göre incelenir; Uygun / Uygun Değil olarak HE.FR.003 Aksiyon-İstisna Denetim Formuna işlenir.	Başhekim Yrd. / Kalite
3	Oran hesaplama ve DİF	Aksiyon ve istisna oranları ayrı ayrı hesaplanır. Herhangi biri %80 altında kalırsa DİF açılır; kök neden analizi yapılır.	Kalite Birimi
4	Raporlama	Sonuçlar HE.FR.001'e işlenir; 1.9 toplantısına sunulur.	Kalite Birimi

TALİMAT 1.8 | Ek Ödemeye Esas Puanların Aksiyon Kodlarına Uygunluk Kontrolü – Ölçüt 1.8

### 1.8.1. Ölçüt Tanımı

Ek ödemeye esas puanların aksiyon kodlarına uygunluğu kontrol edilmelidir.

### 1.8.2. Değerlendirme Sorusu

Soru	Evet	Hayır
1. Ek ödemeye esas puanların aksiyon kodlarına uygunluğu kontrol edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ Değerlendirme sorusu HAYIR ise ölçüt karşılanmamıştır. Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen işlem/kayıtlar üzerinden değerlendirme yapılır.



### 1.8.3. Ölçüm Formülü ve Karşılama Düzeyi

Formül	K	KK	KM
Uygun Aksiyon Kodu Girilen Kayıt Oranı (%) = $\frac{\text{Uygun kod girilen randomize kayıt sayısı}}{\text{Toplam randomize incelenen kayıt sayısı}} \times 100$	<b>%80 ve üzeri</b>	%60 - %79	%59 ve altı

### 1.8.4. Sorumlular

Unvan	Görev
Branş Hekimi	Ek ödemeye esas puanlara ilişkin aksiyon kodlarını HBYS'ye mevzuata uygun girer
Mali Hizmetler / İstatistik	Aksiyon kodu girişlerini dönemsel olarak takip eder; hatalı girişleri bildirir
Kalite Birimi	Randomize seçim yapar; uygunluk oranını hesaplar; DİF açar; raporlar

### 1.8.5. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	Randomize kayıt seçimi	Kalite birimi tesis yatak sayısına göre belirlenen örneklem kadar ek ödemeye esas işlem kaydını HBYS'den randomize seçer.	Kalite Birimi
2	Aksiyon kodu uygunluk incelemesi	Seçilen her kayıta girilen aksiyon kodunun ek ödeme mevzuatına uygunluğu kontrol edilir; Uygun / Uygun Değil olarak HE.FR.003 formuna işlenir.	Kalite / Mali Hizmetler
3	Oran hesaplama ve DİF	Uygun Aksiyon Kodu Girilen Kayıt Oranı hesaplanır. %80 altında kalırsa DİF açılır; hatalı kod giren hekimlere geri bildirim yapılır.	Kalite Birimi
4	Raporlama	Sonuçlar HE.FR.001'e işlenir; 1.9 toplantısına sunulur.	Kalite Birimi

### 1.8.6. Dikkat Edilecek Noktalar

!	Hatalı aksiyon kodu girişleri hem ek ödeme kayıplarına hem de mevzuat ihlallerine yol açabilir; geri bildirim eğitim odaklı yapılmalıdır.
!	Mevzuat değişikliklerinde tüm hekimlere güncelleme bildirimini yapılmalı; eski kod kullanımının önüne geçilmelidir.

TALİMAT 1.9 | İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı — Ölçüt 1.9

### 1.9.1. Ölçüt Tanımı

Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile poliklinik hizmetleri randevu ve muayene süreçleri **iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içinde**, önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir.

### 1.9.2. Değerlendirme Soruları

Soru	Evet	Hayır
------	------	-------



1. Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda DİF başlatılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

△ En az bir soru HAYIR ise ölçüt karşılanmamıştır.

### 1.9.3. Toplantı Parametreleri

Parametre	Tanım
<b>Sıklık</b>	Her iki ayda bir
<b>Zamanlama</b>	Sonraki ayın <b>ilk 7 günü</b> içinde — önceki 2 aya ait veriler üzerinden
<b>Başkanlık</b>	Başhekim
<b>Zorunlu Katılımcılar</b>	Başhekim, İlgili Yöneticiler ve Birim Sorumluları, Kalite Birimi Sorumlusu

### 1.9.4. Zorunlu Gündem Maddeleri

Sıra	Gündem Maddesi	Kaynak Talimat
1	Önceki dönem DİF'lerinin durumu — kapatılan, devam eden, yeni açılanlar	Tümü
2	MHRS randevu muayene sayıları ve randevu sadakat oranları	Talimat 1.1
3	MHRS dışı hasta muayene sayıları	Talimat 1.2
4	Mesai dışı muayene sayıları	Talimat 1.3
5	MHRS Cetveli Tanımlama Uygunluk Oranı	Talimat 1.4
6	%80 Doluluklu Branş Takibi ve Önlem Uygunluk Oranı	Talimat 1.5
7	Aktif Bekleyen Talep Takip Oranı	Talimat 1.6
8	Uygun Girilen Aksiyon ve İstisna Oranları	Talimat 1.7
9	Uygun Aksiyon Kodu Girilen Kayıt Oranı	Talimat 1.8
10	Bir sonraki dönem iyileştirme planı ve aksiyon takibi	—

### 1.9.5. Uygulama Adımları

Adım	İşlem	Açıklama	Sorumlu
1	Rapor hazırlığı	Kalite birimi tüm talimatlar (1.1-1.8) kapsamında dönem verilerini HE.FR.001 Poliklinik Etkinlik Analiz Formuna toplar; toplantıdan en az 2 gün önce katılımcılara iletir.	Kalite Birimi
2	Toplantı yönetimi	Başhekim toplantıyı açar. Gündem maddeleri sırayla ele alınır. Hedef altında kalan göstergeler için kök neden tartışılır. Gerekli yeni DİF'ler açılır; sorumlu ve tamamlanma tarihi belirlenir.	Başhekim / Kalite
3	Tutanak ve arşivleme	HE.FR.004 Toplantı Tutanağı hazırlanır; başhekim ve katılımcılar imzalar. En geç 3 iş günü içinde arşivlenir ve kalite modülüne yüklenir.	Kalite Birimi

### 1.9.6. Dikkat Edilecek Noktalar

!	Toplantının <b>sonraki ayın ilk 7 günü içinde</b> yapılması zorunludur; gecikmesi ölçütü KM durumuna düşürür.
---	---



!	Tutanakta katılımcı listesi, gündem maddeleri, alınan kararlar ve aksiyon tablosu yer almalıdır; eksik tutanak kabul edilmez.
!	Başhekim katılmadığında yetki devri yazılı yapılmalı ve tutanakta belirtilmelidir.