

Psikiyatri Polikliniklerinde Muayene Süreleri ve Hizmet Sunumuna İlişkin Durum Değerlendirmesi – Bilimsel Görüş Raporu

Sunuş

Bu rapor, Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından psikiyatri polikliniklerinde uygulanan muayene sürelerinin mevcut durumunu değerlendirmek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla yürütülen çalışmaları kapsamaktadır. Belirtilen amaç doğrultusunda,

1) Konu hakkında bir anket hazırlanıp dernek üyeleri ile paylaşılmıştır. Anket sonuçları hem sayısal veri hem de katılımcılardan gelen görüşlerin nitel değerlendirme sonuçları ile sunulmuştur.

2) Ülkemizdeki muayene süreleri ve randevu sistemi uluslararası örnekler ile karşılaştırılmış, anket çıktıları ve farklı uygulama örneklerinden hareketle bir model önerisi sunulmuştur.

Birbirini tamamladığını düşündüğümüz bu iki çalışma raporda iki alt başlık ile aktarılmıştır.

Hazırlayanlar:

İmge Coşkun Pektaş

Esin Erdoğan

Emre Mutlu

1) Ülkemizdeki Psikiyatri Muayene Süreleri ve MHRS Hakkındaki Görüşler ve Durum Tespiti

Raporun bu bölümü psikiyatristler ile gerçekleştirilen anketin bulgularına dayanmaktadır. Ankete Türkiye'nin farklı illerinden 275 erişkin psikiyatristi ve 34 çocuk ve ergen psikiyatristi olmak üzere toplam 309 psikiyatrist katılmıştır.

Ankete katılan psikiyatristlerin %50,2'si eğitim ve araştırma hastanelerinde, %37,9'u devlet hastanelerinde, %7,4'ü üniversite hastanelerinde görev yapmaktadır. Farklı kıdem düzeylerinden psikiyatristlerin görüşleri ankete yansımış olup, yaklaşık %65 beş yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir.

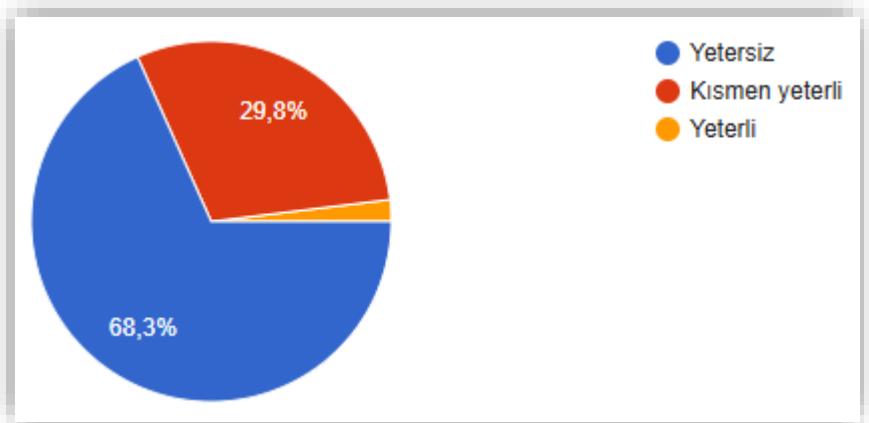
Erişkin psikiyatristi polikliniklerinde en yaygın MHRS randevu planlaması 15 dakika olup, 275 psikiyatristin 125'inde (%45,5) bu uygulama kullanılmaktadır. Bunu 10 dakikalık randevu planlaması izlemekte olup, 86 psikiyatrist (%31,3) bu süreyle çalışmaktadır.

Erişkin psikiyatristlerinin yarısı (n=139) günde 21–40 hasta değerlendirdiğini, %30,5'i (n=84) günde 41–60, %12,4'ü (n=34) ise 60 ve üzeri hasta baktığını bildirmiştir.

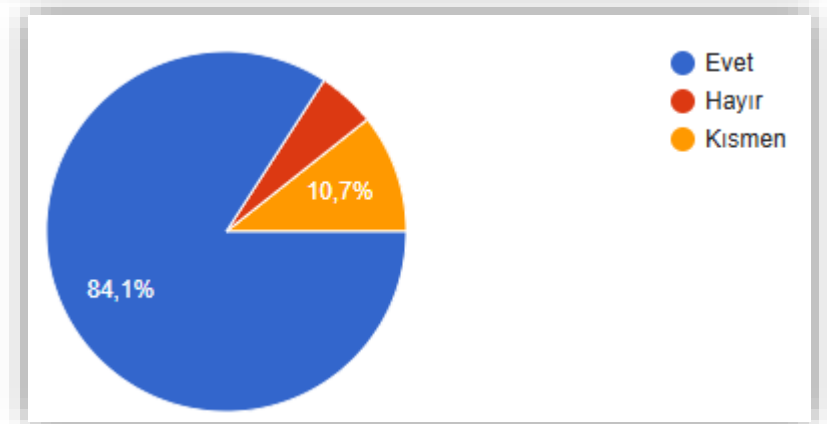
MHRS'de tanımlanan randevu süresi ile hastaya fiilen ayrılabilen süre arasında belirgin bir fark bulunmaktadır.

Erişkin psikiyatristlerinin bildirdiği fiili görüşme süresi ortalama 7–8 dakika olup, bazı merkezlerde bu süre 3–4 dakikaya kadar düşmektedir. Özellikle 10 dakikalık MHRS planlaması ile çalışan psikiyatristlerde hastaya fiilen ayrılabilen süre ortalama 5 dakika olarak bildirilmektedir.

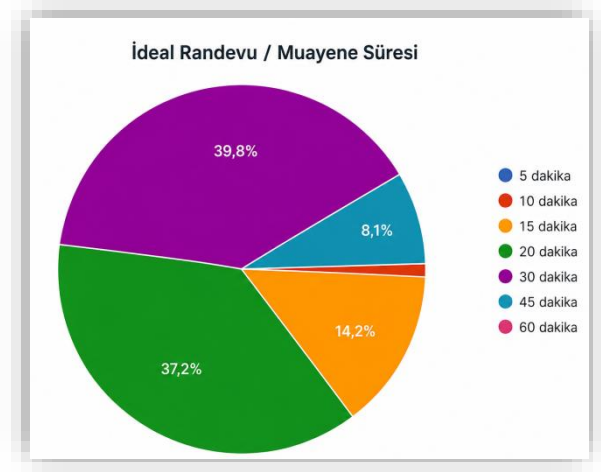
Katılımcıların **%68,3'ü** pratikte ayırabildiği sürenin klinik değerlendirme açısından yetersiz olduğunu belirtmiştir.



Psikiyatristlerin **%84,1'i** mevcut MHRS süresi nedeniyle hastalarına yeterli süre ayıramadığını düşünmektedir.



Psikiyatristlerin %77'si ideal muayene süresinin 20 dakika veya daha uzun olması gerektiğini belirtmiştir.



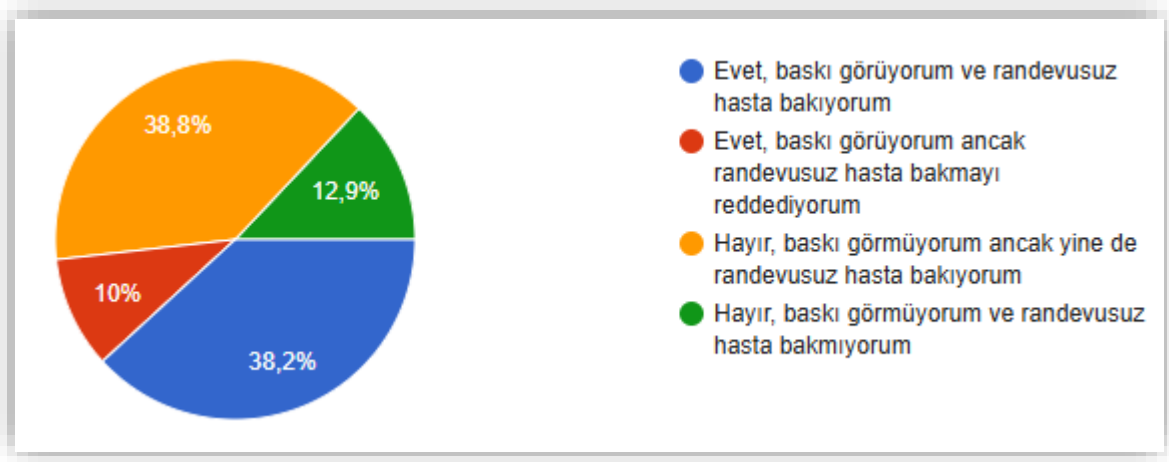
Anket verileri ayrıca MHRS planlamasının büyük ölçüde hekim yönlendirmesi dışında yürütüldüğünü göstermektedir.

Psikiyatristlerin **%61,8'i** muayene sürelerinin belirlenmesinde hiçbir etkisinin bulunmadığını ifade ederken, planlama sürecinde düzenli olarak söz sahibi olduğunu belirtenlerin oranı **%5,2'de** kalmıştır. Psikiyatristlerin **%91,9'u** psikoterapi veya yapılandırılmış psikososyal müdahaleler için ayrı MHRS planlaması bulunmadığını, **%71,8'i** ise kontrol hastaları için de ayrı bir randevu düzenlemesi yapılmadığını bildirmiştir. Bu durum mevcut randevu sisteminin branşın olmazsa olmaz uygulamaları olan düzenli takip, psikoterapötik ve psikososyal müdahalelere olanak tanımadığını işaret eden dikkat çekici bir bulgudur.

Psikiyatristlerin **%32,4'ü** heyet, acil başvuru veya konsültasyon hastalarını mevcut MHRS randevuları arasında almak zorunda kaldığını, **%32,0'si** ise o günkü MHRS randevularının azaltıldığını veya kapatıldığını belirtmiştir.

Bu durum, psikiyatri pratiğinin ihtiyaçlarının randevu planlamasına yeterince yansıtılmadığını düşündürmektedir.

Randevusuz hasta konusunda da belirgin bir yük vardır: Katılımcıların **%38,2'si** baskı gördüğünü ve randevusuz hasta baktığını, **%38,8'i** baskı görmese de randevusuz hasta baktığını bildirmiştir.



Günlük hasta sayısı arttıkça mevcut muayene süresini yetersiz bulan psikiyatristlerin oranı belirgin şekilde artmaktadır. Günde **0–20 hasta** değerlendirenlerde mevcut süreyi yetersiz bulanların oranı **%37** iken, bu oran **41–60 hasta** değerlendirenlerde **%77,9**, **60 ve üzeri hasta** değerlendirenlerde ise **%82,4'e** ulaşmaktadır.

Asistan hekimler, mevcut MHRS planlamasının uzmanlık eğitimi üzerinde de olumsuz sonuçlar doğurduğunu belirtmiştir. En belirgin etkinin psikoterapi eğitimi üzerinde görüldüğünü; süpervizyon ve olgu tartışmaları için ayrılabilen zamanın da önemli ölçüde azaldığını bildirmiştir.

Katılımcı Görüşleri

Ankette katılımcılara mevcut muayene süreleri ve MHRS uygulamalarında karşılaştıkları temel sorunlar ile çözüm önerilerine ilişkin açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Toplam **230 psikiyatrist** mevcut sisteme ilişkin görüşlerini paylaşmıştır. Yanıtlar ortak içeriklerine göre değerlendirilmiştir.

Katılımcı görüşlerinde en sık dile getirilen sorun, **mevcut muayene sürelerinin psikiyatrik değerlendirmenin gerektirdiği kapsamlı görüşmeyi gerçekleştirmek için yetersiz olmasıdır (n=98, %42,6)**. Yanıtlarda yalnızca sürenin kısa olduğu değil; ayrıntılı öykü alma, ruhsal durum muayenesi, özkıyım ve şiddet riski değerlendirmesi, psikoeğitim, tedavi planlaması ve hasta-hekim ilişkisinin kurulması için gerekli sürenin sağlanamadığı vurgulanmıştır. Çok sayıda katılımcı, mevcut sürenin yalnızca reçete düzenlenmesine olanak tanıdığını, psikiyatri pratiğinin tedavi edici diğer temel bileşenlerinin ise giderek geri planda kaldığını ifade etmiştir.

Bir diğer öne çıkan başlık, günlük hasta yükü ve MHRS planlamasının psikiyatri pratiğinin gereksinimleri ile uyumlu olmadığı yönündedir (**n=44, %19,1**). Katılımcılar, artan hasta sayısı nedeniyle görüşmelerin giderek yüzeyselleştğini, her hastaya aynı standartta değerlendirme yapılmasının güçleştiğini ve poliklinik hizmetinin nitelikten çok niceliğe odaklanan bir yapıya dönüştüğünü belirtmiştir.

Katılımcıların önemli bir bölümü (**n=49, %21,3**), fiili muayene süresini kısaltan temel nedenlerden birinin poliklinik hizmetine eklenen görevler olduğunu ifade etmiştir. Heyet işlemleri, konsültasyonlar, acil başvurular, rapor düzenlenmesi ve randevusuz hastaların mevcut MHRS planlaması içerisinde

yürütülmesi nedeniyle tanımlanan randevu süresinin önemli bir kısmının bu işlemlere ayrıldığı, bunun da hastayla geçirilen gerçek görüşme süresini daha da azalttığı belirtilmiştir.

Katılımcılar ayrıca mevcut sistem içerisinde psikoterapi ve diğer psikososyal müdahalelere yeterli zaman ayrılmadığını vurgulamıştır (**n=14, %6,1**). Psikoterapötik görüşmeler için ayrı zaman planlanamaması nedeniyle psikiyatri pratiğinin ağırlıklı olarak kısa süreli ilaç kontrolleri üzerinden yürütüldüğü, özellikle kronik ruhsal hastalıkların izlemi, psikoeğitim ve iyileşme odaklı müdahalelerin geri planda kaldığı ifade edilmiştir.

Katılımcıların Çözüm Önerileri

Katılımcılardan mevcut muayene süreleri ve MHRS uygulamalarına ilişkin çözüm önerilerini paylaşımları istenmiştir. Toplam **200 psikiyatrist** önerilerini açık uçlu olarak ifade etmiş, yanıtlar ortak içeriklerine göre değerlendirilmiştir.

Katılımcılar tarafından en sık dile getirilen öneri, psikiyatri polikliniklerinde **muayene sürelerinin yeniden düzenlenmesi, tüm kurumlarda optimize edilmesi ve uzatılmasıdır (n=49, %24,5)**. Yanıtlarda, psikiyatrik değerlendirmenin kapsamı dikkate alınarak ilk değerlendirme ve kontrol muayeneleri için farklı süreler planlanması, sürelerin bilimsel ve klinik gereksinimlere göre belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

İkinci olarak, **mevcut performans ve MHRS planlama sisteminin gözden geçirilmesi gerektiği** belirtilmiştir (**n=26, %13,0**). Katılımcılar, muayene süresinin yalnızca hasta sayısını esas alan bir planlama anlayışıyla belirlenmemesi, psikiyatri pratiğinin özelliklerini dikkate alan **daha esnek ve nitelik odaklı** bir planlama modeline geçilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların önemli bir bölümü (**n=24, %12,0**), **heyet işlemleri, konsültasyonlar, acil başvurular ve rapor düzenlenmesi gibi poliklinik dışı görevlerin mevcut MHRS randevuları içerisinde yürütülmemesi gerektiğini** belirtmiştir. Bu işlemler için ayrı zaman dilimlerinin planlanmasının, hastaya ayrılan gerçek görüşme süresini koruyacağı ifade edilmiştir.

Bir diğer sık öneri, **günlük hasta yükünün azaltılması ve psikiyatrist sayısının artırılmasıdır (n=17, %8,5)**. Katılımcılar, mevcut hasta yükü ile nitelikli psikiyatrik değerlendirmenin birlikte sürdürülemeyeceğini, planlamanın psikiyatri pratiğinin gerektirdiği süreyi esas alacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Katılımcılar ayrıca MHRS planlamasında psikiyatri kliniklerinin ve psikiyatristlerin daha fazla söz sahibi olması gerektiğini ifade etmiştir (**n=16, %8,0**). Muayene sürelerinin merkezi ve tek tip uygulamalar yerine, hizmet sunulan merkezin iş yükü ve klinik özellikleri dikkate alınarak planlanmasının daha uygun olacağı belirtilmiştir.

Açık uçlu yanıtların bütüncül değerlendirilmesi, çözüm önerilerinin yalnızca muayene süresinin uzatılmasına odaklanmadığını göstermektedir. Katılımcılar; muayene sürelerinin düzenlenmesi, günlük hasta yükünün azaltılması, psikoterapötik görüşmeler için uygun zaman oluşturulması, poliklinik dışı görevlerin ayrı planlanması ve MHRS planlamasında klinik gereksinimlerin dikkate alınmasının birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamıştır.

Çözüm önerileri - Özet

1. **Psikiyatri polikliniklerinde MHRS randevu süreleri, 20 dakikanın altında olmayacak ve klinik gereksinimlere göre daha uzun sürelerin planlanmasına olanak tanıyacak şekilde yeniden düzenlenmelidir. Bu kapsamda 10 dakikalık MHRS planlamaları sonlandırılmalı; randevu süreleri ilk değerlendirme, kontrol muayenesi, psikoterapi ve özellikli hasta gruplarının gerektirdiği fiili görüşme süresi dikkate alınarak belirlenmelidir.**
2. **Heyet işlemleri, rapor düzenlenmesi, konsültasyonlar ve acil değerlendirmeler poliklinik MHRS sürelerinden bağımsız olarak planlanmalıdır.**
3. **MHRS planlamasında psikiyatri klinikleri ve sorumlu psikiyatristlerin görüşü esas alınmalı; tek tip merkezi planlama yerine hizmet sunulan merkezin iş yükünü ve klinik gereksinimlerini dikkate alan esnek bir model benimsenmelidir.**
4. **Günlük hasta yükü, nitelikli psikiyatrik değerlendirme yapılmasına olanak sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.**
5. **Psikoterapi ve diğer psikososyal müdahaleler için ayrı randevu planlaması oluşturulmalı; bu hizmetler mevcut kısa süreli poliklinik randevuları içerisinde yürütülmeye çalışılmamalıdır.**

2) Türkiye ve uluslararası sağlık sistemlerinin kısa karşılaştırması

TEMEL SONUÇ Psikiyatri için tek tip kısa randevu yerine; ilk değerlendirme, izlem ve karmaşık/riskli olguların ayrı sürelerle planlanması klinik güvenlik ve hizmet niteliği bakımından daha uygundur.

Psikiyatrik muayene; ayrıntılı öykü, ruhsal durum muayenesi, intihar/şiddet riski, ilaç güvenliği, psikososyal bağlam ve tedavi planının birlikte değerlendirilmesini gerektirir. Raporun bu bölümü, Türkiye’deki randevu süreleri ve randevu sistemini ABD, Birleşik Krallık (NHS), Avustralya ve Kanada-Ontario’daki resmî kaynaklarla karşılaştırmaktadır. Uluslararası verilerin çoğu bağlayıcı ulusal “randevu standardı” değil; süreye dayalı geri ödeme kategorileri veya yerel hizmet planlama örneklerine dayanan gerçek uygulamalardır. Bu uygulamalarda dikkat çeken ortak yön, ilk ve karmaşık değerlendirmelerin kısa kontrollerden ayrıştırılmasıdır.

Yöntem ve kapsam

Temmuz 2026 itibarıyla erişilebilen Sağlık Bakanlığı/MHRS, meslek kuruluşu, kamu geri ödeme sistemi ve NHS kaynakları incelenmiştir. Süreler üç ayrı kanıt türüne göre yorumlanmıştır: (i) randevu/çizelge uygulaması, (ii) zaman temelli hizmet veya geri ödeme kodu, (iii) yerel NHS hizmet örneği. Bu ayırım ile ölkeler arası doğrudan karşılaştırmayı kısıtlayan sistemsel çeşitliliğin dikkate alınması amaçlanmıştır.

Karşılaştırmalı bulgular

Tablo 1. Psikiyatrik ayaktan değerlendirmelerde sürelerin sistem düzeyinde görünümü

Sistem	İlk değerlendirme	İzlem muayenesi	Kanıt türü	Yorum
Türkiye / MHRS	Ulusal psikiyatriye özgü süre standardı bulunmamaktadır	İlk değerlendirmeden ayrışmamakta, süre standardı bulunmamaktadır	Merkezi randevu sistemi; TTB asgari yaklaşımı	MHRS erişim ve randevu kapasitesini merkezileştirmekte ve tek tip haline sokmaktadır. Kliniğe göre süre farklılaştırması diğer sistemlere göre eksiktir.
ABD	15-74 dk (E/M* düzeyine göre)	10-54 dk	Toplam gün-içi hekimlik hizmeti sunulan zaman (geri ödeme kodları ile değerlendirilmiştir)	Psikiyatriye özgü zorunlu randevu süresi değildir. Sunulan hizmetin karmaşıklığına göre zaman tanımlanmaktadır.
Birleşik Krallık / NHS	Bazı CAMHS hizmetlerinde 60-90 dk	Yerel hizmete göre değişmektedir	Yerel NHS hizmet örneği	Ulusal erişkin psikiyatri muayene standardı değildir; sevk/triyaj ve ekip modeli öne çıkar.
Avustralya	Yeni hasta: >45 dk	≤15; 15-30; 30-45; 45-75; >75 dk	Medicare psikiyatri hizmet kodları	Süre ve klinik iş yükünün ayrıntılı biçimde sınıflandırıldığı bir uygulamadır.
Kanada / Ontario	Hizmete göre	30 dk temel birim	OHIP zaman temelli hizmet kodları	Psikiyatrik bakım ve görüşme süreye dayalı birimlerle yürütölmektedir.

*E/M: medical evaluation and management Not: ABD, Avustralya ve Ontario süreleri ağırlıkla geri ödeme/kodlama ölçüleridir; NHS örneği çocuk-ergen hizmetine aittir.

Önerilen süre modeli

Şekil 1, MHRS için klinik gereksinime göre önerilen süreleri göstermektedir. Değerler uluslararası sistemlerin doğrudan kopyası değil; erişim ile güvenliği dengeleyen politika önerisidir.

Şekil 1. MHRS psikiyatri poliklinikleri için önerilen asgari süreler

Stabil kısa kontrol	15 dk
Standart kontrol	20 dk
İlk değerlendirme	30 dk
Karmaşık / riskli olgu	45-60 dk

Kliniğe göre sürenin farklılaştırılmasına dair gerekçeler

- Yeni hasta ile izlem hastasının aynı süreye yerleştirilmesi, tanı koyma ve kayıt inceleme yükünü görünmez kılmaktadır. ABD ve Avustralya'daki kademeli süreler yeni başvuru ve izlemi sistem düzeyinde ayırmaktadır.
- İntihar/şiddet riski, psikotik belirtiler, madde kullanımı, bilişsel bozulma, aile görüşmesi ve adli süreçler standart kontrolden daha fazla zaman gerektirmektedir. Bu olgular için esnek uzun randevu ve günlük tampon kapasite hasta güvenliğinin parçasıdır.
- Uluslararası süreler tek başına kalite kanıtı değildir. Bekleme süresi, yeniden başvuru, yatış, tedavi sürekliliği, hasta deneyimi ve çalışan tükenmişliği gibi sonuçlarla birlikte ülkelerin ihtiyacı ve hizmet kapasiteleri ile değerlendirilmelidir.
- Uzmanlık eğitimi verilen polikliniklerde öykü, eğiticiye danışma, ortak karar ve kayıt işlemleri aynı zaman dilimindedir; bu nedenle asistanların yürüttüğü muayenelerin zaman çizelgeleri bu husuları içermelidir.

Görüş ve Öneri

Psikiyatri hizmetlerinde aile görüşmesi, bireysel görüşme ve adli rapor düzenlenmesi gibi standart muayeneye kıyasla ek zaman ve iş yükü gerektiren işlemler için hâlihazırda ayrı hizmet kodları bulunmaktadır. Bununla birlikte, mevcut randevu planlamasında bu hizmetlerin gerektirdiği süre farklılıklarının yeterince karşılık bulmadığı değerlendirilmektedir. Hizmetlerin kodlanmış olması önemli bir altyapı sunmakla birlikte, hizmet kodları ile MHRS randevu süreleri arasında işlevsel bir bağlantının bulunmaması; muayene sürelerinin gerçek klinik gereksinimle uyumsuz kalmasına, poliklinik akışında gecikmelere ve sağlık çalışanlarının iş yükünün artmasına yol açabilmektedir.

Bu nedenle psikiyatri polikliniklerinde tek tip randevu süresi yerine, sunulacak hizmetin niteliğini ve klinik karmaşıklığı dikkate alan basamaklı bir randevu sistemine geçilmesi önerilmektedir. İlk psikiyatrik değerlendirme, rutin kontrol, karmaşık kontrol, aile görüşmesi, bireysel görüşme ve adli değerlendirme gibi işlemler için farklı sürelerde randevu seçenekleri oluşturulabilir. Mevcut hizmet kodlarının MHRS ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi ile ilişkilendirilmesi, ilgili hizmet seçildiğinde uygun sürenin randevu cetveline otomatik olarak yansıtılmasını sağlayabilir.

İlk başvurularda randevu türü yapılandırılmış ön değerlendirme ölçütleriyle belirlenebilir. Kontrol hastalarında ise bir sonraki randevunun türü ve süresi, hastanın klinik gereksinimlerini bilen psikiyatri hekimi tarafından HBYS üzerinden tanımlanmalıdır. İdari personelin görevi, klinik sınıflandırma yapmak değil, hekim tarafından belirlenen randevu türünü oluşturmak olmalıdır.

Uygulamanın öncelikle seçilmiş kamu hastanelerinde pilot olarak başlatılması; hasta bekleme süreleri, hizmete erişim, poliklinik işleyişi, çalışan iş yükü ve hasta güvenliği açısından değerlendirilmesi uygun

olacaktır. Böyle bir düzenleme, mevcut hizmet kodlarının randevu planlamasında etkin biçimde kullanılmasını sağlayarak psikiyatri hizmetlerinin niteliğini, verimliliğini ve sürdürülebilirliğini destekleyebilir.

Öneriler - Özet

1. MHRS’de “ilk değerlendirme”, “standart kontrol”, “karmaşık/riskli değerlendirme” ve “aile/özel görüşme” türleri ayrı tanımlanmalıdır.
2. İlk erişkin değerlendirmesi en az 30 dakika; standart kontrol 20 dakika; stabil kısa kontrol 15 dakika; karmaşık/riskli olgu 45-60 dakika planlanmalıdır.
3. Eğitim polikliniklerinde ilk değerlendirme için 45-60, kontrol için 25-30 dakika ayrılmalı; eğitici gözetimi bu sürenin parçası sayılmalıdır.
4. Her günlük çizelgede uzayan görüşme ve krizler için yüzde 10-15 tampon süre bırakılmalı; otomatik çift/ek randevu hekimin onayı olmadan açılmamalıdır.
5. Model, farklı hastane tiplerinde pilotlanmalı; erişim süresi, bekleme, acil yeniden başvuru, yatış, güvenlik kaydı, hasta deneyimi ve çalışan tükenmişliği birlikte ölçülmelidir.

Ayrıca randevu ve görüşme sürelerine ilişkin bu düzenlemeler, Türkiye’de uygulanmakta olan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamındaki hizmet tanımları ve geri ödeme sistemiyle eş zamanlı olarak ele alınmalı; psikiyatrik değerlendirme ve görüşmelerin SUT kapsamındaki işlem tanımları ve puanlandırılması; görüşmenin süresi, ilk değerlendirme veya kontrol niteliği, klinik karmaşıklık ve risk düzeylerini yansıtacak biçimde yeniden düzenlenmelidir. Sağlık tesislerine yapılan geri ödeme ile hekimlerin teşvik ve ek ödeme sistemleri de daha kısa sürede daha fazla hasta değerlendirmeyi özendirmek yerine, nitelikli ve güvenli psikiyatrik değerlendirme için gerekli süreyi koruyacak ve sunulan hizmetin niteliğini gözeterek karşılayacak biçimde yapılandırılmalıdır.

Sonuç

Resmî uluslararası kaynaklar, psikiyatrik hizmette klinik karmaşıklığın ve zamanın ayrı kategorilerle tanındığını göstermektedir. Türkiye’de MHRS’nin erişim ve kapasite hedefi korunurken psikiyatriye özgü, gereksinime dayalı süre modeli geliştirilmelidir. Önerilen asgari model; 30 dakikalık ilk değerlendirme, 20 dakikalık standart kontrol, seçilmiş stabil hastada 15 dakikalık kısa kontrol ve 45-60 dakikalık karmaşık/riskli değerlendirmedir.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Merkezi Hekim Randevu Sistemi. “Hakkımızda”. [Doğrudan bağlantı](#)
2. Türk Tabipleri Birliği. “Hekimlerin MHRS Randevu Süreleri Hakkında Kamu Hastanelerinin Başhekimliklerine Vermesi İçin Dilekçe Örneği Hazırlandı”. [Doğrudan bağlantı](#)
3. Türkiye Psikiyatri Derneği. “Devlet Hastanelerinde Psikiyatri Uygulamaları: Sorunlar ve Çözüm Önerileri”. [Doğrudan bağlantı](#)
4. American Psychiatric Association. “Quick Guide to 2021 Office/Outpatient E/M Services (99202-99215) Coding Changes”. [Doğrudan bağlantı](#)
5. NHS. “Mental Health Assessments”. [Doğrudan bağlantı](#)
6. North Derbyshire CAMHS. “Team: Psychiatry” (ilk görüşme örneği: 60-90 dakika). [Doğrudan bağlantı](#)
7. Australian Government, Medicare Benefits Schedule. “Item 296 - Consultant Psychiatrist Attendance, New Patient, More Than 45 Minutes”. [Doğrudan bağlantı](#)

8. Government of Ontario, Ministry of Health. “Requirements for Time-Based Services”. [Doğrudan bağlantı](#)

9. Government of Ontario, Ministry of Health. “Schedule of Benefits: Physician Services”. [Doğrudan bağlantı](#)

Kaynaklara erişim tarihi: 21 Temmuz 2026. Rapor kısa bilimsel görüş niteliğindedir; önerilen süreler bağlayıcı mevzuat değil, pilot uygulama ve sonuç değerlendirmesi için politika önerisidir.