

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

TÜRKİYE MATERNAL FETAL TIP VE PERİNATOLOJİ DERNEĞİ PERİNATOLOJİ ÖZLÜK HAKLARI ÇALIŞMA GRUBU DURUM TESPİT VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ KAPSAMLI RAPORU

1. GİRİŞ VE RAPORUN VİZYONU

Perinatoloji yan dal uzmanlığı; yüksek riskli gebeliklerin multidisipliner yönetimi, ileri düzey maternal ve fetal değerlendirme (ayrıntılı ultrasonografi, fetal anomali taraması) ile invaziv ve non-invaziv girişimsel işlemleri içeren, uzun süreli ihtisas ve yüksek mesleki sorumluluk gerektiren spesifik bir branştır. İlgili alanda çalışan uzman hekimler, anne ve fetus sağlığına yönelik hayati öneme sahip tıbbi kararlar almakta olup; bu durum beraberinde en üst düzeyde medikolegal ve mesleki etik sorumluluklar getirmektedir.

Ülkemizdeki mevcut mevzuat altyapısı, istihdam/atama politikaları ve sağlık hizmet sunum modellerine göre; perinatoloji uzmanlarının özlük hakları, çalışma koşulları ve mali kazanımlarının, üstlenilen ağır idari yük ve medikolegal risk ile belirgin bir orantısızlık arz ettiği düşünülmektedir. Söz konusu idari ve mali eksiklikler, uzman personelde sadece mesleki motivasyon kaybına ve psikososyal tükenmişliğe yol açmakla kalmayıp; aynı zamanda Türkiye genelinde sunulan yüksek riskli gebe yönetim süreçlerinin (maternal-fetal sağlık hizmetlerinin) niteliğini etkilemekte ve kamu sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin de aksamasına sebep olmaktadır.

İşbu rapor, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji (TMFTP) Derneği Perinatoloji Özlük Hakları Çalışma Grubu tarafından; sahada görev yapan uzman personelin karşılaştığı yapısal sorunları objektif, bilimsel ve istatistiksel bir temele oturtmak amacıyla hazırlanmıştır. Raporun veri tabanını ve metodolojik altyapısını; sahada aktif olarak çalışan toplam 91 perinatoloji uzmanının katılımı ile gerçekleştirilen kapsamlı bir saha araştırması (anket) oluşturmaktadır. Bu çalışma ile uzmanların mevcut çalışma şartları, ana dal

entegrasyon süreçleri, karşılaştıkları hukuki kısıtlılıklar ve sistemik eksiklikler tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, yaşanmakta olan idari sorunların boyutlarını somutlaştırmak amacıyla oransal (yüzdelik) dağılımlar ve açık uçlu bildirimlerin tematik analizleri ışığında raporlanmıştır.

Raporun asıl ve son amacı; perinatoloji disiplininin karşılaştığı sistemsel kriz alanlarını devletin yetkili mercilerinin dikkatine sunmak, branşın hukuki ve mali statüsündeki belirsizliklerin giderilmesine bilimsel bir altyapı oluşturmak ve tespit edilen her bir sorun başlığı için rasyonel, kamu yararını gözetken ve sürdürülebilir bir eylem planı sunmaktır.

2.SAHADAKİ EN BÜYÜK SORUNLAR

Araştırma sonuçları, perinatoloji uygulamalarının mevcut idari ve fiziksel altyapı koşullarında zorlayıcı bir süreçten geçtiğini ortaya koymaktadır. Uzman beyanları doğrultusunda; medikolegal riskler, görev tanımı belirsizlikleri ve altyapı/sevk ağı yetersizlikleri branşın işleyişini aksatan üç temel başlık olarak öne çıkmaktadır. Hukuki süreçlerin yarattığı güvensizlik ortamı, hekimleri savunmacı (defansif) tıp uygulamalarına yöneltmektedir. Anket verilerine göre katılımcıların %27,9' u son 5 yıl içerisinde malpraktis davası, adli soruşturma veya ciddi idari inceleme ile karşı karşıya kaldığını bildirmiştir. Ayrıca hekimlerin %51,7'si yüksek oranda savunmacı tutum sergilediğini ifade ederken, %73,6'sı ise olası şikayetlerden korunmak amacıyla klinik olarak gerekli görmediği durumlarda dahi "girişimsel işlem red imzası" aldığını belirtmiştir. Bu durum, uzmanların komplikasyon riski yüksek vakalardan kaçınmasına veya klinik

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

karar süreçlerini hukuki korunma refleksiyle şekillendirmesine neden olmaktadır.

Diğer taraftan, perinatoloji uzmanları rutin obstetrik süreçler ve görev tanımı dışı iş yüküyle karşılaşmaktadır. Uzmanların %65,1'i "Bugünkü koşullar altında perinatoloji yan dalını tekrar seçer miydiniz?" sorusuna "Evet" yanıtını vererek mesleki bağlılıklarını koruduklarını göstermiş olsa da, %34,9'luk kesim sistemdeki yapısal sorunlar nedeniyle branşın sürdürülebilirliğine yönelik endişelerini dile getirmektedir. Fiziksel altyapı konusunda ise uzmanların %32,6'sı teknik donanımı yetersiz bulurken, %83,9'u komplike vakaları sevk edebilecekleri güvenli bir referans merkez iletişim ağının bulunmadığını ifade etmektedir.

Sahadan yansıyan bu tablonun çözümünde uzmanların temel beklentisi; ana dal (Kadın Hastalıkları ve Doğum) ile perinatoloji yan dalı arasındaki görev, yetki ve sorumluluk sınırlarının yasal mevzuatla netleştirilmesidir. Sistemdeki idari iş yükünün ve görev karmaşasının önlenmesi adına, Sağlık Bakanlığı ve Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) koordinasyonunda bu yasal sınırların tanımlanması; branşın geleceği ve kamu sağlık hizmetinin nitelikli sürdürülebilirliği açısından en acil beklenti olarak saptanmıştır.

3. KATILIMCI PROFİLİ, İSTİHDAM VE DEMOGRAFİK YAPI

Ankete katılan uzman ve yan dal asistanı hekimlerin yaş ortalaması 42,4 olup; katılımcıların cinsiyet dağılımı %51,7 kadın ve %48,3 erkek olarak gerçekleşmiştir. Çalışma alanları incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun kamu hastanelerinde görev yaptığı görülmektedir; hekimlerin %32,6'sı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, %21,3'ü Şehir Hastanelerinde, %21,3'ü Üniversite Hastanelerinde, %6,7'si devlet hastanelerinde, %7,9'u özel hastanelerde, %1,1'i vakıf hastanelerinde ve %11,2'si ise muayenehanelerinde serbest hekim olarak hizmet vermektedir. Dernek üyeliği durumunda katılımcıların %68,2'sinin TMFTP Derneği asil üyesi olduğu, %17'sinin ise yandal diplomaları henüz tescil aşamasında olduğu için asil üye statüsünde bulunmadığı tespit edilmiştir.

Sahadaki idari zorlukların önemli bir boyutu, perifer hastanelere yapılan atamalarda altyapı eksiklikleridir. Katılımcıların %29,2'si görev yaptıkları kurumlardaki "ilk perinatolog" olduklarını belirtmiştir. Kurumlarında perinatoloji kliniği

düzenini kendisinin kurduğunu ifade edenlerin oranı %42 iken, bu konuda kısmen rol aldığını belirtenlerin oranı ise %2 olarak kaydedilmiştir. Bakanlık tarafından asgari altyapısal standartlar (üst düzey cihaz, invaziv işlem odası, eğitilmiş yardımcı personel vb.) sağlanmadan gerçekleştirilen bu atamalar, hekimlerin asli görevleri olan riskli gebelik yönetimi yerine, birim kurulum süreçleri ve idari bürokrasi ile zaman harcamalarına yol açmaktadır.

Uzmanların yasal haklarına dair farkındalık düzeyleri, idari süreçlerde yaşanan uyumsuzlukların çözümünde belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. "Özlük haklarımı biliyorum" önermesine yönelik yapılan ölçümde, katılımcıların %17,5'i yüksek düzeyde bilgi sahibi olduğunu (4 ve 5 puan) ifade ederken; %36,1'i düşük düzeyde bilgi sahibi olduğunu (1 ve 2 puan) bildirmiştir. Hekimlerin önemli bir kısmının mevzuat konusundaki yetersizlik algısı, hastane yönetimlerinin orantısız MHRS kotaları ve idari talepleri karşısında uzmanları dezavantajlı duruma düşürmektedir. Bu durum, dernek çatısı altında hekimleri idari süreçlere karşı koruyacak ve mevzuat farkındalığını artıracak kapsamlı bir 'Hukuk ve Özlük Hakları Eğitim' programının hayata geçirilmesini zorunlu kılmaktadır.

4. İŞ YÜKÜ, POLİKLİNİK İŞLEYİŞİ VE İDARİ BASKILAR

4.1. Anket Sonuçları

Anket verileri, perinatoloji uzmanlarının sahada karşılaştığı yönetsel ve operasyonel zorlukları ortaya koymaktadır. Uzmanların hastane yönetimleri tarafından branşın işleyişi ve gereksinimleri konusunda "anlaşılmama" düzeyleri incelendiğinde; katılımcıların %42,7'si yönetimle bu konuda ciddi bir iletişim kopukluğu yaşadığını (1 ve 2 puan) ifade etmiştir. İdari süreçlerdeki yetki kısıtlılığı ve medikolegal sorumluluk dengesizliği konusunda ise uzmanların %45,5'i mevcut idari yapının yetersiz olduğunu (1 ve 2 puan) belirtmiştir.

Sahadaki iş yükü analizinde; uzmanların %53,9'u günde 6 ile 20 arasında değişen sayıda detaylı anomali taraması (ayrıntılı USG) yapmak durumunda kaldığını belirtmiştir. Bu yoğunluk, hekimlerin bir hastaya ayırabildiği süreyi daraltarak klinik dikkati zorlamaktadır. Ayrıca, teknik donanım ve cihaz desteği konusunda uzmanların görüşleri oldukça kutuplaşmıştır; mevcut teknik imkanlardan memnuniyet (4 ve 5 puan) bildirenlerin oranı %39,3 iken, teknik donanım desteğinin yetersiz olduğunu

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

(1 ve 2 puan) belirlenenlerin oranı %32,6 olarak kaydedilmiştir.

4.2. Mevcut Problemler

Mevcut performans sistemi, tıbbi işlemlerin niteliği ve taşıdığı riskten ziyade muayene edilen hasta sayısına odaklanan bir yapı sergilemektedir. Bu yaklaşım, doğası gereği 30 ila 45 dakika ayrılması gereken kapsamlı perinatolojik değerlendirmelerin 10-15 dakikalık poliklinik (MHRS) sürelerine sığdırılması yönünde zorlayıcı bir beklenti yaratmaktadır. Sürenin kısıtlı olması nedeniyle muayenelerin yeterli detayda yapılamaması, gözden kaçabilecek bulgulara ve olası tıbbi hatalara zemin hazırlamaktadır. Öte yandan, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 42. maddesi randevu ve çalışma düzeninin sunulan hizmetin niteliğine göre planlanmasını öngörmesine rağmen; sahadaki yoğun ve koşulsuz hasta kabulü beklentisi, bu mevzuat hükmünün uygulanmasını güçleştirmektedir.

Yaşanan yönetsel zorluklar ve kısıtlı sürelerde yüksek riskli hasta yönetme mecburiyeti, uzmanların yarıdan fazlasını mesleki pratiklerinde savunmacı (defansif) tıp uygulamalarına yöneltmektedir. Giderek yaygınlaşan bu yaklaşım, hekimlerin klinik rasyonel ile hukuki korunma refleksi arasında kalmasına neden olmakta; uzun vadede ise hizmet sunumunu yavaşlatarak sağlık sisteminde tıkanıklıklara yol açmaktadır.

4.3. Çözüm Önerileri

Sahada yaşanan bu sorunların çözümü adına öncelikle, perinatolojik muayene ve girişimsel işlemler için uluslararası standartlara uygun olacak şekilde en az 30-40 dakikalık asgari randevu sürelerinin Bakanlık tarafından standart hale getirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte, randevusuz hasta kabulünün önüne geçilmesi, hem hasta güvenliğini hem de hekimin mesleki pratiğini koruyacak kritik bir adımdır.

Altyapı ve yönetsel iyileştirmeler bağlamında, uzman ataması yapılan her merkeze üst düzey ultrasonografi cihazı temin edilmesi bir 'asgari hizmet standardı' olarak tanımlanmalı; yeterli donanıma sahip olmayan kurumlarda yüksek riskli tıbbi işlemlerin uygulanmasına yönelik idari beklentiler sonlandırılmalıdır. Sağlık Bakanlığının üst düzey cihaz değerlendirmesinde 4D prob varlığı perinatoloji muayenesinde kullanımına uygun olarak

atfedilmektedir ancak bu donanım sadece fetüsün gerçeğe yakın dış görünümünün alınmasını sağlayan çoğu zaman perinatolojik değerlendirmede bir faydası olmayan bir özelliktir. Gerçek anlamda donanımsal yeterlilik açısından bakanlık öngörülerıyla hekimlerin beklentileri uyusmamaktadır ve sahada problemlere neden olmaktadır. Ayrıca, perinatoloji ünitelerinin kendi randevu planlamalarını ve çalışma algoritmalarını oluşturabilecekleri idari inisiyatifte sahip birimler olarak yeniden yapılandırılması, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini önemli ölçüde artıracaktır.

Perinatoloji polikliniği olarak hizmet veren hekimlere üst düzey ultasonografi cihazları temin edilmelidir. Uygun koşullar sağlanmadan hekimlerden detaylı ultrason gibi malpraktis durumlarına açık olabilecek muayenelerin gerçekleştirilmesi istenmemelidir.

<https://www.isuog.org/static/4e2ed89e-fa8a-42c2-9c0929cd89cb58ff/ISUOG-Practice-Guidelines-routine-mid-trimester-fetal-ultrasound.pdf>

<https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/publications/265/download-a1a20fdb029caf3801e2abc1254be503.pdf>

<https://publications.smfm.org/publications/150-society-for-maternal-fetal-medicine-resolution-on-ultrasound/>

SMFM standartlarına göre perinatolojik muayene sadece ultrason masasında geçen süreden ibaret değildir; hastanın detaylı anemnezi, fetal biyometri ve anatomi takibi, raporlama ve sonrasındaki genetik/perinatolog danışmanlık süreci bir bütündür. Bu nedenle MHRS veya poliklinik randevu süreleri sadece 'prob süresi' üzerinden hesaplanamaz.

Hastaya ayrılan sürenin kısıtlı olması, kılavuzda belirtilen onlarca anatomik yapının taranmasını imkânsız kılar. ISUOG, eksik kalan taramaların hasta güvenliği için tekrar randevusu verilerek tamamlanmasını şart koşar. Bir hastanın birden fazla randevulandırılması ise mevcut hasta sayıları ve beklentiler nedeniyle sistemin kilitlenmesine neden olmaktadır.

Dolayısıyla, perinatoloji uzmanlarının poliklinik ve muayene sürelerinin, sadece ultrason probunun anne karnında kaldığı süre üzerinden değil; hastanın yüksek risk analizinin yapılması, kılavuzlardaki

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

onlarca anatomik yapının tek tek incelenmesi, raporlama ve aileye perinatolojik danışmanlık verilmesi süreçlerini kapsayacak şekilde (uluslararası standartlar doğrultusunda hasta başına en az 30-45 dakika olacak şekilde) düzenlenmesi hasta sağlığı ve malpraktis risklerinin önlenmesi açısından bir zorunluluktur.

Buna ilişkin yasal zemini sağlayan örnek olarak Bursa Bölge İdare Mahkemesi kararı gösterilebilir. Bu karar metni, muayene süresini belirleme yetkisinin idareye değil, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi uyarınca hekime ait olduğunu hükme bağlamıştır (Ordu İdare Mahk. Esas no:2023/1599, Karar no:2024/548, Samsun Bölge İdare Mahk.2024/44).

5. ANA DAL (KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM) İLE İLİŞKİLER VE GÖREV SINIRI BELİRSİZLİĞİ

5.1. Anket Sonuçları

Anket verileri, perinatoloji uzmanlarının kamu sağlık tesislerinde karşılaştığı görev tanımı belirsizliğinin sistemselsel bir sorun haline geldiğini ortaya koymaktadır. Uzmanların büyük çoğunluğu, branşlar arasındaki yetki ve sorumluluk sınırlarının mevzuatla daha net bir şekilde tanımlanması gerektiğini ifade etmektedir. Mevcut işleyişte konsültasyon taleplerinin niteliği incelendiğinde; katılımcıların %43,2'si kendilerine yönlendirilen vakaların "büyük çoğunluğunun" aslında ana dal uzmanları tarafından yönetilebilecek olgular olduğunu beyan etmiştir.

Sahadaki görev tanımı karmaşasını derinleştiren bir diğer husus ise hekimlerin uzmanlık alanları dışındaki idari ve klinik işlemlere dahil edilmesidir. Anket verilerine göre, görev yapan perinatoloji uzmanlarının nöbet süreçleri incelendiğinde; %25,3'ü aktif nöbet tutmakta olup, bu gruptaki tüm hekimlerin nöbet sayısı "1-6" aralığında dağılım göstermektedir. Ayrıca, yan dal uzmanlarının, kendi spesifik alanları dışındaki rutin obstetrik süreçlerde ve genel ana dal sorumluluklarında aktif rol alması, uzmanlık becerilerinin verimli kullanımını engellemektedir.

5.2. Mevcut Problemler

Ana dal uzmanlarının olası tıbbi hata (malpraktis) endişesiyle tıbbi gerekliliği (endikasyonu)

bulunmayan vakaları sıklıkla perinatolojiye sevk etmesi, polikliniklerde ciddi bir yoğunluğa neden olmaktadır. Bu durum, asıl odaklanılması gereken yüksek riskli gebelere ayrılacak süreyi kısıtlayarak, ileri düzey hizmet vermesi beklenen referans merkezlerinin adeta birer rutin takip merkezine dönüşmesine yol açmaktadır. Öte yandan, preeklampsi veya fetal gelişme geriliği (FGR) gibi özellikli tanılarda tüm klinik ve medikolegal risklerin ağırlıklı olarak yan dal uzmanlarına bırakılması, hekimler üzerindeki mesleki tükenmişliği hızlandırmaktadır. Özellikle 10-12 kadın hastalıkları ve doğum uzmanının görev yaptığı ancak yalnızca 2-3 perinatoloji uzmanının bulunduğu kurumlarda, icap nöbetleri ve tıbbi gerekliliği (endikasyonu) bulunmayan vakaların yönetiminin sayıca az olan yan dal hekimlerine yüklenmesi sahada adil olmayan bir sorumluluk dağılımı yaratmaktadır.

Bu orantısız iş yüküne ek olarak, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 115. ve 116. maddelerinde hekimlerin kendi branşlarında görevlendirilmesi esası açıkça belirtilmesine rağmen, perinatoloji uzmanlarının sıklıkla genel ana dal nöbetlerine dahil edildiği görülmektedir. Gündüz mesaisinde yoğun riskli hasta takibi ve girişimsel (invaziv) işlemler gerçekleştiren uzmanların, gece nöbetlerinde rutin obstetrik süreçlerden sorumlu tutulması, hem hasta güvenliğini riske atmakta hem de nitelikli insan kaynağının verimsiz kullanılmasına zemin hazırlamaktadır.

5.3. Çözüm Önerileri

Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından yayınlanan çekirdek müfredatlar uzman hekimlerin yetkinliklerini bildirmektedir ve Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarına ait yetkinliklerde bu kapsamda bildirilmiştir. Ancak kullanılan terimlerin detaylandırılması ve yetkinliklerin daha detaylı olarak sunulması da gerekmektedir. (<https://tuk.saglik.gov.tr/TR-82500/v-23-dokumanlari.html>).

Sahadaki işleyişi düzenlemek ve hizmet kalitesini artırmak adına, perinatoloji polikliniklerine hasta kabulünün doğrudan başvuru yoluyla değil, ana dal uzmanı tarafından hazırlanan gerekçeli konsültasyon formu aracılığıyla yapılması büyük önem taşımaktadır. Rutin vakaların gereksiz yere sevk edilmesini önleyecek idari denetim mekanizmaları kurulmalı; perinatolojiye yönlendirilecek hastalar için net konsültasyon sınırları veya kademeli bir triyaj sistemi oluşturulmalıdır. Buna ek olarak, perinatoloji uzmanının acil veya nöbet süreçlerine

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

fiili veya konsültan olarak müdahil olmasını gerektiren durumlar; plasenta previa, uterin rüptür veya kardiyak hastalıklar, pulmoner hipertansiyon ve malignite gibi ciddi maternal komplikasyonlar barındıran ileri düzey vakalarla sınırlandırılmalıdır. Gebelik haftasından bağımsız olarak rutin doğum işlemleri ve stabil hasta takibi ana dalın sorumluluğunda kalmalıdır. Yine TUKMOS içeriklerinde belirtildiği gibi her türlü doğum kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yetkinlik alanıdır. Acil servise başvuran ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından değerlendirilerek stabil olduğuna kanaat getirilen hastalar için gereksiz perinatoloji konsültasyonu talep edilmemelidir. Aksi takdirde bu durum, acile başvuran her gebenin perinatoloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiği gibi yanlış bir algıya yol açarak, ertesi gün kendi branşında yoğun poliklinik hizmeti sunmaya devam edecek olan hekimler üzerinde sürdürülemez bir iş yüküne neden olmaktadır.

Perinatoloji hizmetinin verildiği hastanelerin koşullarının aynı olmaması nedeniyle hastanelerin gruplandırılması, eğitim kliniği olan ve olmayan hastaneler, tek hekim – çoklu hekim çalışan hastanelerin ayrılarak standartların bu koşullara göre belirlenmesi gerekmektedir. Tüm bu yönetsel ve operasyonel sorunların çözüme kavuşturulması amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli idari yaptırımların ve düzenlemelerin sağlanması ve 81 il valiliğine gönderilmek üzere kapsamlı bir genelge yayımlanması gerekmektedir. Bu genelgede, yan dal uzmanlarının kendi uzmanlık alanları (rutin poliklinik, genel nöbet vb.) dışında çalıştırılmayacağı net bir biçimde ifade edilmeli; uygun altyapı koşulları sağlanmadan ve işlemin niteliğine uymayan dar MHRS zaman aralıklarında hekimlerin hasta bakmaya zorlanmasının önüne geçilmelidir.

6.MEDİKOLEGAL SÜREÇLER (MALPRAKTİS) VE DEFANSİF TIP

6.1. Anket Sonuçları

Anket verileri, perinatoloji uzmanlarının karşılaştığı medikolegal risklerin mesleki pratiği doğrudan şekillendiren temel faktörlerden biri olduğunu göstermektedir. Katılımcıların %27,9'u son 5 yıl içerisinde malpraktis davası, adli soruşturma veya ciddi idari inceleme ile karşı karşıya kaldığını bildirmiştir. Hekimlerin tıbbi kararları üzerinde malpraktis korkusunun etkisi incelendiğinde; %67,8'lik bir kesimin bu kaygının kararlarını yüksek

derecede (4 ve 5 puan) etkilediğini belirttiği görülmektedir.

Hukuki süreçlerin yarattığı güvensizlik ortamı, "defansif tıp" uygulamalarını yaygınlaştırmıştır. Katılımcıların %73,6'sı, olası şikâyet ve davalardan korunmak amacıyla, klinik olarak gerekli görmediği durumlarda dahi girişimsel işlem için "red imzası" aldığını belirtmiştir. Defansif tıp uygulamalarına genel düzeyde katılımı sorgulayan ölçekte ise, hekimlerin %51,7'si yüksek oranda (4 ve 5 puan) savunmacı tutum sergilediğini ifade etmiştir.

Riskli vakaların sevk edilme nedenleri incelendiğinde; katılımcıların %65,1'i malpraktis korkusu ve yasal güvensizliği, %58,5'i nöbet şartlarında güven eksikliğini, %45,2'si USG cihazı ve donanım yetersizliğini, %40,8'i ise yenidoğan yoğun bakım veya kan bankası eksikliğini gerekçe göstermiştir. Sevk zincirini destekleyecek referans merkez iletişim ağının yetersiz olduğunu belirtenlerin toplam oranı ise %83,9 olarak saptanmıştır.

6.2. Mevcut Problemler

Bu bulgular, medikolegal baskının yalnızca bireysel hekim kaygısı olmadığını, sistemin işleyişini doğrudan bozan yapısal bir kriz alanı haline geldiğini göstermektedir. Perinatoloji pratiği doğası gereği yüksek riskli gebeliklerle uğraşmakta ve morbidite, mortalite ve komplikasyonlar doğal olarak daha yüksek oranda izlenmektedir. Ancak mevcut sistemde hekim, komplikasyon potansiyeli yüksek işlemleri yürütürken buna uygun özel bir hukuki koruma zırhı ile desteklenmemektedir. Mevcut yasal düzenlemeler ya da sigorta politikaları doğası gereği riskli olan bu hekim grubuna destek olmamaktadır. Sonuç olarak hekim; bilimsel gereklilik, hasta yararı ve klinik risk arasında değil, çoğu zaman “doğru karar” ile “hukuken en az riskli karar” arasında sıkışmaktadır.

Bu durum klinik pratiği birkaç yönden bozmuştur. İlk olarak, defansif tıp olağan uygulama biçimine dönüşmüştür. Hekimlerin gereksiz onam ve red formlarına yönelmesi, tıbbi ilişkinin güven temelli niteliğini zayıflatmakta; poliklinik süresini klinik değerlendirmeden çok hukuki korunma girişimlerine ayırmasına neden olmaktadır. İkinci olarak, sevk davranışının artması, yalnızca hekimin kişisel tercihine değil, güvensiz ve destekten yoksun sistem yapısına işaret etmektedir. Özellikle referans merkez ağının yetersizliği, hekimin riskli bir olguda yalnız

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

birakıldığı hissini güçlendirmektedir. Üçüncü olarak, medikolegal baskı, zaten sınırlı sayıda olan perinatoloji uzmanlarını daha temkinli ve tıbbi rasyonellerden ziyade hukuki endişelere odaklanmış bir pratiğe itmektedir. Bu da hem ileri düzey vaka yönetim kalitesini hem de girişimsel kapasiteyi dolaylı olarak azaltmaktadır.

Bu yapısal güvensizlik ortamının önemli bir bileşeni de mevcut sigorta ve tazminat sistemlerinin rasyonel olmamasıdır. Özellikle yüksek riskli perinatolojik işlemler için belirlenen tazminat yükleri ile hekime sağlanan hukuki koruma arasında ciddi bir dengesizlik bulunmaktadır. Bu durum, hekimlerin klinik olarak gerekli olsa dahi riskli girişimlerden kaçınmasına ve “risk almama” davranışının sistematik hale gelmesine yol açmaktadır. Bu endişe tüm hekimleri ilgilendirmekle beraber özellikle riskli hastalarla uğraşan perinatoloji alanında çok daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Tüm bunların sonucunda sistem düzeyinde bir “girişimsel çekilme” eğilimi ortaya çıkmaktadır.

Buna ek olarak, defansif tıp uygulamalarının en görünür sonuçlarından biri, gereksiz ölçüde artan onam ve red formu yüküdür. Özellikle “yapılmayan işlemler” için dahi onam alınması pratiği, klinik gerçeklikten çok hukuki kaygılarla şekillenmektedir. Bu durum, poliklinik süresinin önemli bir bölümünün hasta değerlendirmesi yerine evrak düzenleme ile geçirilmesine neden olmakta; hasta-hekim etkileşimini zayıflatmakta ve klinik verimliliği ciddi ölçüde düşürmektedir. Ayrıca alınan onamların arşivlenmesi, saklanması ve gerektiğinde erişilebilir kılınması sorumluluğu da büyük ölçüde hekimin üzerine bırakılmaktadır. Bu durum, klinik iş yüküne ek olarak önemli bir idari yük oluşturmakta ve sistematik bir kayıt altyapısının eksikliğini ortaya koymaktadır.

6.3. Çözüm Önerileri

Bu konulara ilişkin çözüm önerisinin sistem düzeyinde hukuki ve kurumsal düzenlemelere dayandığı düşünülmektedir.

İlk olarak, perinatolojiye özgü yüksek riskli girişimler için ayrı bir hukuki çerçeve oluşturulmalıdır. Gebenin mevcut fetal riski de eklendiğinden, amniyosentez, kordosentez, fetosit ve benzeri işlemler sonucu gelişen komplikasyonlar genel malpraktis mevzuatı içinde değil, doğası ve risk profili tanımlanmış özel bir düzenleme ile değerlendirilmelidir.

İkinci olarak, sağlık bakanlığının ve dernek veya ilgili otoriteler tarafından standardize edilmiş, hukuki koruyuculuğu yüksek ulusal aydınlatılmış onam formları hazırlanmalı ve tüm merkezlerde ortak biçimde kullanılmalıdır. Böylece hekimler yaptıkları ve yapmadıkları işlemde kendilerini sistem tarafından korunmuş hissedeceklerdir ve daha fazla hareket alanına sahip olarak daha iyi bir sağlık hizmeti sunacaklardır. Ayrıca, onam süreçleri dijital ve merkezi sistemlerle standardize edilmelidir. Ulusal düzeyde tanımlanmış elektronik onam formları ve entegre arşivleme sistemleri sayesinde hem hukuki güvenlik artırılmalı hem de hekimin bireysel evrak yükü azaltılmalıdır.

Üçüncü olarak, bölgesel referans merkez ağı ve sevk iletişim algoritması resmi olarak tanımlanmalıdır. Bu özellikle yalnız çalışmak zorunda kalan ve ve sayıca kendisinden fazla olan kadın hastalarını doğum uzmanlarının sorumluluktan kaçınmak için yaptığı endikasyon dışı yönlendirmelerden arındırılarak perinatoloji uzmanlarının güvende hissetmesini ve endikasyon dahilinde gerekli işlemleri yapma konusunda daha rahat hissetmesini sağlayacaktır.

Dördüncü olarak, perinatoloji uzmanlarına hukuki danışmanlık ve kriz desteği sunacak kurumsal bir mekanizma kurulmalıdır.

Buna ek olarak, medikolegal risklerin azaltılabilmesi için ulusal düzeyde standardize edilmiş klinik rehber ve uygulama yönergelerinin oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından perinatolojiye yönlendirilmesi gereken durumlar belirlenmelidir. Perinatoloji pratiğinde sık karşılaşılan klinik senaryolar için hazırlanacak, bilimsel temelli ve hukuki geçerliliği olan rehberler; hem klinik karar süreçlerini destekleyecek hem de olası malpraktis durumlarında hekim için referans oluşturacaktır.

Sigorta ve tazminat sistemleri de yeniden yapılandırılmalı; yüksek riskli branşlara özgü, koruyucu ve teşvik edici bir model geliştirilmelidir. Hekimin bilimsel gereklilik doğrultusunda karar almasını engelleyen cezalandırıcı sistem yerine, kontrollü risk almayı destekleyen bir yapı kurulmalıdır.

7.DONANIM YETERSİZLİĞİ: ULTRASONOGRAFİ ALTYAPISI, YENİDOĞAN ÜNİTESİ VE İNVAZİV İŞLEM DURUMU

7.1. Anket Sonuçları

Anket bulguları, perinatoloji pratiğinin temelini oluşturan teknik altyapının birçok merkezde yetersiz kaldığını göstermektedir. Katılımcıların büyük bölümü düzenli poliklinik koşullarından yoksun olduğunu bildirmiştir. Buna karşın, hekimlerin %88,8'inden günlük rutinde sürekli ayrıntılı ultrasonografi yapması beklenmektedir. Bu durum, beklenti ile altyapı arasındaki dengesizliğin somut göstergelerinden biridir.

Yenidoğan desteği açısından, katılımcıların %85,7'si hastanelerinde hem yenidoğan yoğun bakım ünitesi hem de yenidoğan uzmanı bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %8,3'ü ünitenin bulunduğunu ancak uzman olmadığını, %6,0'ı ise ne ünitenin ne de uzmanın bulunduğunu ifade etmiştir.

Girişimsel işlemler açısından bakıldığında ise katılımcıların %87,5'i işlem yapma imkânına sahip olduğunu belirtmiştir. İşlem yapabilenlerde hacim düşüktür; %50,0'ı ayda 1–5, %33,3'ü ise 6–10 işlem yapabildiğini bildirmiştir.

7.2. Mevcut Problemler

Bu başlıktaki veriler, perinatolojinin ileri teknoloji ve ekip temelli bir alan olmasına rağmen, birçok merkezde hâlâ bireysel gayretle yürütülmeye çalışıldığını göstermektedir. Bir yandan hekimlerden yüksek doğrulukla ayrıntılı anomali taraması, invaziv girişim ve riskli gebelik yönetimi beklenmekte; öte yandan bu hizmetlerin gerektirdiği fiziksel alan, cihaz kalitesi, yardımcı personel ve neonatoloji başta olmak üzere multidisipliner destek sağlanmamaktadır. Böyle bir yapı, perinatoloji uzmanını hem tıbben hem de hukuken kırılgan hale getirmektedir.

Yenidoğan altyapısındaki eksiklik sorunu da yalnızca bir destek hizmeti eksikliği değildir; perinatolojinin karar sınırlarını doğrudan etkileyen temel bir güvenlik sorunudur. Prenatal tanı konan, prematür doğum riski taşıyan veya müdahale gerektiren fetüslerin yönetiminde neonatal bakım kapasitesi belirleyicidir. Bu kapasitenin olmadığı veya yetersiz olduğu merkezlerde perinatoloji pratiği

doğal olarak kısıtlanmakta, hekimin risk alma eşiği yükselmekte ve sevk davranışı artmaktadır. Yenidoğan dışında multidisipliner yönetime destek olacak diğer birimlerin olmaması ve tersiyer sağlık birimi tanımını karşılamayan kurumlar da görevlendirilmekte benzer sonuçlara neden olmaktadır. Benzer biçimde invaziv işlem odası, eğitilmiş hemşire veya genetik transfer zinciri bulunmaması; hekimin sahip olduğu uzmanlık becerisinin sahaya yansımamasına yol açmaktadır. Bu durum uzmanlık becerisinin körelmesine, merkezlerin kapasite kaybına ve uzun vadede hizmet kalitesinin düşmesine neden olacaktır.

Altyapı eksiklikleri yalnızca cihaz yetersizliği ile sınırlı değildir. Perinatoloji pratiğinin etkin şekilde yürütülebilmesi için gerekli olan nitelikli yardımcı sağlık personeli eksikliği de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Eğitilmiş tıbbi sekreterlerin, invaziv işlem hemşireleri ve klinik süreçleri destekleyen yardımcı personelin yetersizliği, hekimin tüm süreci tek başına yürütmek zorunda kalmasına neden olmaktadır. Bu durum hem işlem sürelerini uzatmakta hem de hata riskini artırmaktadır. Hekimin primer sorumlulukları dışında artan iş ve sorumluluk yükü de hekimin risk taşıyacak işlemlerden kaçınmasına neden olabilecektir.

Buna ek olarak, mevcut sistemde donanımlı merkezlerin planlı şekilde yapılandırılmamış olması, hizmetin dağınık ve verimsiz sunulmasına yol açmaktadır. Yüksek teknoloji gerektiren perinatoloji hizmetlerinin her merkezde aynı düzeyde sunulmaya çalışılması yerine, belirli merkezlerde yoğunlaştırılması (merkezileşme) gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Perinatoloji uzmanlarının kurumlar ve iller arasındaki dağılımı da bu soruna olumsuz yönde katkı vermektedir.

7.3. Çözüm Önerileri

Donanım sorununa yaklaşım, tercihe bağlı iyileştirme değil, asgari standart tanımlama mantığıyla ele alınmalıdır.

İlk olarak, perinatoloji hizmeti verilen merkezler için ulusal düzeyde minimum altyapı standartları belirlenmelidir. Bunlar; üst düzey ultrason cihazı, uygun fiziksel poliklinik alanı, invaziv işlem odası, eğitilmiş yardımcı personel, numune transfer zinciri ve yenidoğan yoğun bakım entegrasyonunu içermelidir.

İkinci olarak, bu standartları karşılamayan kurumlara perinatoloji uzmanı ataması yapılmamalı;

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

mevcut uzmanların da altyapı eksikliği giderilmeden yüksek riskli hizmet vermesi beklenmemelidir.

Üçüncü olarak, invaziv işlem kapasitesini artırmak için merkez bazlı yapılandırılmış destek modeli kurulmalıdır. Amniyosentez hemşiresi, işlem sekreteri, genetik numune lojistiği ve neonatal koordinasyon gibi unsurlar kurumsal organizasyon şemasına dâhil edilmelidir. İlgili diğer bölümlerin de olması ve koordinasyonun kurum içi çalışma düzeniyle sağlanabilmiş olması büyük önem arz etmektedir.

Son olarak, sevk zinciri ile donanım planlaması birlikte düşünülmelidir; her merkezin tüm işlemleri yapması beklenmemeli, ancak hangi merkezin hangi düzey hizmet sunacağı net tanımlanmalıdır. Böylece hem gereksiz kaynak israfı önlenir hem de uzmanlık hizmeti rasyonel bir bölgesel ağ içinde güçlendirilmiş olur.

Buna ek olarak, perinatoloji hizmetlerinin etkinliği için yalnızca cihaz değil, nitelikli insan kaynağı planlaması da yapılmalıdır. Eğitimli yardımcı sağlık personelinin sayısı artırılmalı ve bu personelin perinatolojiye özgü eğitim programlarından geçirilmesi sağlanmalıdır. Özellikle invaziv işlemler ve ileri düzey ultrasonografi süreçlerinde ekip yaklaşımı zorunlu olduğu için eğitimli bir özelleşmiş ekip olması sağlanmalıdır.

Ayrıca, perinatoloji hizmetleri için bölgesel merkezileşme modeli benimsenmelidir. Belirli merkezler “ileri düzey referans merkezi” olarak tanımlanmalı; bu merkezler yüksek donanım, deneyimli ekip ve multidisipliner yapı ile güçlendirilmelidir. Böylece hem işlem hacmi artacak hem de klinik sonuçlar iyileşecektir. Merkezileşme modeli, yalnızca fiziksel altyapının bir araya getirilmesi anlamına gelmemekte; aynı zamanda vaka hacminin belirli merkezlerde yoğunlaştırılması yoluyla klinik deneyimin artmasını, girişimsel işlemlerde teknik başarının yükselmesini ve komplikasyon oranlarının azaltılmasını sağlamaktadır. Yüksek riskli gebeliklerin ve kompleks fetal olguların bu merkezlerde toplanması, hem hasta güvenliğini artırmakta hem de sağlık hizmetlerinin standardizasyonuna katkı sunmaktadır. Buna ek olarak, bu referans merkezler ile perifer sağlık kuruluşları arasında tanımlı ve işlevsel bir sevk zinciri oluşturulması gereklidir. Sevk kriterlerinin net olarak belirlenmesi, iletişim kanallarının kurumsallaştırılması ve hasta transfer süreçlerinin standardize edilmesi; gereksiz sevkleri azaltırken,

uygun hastaların zamanında doğru merkeze ulaşmasını sağlayacaktır.

8.MALİ HAKLAR, SUT ADALETSİZLİĞİ VE SİSTEMSEL "KARŞILIKSIZ RİSK" ÇIKMAZI

8.1. Anket Sonuçları

Anket verileri, perinatoloji uzmanlarının sahada karşılaştığı mali mağduriyetleri ve performans sistemindeki adaletsizlikleri açıkça ortaya koymaktadır. Uzmanların yalnızca %11,3'ünün tavan teşvik ödemelerine ulaşabilmesi ve geri kalan büyük çoğunluğun kurum ortalamalarının dahi gerisinde kalarak gelir kaybı yaşaması, mevcut Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) puanlamalarındaki yetersizliğin doğrudan bir sonucudur. Nitekim katılımcıların %84,6'sı, SUT işlem puanlarının perinatoloji branşının barındırdığı yüksek tıbbi ve hukuki riskleri karşılamaktan uzak olduğunu vurgulamaktadır. Söz konusu mali orantısızlığa rağmen hekimlerin %87,5'i; uzmanlık müfredatında (TUKMOS) yer almasına karşın SUT listesinde tanımlanmayan hayati girişimsel işlemleri, salt hasta sağlığını korumak gayesiyle ve hiçbir maddi karşılık gözetmeksizin uygulamaya devam etmektedir. Bununla birlikte, yasal ve mali altyapısı tanımlanmamış bu yüksek riskli müdahaleler karşısında hukuki güvencesizlik hisseden uzmanların %12,5'i, defansif (savunmacı) tıp yaklaşımını benimseyerek bu spesifik hizmetleri sunmaktan haklı olarak imtina etmek durumunda kalmıştır.

8.2. Mevcut Problemler

Perinatoloji uzmanlarının üstlendiği ağır medikolegal risk, kesintisiz 15 yılı bulan ağır tıp/uzmanlık/yan dal eğitim süreci ve tek bir komplike hasta için harcanan uzun poliklinik/ameliyat mesaisi; mevcut Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme (Teşvik/Performans) Yönetmeliği'nde tamamen yok sayılmaktadır. Yürürlükteki mali işleyiş ve performans kriterlerinin; tıbbın en yüksek riskli ve teknik açıdan en kompleks disiplinlerinden birinde hizmet veren yan dal uzmanlarının emek ve sorumluluğunu teşvik etmekten ziyade, branşın özgün şartlarını gözetmeyen mevcut yapısı nedeniyle ilgili uzmanları sistematik bir hak kaybına uğrattığı ve mesleki sürdürülebilirliği tehlikeye atan dezavantajlı bir nitelik kazandırdığı müşahade edilmektedir.

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

Türkiye'deki mevcut teşvik ve performans ödemeleri; işlemin "niteliğine, harcanan zihinsel/fiziksel emeğe, operasyonun teknik zorluğuna ve üstlenilen medikolegal (tazminat) riskine" göre değil, poliklinikte bakılan "hasta sayısına (niceliğe)" göre kurgulanmıştır. Bu durum perinatolojide bir "tersine teşvik" yaratmaktadır. Bir ana dal uzmanının poliklinikte günde 60 ila 80 standart (düşük riskli) hastaya bakarak ulaştığı tavan performans puanına; günde 15 yüksek riskli fetal anomali vakası çözen, genetik danışmanlık veren, her bir hastaya asgari 30-45 dakika ayıran ve atladığı en ufak bir anomalide milyonlarca liralık tazminat davasıyla yüzleşen perinatoloji uzmanı matematiksel olarak ulaşamamaktadır. Uzmanların büyük bir kısmı hastane performans ortalamasının dahi altında kalarak, taşıdıkları o devasa malpraktis riskine rağmen standart bir hekimden çok daha az gelir elde etmektedir. Sistem hekime zımnen; *"Riskli hastaya vakit ayırma, hızlıca basit hasta bak"* demektedir.

Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUKMOS) tarafından belirlenen eğitim ve uygulama müfredatı çerçevesinde perinatoloji uzmanları için icrası zorunlu kılınan özellikli girişimsel işlemlerin, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında finansal bir karşılığının bulunmaması, kurumlar arası mevzuat uyumsuzluğunun ve idari paradoksun en somut göstergesidir. Örneğin; anne karnındaki bir bebeğin hayatını kurtaran, yüksek ultrasonografi becerisi ve sterilizasyon gerektiren "Fetosit" işlemi gibi yaşamsal bir cerrahi girişim, SUT sisteminde sadece basit bir *"Konsültasyon"* puanıyla geçiştirilmektedir. Fetoskopik lazer cerrahisi gibi dünyada sadece sayılı merkezlerde yapılabilen üst düzey işlemlerin SUT'ta bir kodu dahi yoktur. Anket verilerine göre hekimlerin %87,5'i, TUKMOS müfredatında tanımlı olan ancak SUT kapsamında bir ödeme veya performans karşılığı bulunmayan hayati girişimsel işlemleri; anne ve fetüsün yaşam hakkını gözeterek, tamamen mesleki etik ilkeler ve kişisel inisiyatif çerçevesinde (herhangi bir maddi karşılık olmaksızın) uygulamaya devam etmektedir. Ancak ulusal sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin, hekimlerin şahsi fedakârlıkları ve orantısız yüklenimleri üzerine inşa edilmesi idari hakkaniyetle bağdaşmamaktadır. Nitekim uzmanların %12,5'lik kesiminin, yasal/mali altyapısı tanımlanmamış bu işlemlerden hukuki gerekçelerle kaçınarak defansif (savunmacı) tıp refleksleri geliştirdiği ve bu durumun hizmet sunumunda tıkanmalara yol açtığı tespit edilmiştir. Saha geri bildirimlerinde sıkça vurgulanan "üstlenilen yüksek

medikolegal riskin ve ifa edilen tıbbi hizmetin mevzuatta tam ve adil bir karşılık bulması" talebi, mevcut idari ve mali zafiyetin en somut göstergesidir.

Mali adaletsizlik sadece kamu hastaneleriyle sınırlı kalmamakta, muayenehanelerde ve özel sektörde çalışan uzmanları da derinden vurmaktadır. Perinatoloji branşı, Türkiye Sigorta Birliği (TSB) ve özel sağlık sigortası şirketleri nezdinde "ayrıcalıklı ve özellikli" bir branş olarak tanımlanmamıştır. Perinatolog tarafından 45-60 dakikada yapılan, son derece detaylı bir "İleri Düzey Ayrıntılı Ultrasonografi" veya "Yüksek Riskli Gebelik Yönetimi", sigorta şirketleri tarafından kasıtlı olarak standart bir "Kadın Doğum Muayenesi" veya "Gebelik Ultrasonu" provizyon kodları üzerinden değerlendirilmektedir. Bu durum, özel sektördeki perinatologların katma değerini sıfırlamakta ve olası kazançlarının sigorta sistemi nedeniyle azalmasına yol açmaktadır.

Özel hastanelerde kadrolaşma sürecinde yan dal uzman kadrolarına yeterince ağırlık verilmemektedir. Bu sebeple perinatoloji hekimleri muayenehanede çalışmaya itilmektedir. Muayenehanesi olan hekimlerin de özel hastanelerde kadro bulunamaması nedeniyle uygun çalışma koşulları sağlanamamaktadır.

8.3. Çözüm Önerileri

TMFTP Derneği öncülüğünde, kamu ve özel sektör paydaşlarıyla koordineli olarak ivedilikle hayata geçirilmesi hedeflenen mali eylem planı üç temel ayaktan oluşmaktadır. İlk olarak, Maliye Bakanlığı ve SGK Fiyatlandırma Komisyonu nezdinde resmi müzakereler başlatılarak kapsamlı bir SUT revizyonu sağlanmalıdır. Sahadan gelen yoğun talepler doğrultusunda; fetosit işlemlerinin konsültasyon kapsamından çıkarılarak 'Özellikli Riskli Girişim' olarak tanımlanması, 3. trimester ayrıntılı fetal anomali taramaları ile Fetal Gelişim Geriliği (FGR) takipleri için radyoloji branşına benzer 'Özellikli Obstetrik Doppler ve 3D Ultrasonografi' kodlarının oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca, amniyoredüksiyon, fetal şant, radyofrekans ablasyon (RFA), fetoskopik lazer cerrahisi ve fetal kardiyak girişimler gibi spesifik uygulamalar ile anne hayatını kurtaran plasenta perkreat cerrahisi ve sezaryen histerektomi gibi majör obstetrik ameliyatlar için jinekolojik onkolojiye eşdeğer, bağımsız ve yüksek katsayılı yeni SUT kodları ihdas edilmelidir.

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

İkinci aşamada, Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme ve Teşvik Yönetmeliği'nde branşın taşıdığı yüksek medikolegal tazminat risklerini kompanse edecek bir 'Medikolegal Nitelik ve Risk Çarpanı' tanımlanmalıdır. Kurulacak adil puanlama sisteminde; anomali taramaları ve invaziv işlemlerin performansı hesaplanırken yalnızca işlem türü değil, işlemin içerdiği hukuki risk, kullanılan ileri teknoloji ve ayrılması zorunlu olan asgari poliklinik süresi (örneğin 45 dakika) ana kriter olarak alınmalıdır. Bu doğrultuda uzman teşvik puanı, bakılan hasta sayısına (niceliğe) göre değil, yönetilen vakanın komplikasyon derecesine (niteliğe) göre belirlenmeli ve branşın sürdürülebilirliği adına mevcut katsayılar asgari 3-4 katına çıkarılmalıdır.

Özel hastanelerde yan dal uzmanlarının uygun koşullarda çalışabilmesi için kadroların oluşturulması, muayenehane hekimlerinin özel hastanelerde işlem yapabilme şartlarının sağlanması gerekmektedir.

9. AKADEMİK GELİŞİM, İZOLASYON VE BİLİMSEL ÜRETİM ENGELLERİ

9.1. Anket Sonuçları

Anket verileri, perinatoloji uzmanlarının akademik üretime yönelik yüksek bir motivasyona sahip olduğunu, ancak mevcut çalışma düzeninin bu isteği karşılamakta zorlandığını göstermektedir. Katılımcıların %93,8'i akademik çalışma yapmak istediğini belirtmiştir. Buna karşın, uzmanların %46,2'si çalıştığı kurumda akademik izolasyon hissettiğini ifade ederken, eğitim ve mesleki gelişim açısından kongrelere katılım konusunda katılımcıların yarısı yeterli imkân bulamadığını belirtmiştir.

Katılımcıların açık uçlu yanıtlarında bilimsel üretimin önündeki başlıca engeller; yoğun MHRS baskısı, HBYS altyapı eksiklikleri ve bürokratik süreçler olarak öne çıkmaktadır. Özellikle tek hekim olarak çalışan veya multidisipliner destekten yoksun kalan uzmanlar; vaka tartışma ortamı, asistan desteği veya araştırma altyapısı bulamamaktan şikayetçidir. Bu durum, akademik isteğin düşük olmasından ziyade, sistemin bu potansiyeli üretime çevirecek yapısal imkânları sunmadığını kanıtlamaktadır.

9.2. Mevcut Problemler

Akademik gelişim sorunu burada yalnızca yayın sayısının azlığı anlamına gelmemektedir. Daha temel düzeyde, uzmanlık eğitimi sonrasında mesleki kimliğin önemli bir parçası olan öğrenme, üretme, tartışma ve bilgi güncelleme süreçlerinin kopması söz konusudur. Perinatoloji gibi hızla gelişen, yeni görüntüleme teknikleri, girişimsel uygulamalar ve etik tartışmalar içeren bir alanda akademik izolasyon; doğrudan hizmet kalitesini de etkiler. Çünkü akademik hayat ile klinik hayat bu branşta birbirinden bağımsız düşünülemez.

Tek hekim olarak çalışan uzmanların bilimsel konseylerden, akran geri bildiriminden ve multidisipliner tartışma ortamından yoksun kalması, zaman içinde hem mesleki yalnızlık hem de karar yükünün ağırlaşmasına neden olmaktadır. Kongreye gidemeyen, güncel literatüre erişimini aktif akademik ortamlarla besleyemeyen ve veri yönetim sistemi yetersiz olduğu için araştırma yapamayan bir uzman, zamanla yalnızca günlük hizmet üretimine sıkışır. Bu da akademik motivasyonun zayıflamasına, kurumsal aidiyetin azalmasına ve uzun vadede branşın entelektüel canlılığının kaybına yol açar. Bir başka ifadeyle, akademik izolasyon yalnızca bireysel kariyer sorunu değil; uzmanlık alanının kurumsal geleceğini tehdit eden yapısal bir sorundur.

Akademik gelişimin önündeki önemli engellerden biri de eğitim ve bilimsel etkinliklere erişimde yaşanan kısıtlılıktır. Kongre ve toplantılara fiziksel katılımın çoğu merkezde idari ve personel yetersizliği nedeniyle mümkün olmaması, hekimlerin güncel bilimsel gelişmelerden kopmasına yol açmaktadır. Bu durum özellikle çevre illerde çalışan ve tek hekim olarak görev yapan uzmanlar için daha belirgindir.

Günümüz teknolojik imkanlarına rağmen eğitim faaliyetlerinin yeterince dijitalleştirilmemiş olması da önemli bir eksikliktir. Online eğitim platformlarının, sanal vaka tartışmalarının ve uzaktan erişilebilir akademik içeriklerin sınırlı olması; akademik izolasyonu derinleştirmektedir.

9.3. Çözüm Önerileri

Perinatoloji uzmanlarına araştırma ve eğitim faaliyetleri için korumalı zaman ayrılması gereklidir. Yoğun poliklinik ve MHRS baskısı altında bilimsel üretim beklenmesi gerçekçi değildir. Hekimlerin bu üretimleri gerçekleştirmesi için gerekli teşviklerin sunulması ve bireysel olarak bu çalışmalara vakit ayırabileceği bir çalışma takvimi sunulmalıdır.

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

İkinci olarak, tek hekim çalışan merkezler için bölgesel akademik ağlar kurulmalı; vaka konseyleri, çevrim içi toplantılar, ortak veri tabanları ve çok merkezli çalışma grupları teşvik edilmelidir. Böylece uzmanların yalnızlık hissi azaltılabilir ve akademik üretim daha kolektif bir zemine taşınabilir.

Üçüncü olarak, kongre ve toplantı katılımı kurumsal inisiyatiften çıkarılıp tanımlı bir hak haline getirilmelidir. Özellikle yılda belirli sayıda bilimsel toplantı için izin ve yer değişimi mekanizması standardize edilmelidir. Bu haklar, bulundukları merkezlerden bağımsız olarak ülke çapında tüm perinatoloji uzmanlarına sunulabilmelidir.

Dördüncü olarak, HBYS ve veri arşivleme sistemleri akademik kullanım açısından iyileştirilmeli; geriye dönük veri çekimi, sınıflama ve analiz süreçleri kolaylaştırılmalıdır. Son olarak, dernek bünyesinde araştırma metodolojisi, çok merkezli çalışma tasarımı, veri tabanı oluşturma ve etik süreç yönetimi konusunda destek yapıları kurulmalıdır. Böylece sahadaki akademik istek, somut üretime dönüşebilecek kurumsal zemine kavuşabilir.

Buna ek olarak, eğitim ve akademik gelişim olanaklarının erişilebilirliği artırılmalıdır. Ulusal ve uluslararası kongrelere katılım desteklenmeli, bu katılım kurumsal hak olarak tanımlanmalıdır. Bununla birlikte, fiziksel katılımın mümkün olmadığı durumlar için güçlü online eğitim altyapıları oluşturulmalıdır. Ulusal düzeyde sürdürülebilir bir dijital akademik platform kurulması; canlı vaka tartışmaları, webinarlar, kayıtlı eğitim modülleri ve çok merkezli veri paylaşım sistemlerini içermelidir. Bu sayede coğrafi kısıtlılıklar ortadan kaldırılarak tüm perinatoloji uzmanlarının eşit akademik erişim imkanı sağlanabilir.

10. KRONİK MESLEKİ YIPRANMA, KURUMSAL BAĞLILIK ZAFİYETİ VE STRATEJİK İNSAN KAYNAĞININ İSTİHDAM SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ SORUNU

10.1. Anket Sonuçları

Anket verileri, perinatoloji uzmanları arasında dikkate değer bir psikososyal yorgunluk olduğunu göstermekle birlikte, idari zorluklara rağmen mesleki bağlılığın genel olarak korunduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların %48,2'si "İşim beni duygusal olarak tüketiyor" önermesine yüksek

düzeyde (4 ve 5 tam puan) katıldığını belirtirken; "Sabah işe gitmekte zorlanıyorum" diyerek mesleki motivasyon kaybı bildirenlerin oranı %38,3 olarak kaydedilmiştir. Bununla birlikte, uzmanların mesleki tatmin algısı homojen bir dağılım göstermemiş; mesleki tatmininin yüksek olduğunu (4 ve 5 puan) belirtenlerin oranı %34,4 iken, tatmin düzeyinin düşük olduğunu (1 ve 2 puan) ifade edenlerin oranı %32,1 olmuştur.

Yaşanan bu stres ve yorgunluk tablosuna rağmen, görev başındaki hekimlerin çoğunluğu olan %60,7'si son bir yıl içerisinde istifa etmeyi düşünmediğini belirterek kamu hizmetine devam etme iradesi göstermiştir. İstifayı bir kez veya birden fazla kez düşünenlerin toplam oranı ise %39,3 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde, "Bugünkü koşullar altında perinatoloji yan dalını tekrar seçer miydiniz?" sorusuna katılımcıların büyük bir çoğunluğu olan %65,1'i "Evet" yanıtını vermiştir. Bu veriler, hekimlerin branşlarına duydukları mesleki aidiyetin güçlü olduğunu; ancak yandalı tekrar seçmeyeceğini belirten %34,9'luk kesimin, sistemdeki yapısal sorunların yarattığı tahribatın acil eylem gerektiren bir boyutta olduğuna işaret ettiğini göstermektedir.

10.2. Mevcut Problemler

Perinatoloji uzmanlarının kamu sağlık tesislerinde karşılaştığı kronik altyapı yetersizlikleri, medikolegal risklerin yarattığı idari yük, görev tanımı belirsizlikleri ve mali mevzuattaki eksiklikler; kamu sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini tehdit eden yapısal bir sorun haline gelmiştir. Devletin asgari 15 yıllık kesintisiz eğitim yatırımıyla tesis ettiği bu nitelikli beşerî sermaye; mevcut sistemin nitelikten ziyade nicelik (hasta sayısı) odaklı hizmet sunum modeli neticesinde mesleki bir strese maruz kalmaktadır. Anket verileri, her ne kadar uzmanların çoğunluğu kurumlarına ve mesleklerine bağlılıklarını sürdürse de, sahadaki hekimlerin yaklaşık yarısının (%48,2) duygusal tükenmişlik yaşadığını somut verilerle ortaya koymaktadır.

Tıbbi hata payının asgari düzeyde beklendiği ve medikolegal sorumluluk riskinin en üst seviyede seyrettiği perinatoloji branşında, hekimler asli misyonları olan 'riskli gebe ve fetus sağlığının korunmasına' odaklanmakta zorlanmaktadır. Standart dışı randevu periyotları, malpraktis kaygıları ve yetki tanımı dışı uygulamalar, doğrudan

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

hasta güvenliğini riske atan bir 'karar verme yorgunluğuna' yol açmaktadır.

Mevcut sağlık yönetim sisteminin salt niceliksel hedefleri önceleyen yapısı, ifa edilen nitelikli tıbbi hizmetin mali mevzuatta hak ettiği karşılığı bulamaması ile birleştiğinde; sistemdeki mesleki tatminsizlik artmaktadır. Uzmanların %39,3'ünün son 1 yıllık periyotta kamu hizmetinden istifa etmeyi düşünmüş olması ve üçte birinden fazlasının (%34,9) branşı tekrar seçmeyeceğini beyan etmesi, Sağlık Bakanlığının stratejik insan kaynağı planlaması bağlamında ciddiye alınması gereken bir uyarı sinyalidir. Çalışma koşulları ve özlük hakları ivedilikle iyileştirilmediği takdirde, artan mesleki yıpranma oranları gelecekte Yan dal Uzmanlık Sınavı (YDUS) kontenjanlarına olan ilgiyi azaltabilir; bu da Devletin "Maternal ve Fetal Mortalite/Morbidite Hızlarının Düşürülmesi" hedefine ulaşmasını yapısal olarak sekteye uğratabilir.

10.3. Çözüm Önerileri

Nitelikli tıp uzmanlarının kariyer projeksiyonlarını güvence altına alarak kamu sağlık sistemi içerisinde kalmalarını sağlamak ve mesleki tükenmişliğin önüne geçmek amacıyla, idarenin ivedilikle yürürlüğe koyması gereken stratejik ve yasal adımlar üç temel eksende toplanmaktadır.

Hekimlerin tükenmişliğini ve malpraktis riskini artıran zamansal kısıtlılık sorunu çözüme kavuşturulmalıdır. İleri düzey fetal anomali taramaları ve özellikle işlemler için MHRS randevu aralıkları hastane idarelerinin inisiyatifine bırakılmamalı; Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı tarafından uluslararası kılavuzların öngördüğü asgari standartlara (**30-45 dakika**) sabitlenmelidir. Ayrıca, perinatoloji uzmanlarının TUKMOS müfredatında yer almayan genel obstetri icaplarına, acil nöbetlerine veya branş dışı poliklinik hizmetlerine dahil edilmesinin önüne geçecek kesin mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır.

İstifa eğilimlerinin kökeninde yatan sistem karşısında yalnız bırakılma ve hukuki güvensizlik hissi giderilmelidir. TMFTP Derneği ve Sağlık Bakanlığı Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinasyonunda; malpraktis iddiaları karşısında hekimlere önleyici hukuki danışmanlık ve kurumsal bilirkşi desteği sunacak '**Mesleki Himaye ve Kriz Yönetim Komisyonları**' oluşturulmalıdır. Ek olarak, maternal veya fetal kayıpla sonuçlanan

travmatik süreçlerin ardından hekimlerin yaşayabileceği stresi yönetebilmek adına, ilgili uzmanlara 'Psikososyal Rehabilitasyon ve İdari İzin' hakkı tanımlanmalıdır.

Özellikle perifer hastanelerde tek hekim statüsünde çalışan uzmanların güncel literatürden uzaklaşarak mesleki izolasyon yaşamasını önlemek idarenin temel sorumluluklarındandır. Uzmanların ulusal/uluslararası bilimsel kongrelere ve Sürekli Tıp Eğitimlerine (STE) katılımları, personel eksikliği gerekçelerine bağlı kalmaksızın yasal bir hak olarak güvence altına alınmalıdır. Dahası, başta Eğitim Araştırma ve Şehir Hastaneleri olmak üzere kamu bünyesindeki perinatologların haftalık mesai çizelgelerine; bilimsel araştırma ve veri analizi yapabilmelerine olanak tanıyan, poliklinik hizmetinden muaf tutulmuş '**Akademik Gelişim Süreleri**' entegre edilmelidir.

11. SONUÇ VE BİLDİRGE

Perinatoloji; yüksek riskli hasta grubuna hizmet veren, anne ve fetus hayatını doğrudan ilgilendiren kritik kararların alındığı ve modern tıbbın en ileri düzey girişimlerinin uygulandığı özellikli bir bilim dalıdır.

Çalışma Grubu tarafından derlenen anket verileri ve sahadan gelen geri bildirimler; mevcut sağlık sistemi içerisinde perinatoloji branşının ciddi bir hukuki, mali ve psikososyal yük altında bırakıldığını açıkça göstermektedir. Gelineen noktada yan dal uzmanları, kendi spesifik mesleki alanlarında hizmet üretmekten ziyade; ana dalın eksikliklerini telafi eden ve tüm malpraktis riskini tek başına üstlenmek zorunda bırakılan bir konumda çalışmaya itilmektedir.

Bu bağlamda öngörülen eylem planlarının (görev tanımlarının netleştirilmesi, alınan riskle orantılı mali hakların tesisi, asgari donanım standartlarının sağlanması ve MHRS sürelerinin uluslararası normlara çekilmesi) hayata geçirilmesi; yalnızca perinatoloji hekimlerinin bir özlük hakkı talebi değil, aynı zamanda ülkemizdeki her gebenin nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti alabilmesini temin edecek ertelenemez bir kamu sorumluluğudur.

İlgili tüm karar alıcı makamları (Sağlık Bakanlığı, SGK ve Tıpta Uzmanlık Kurulu), sahadan yükselen bu haklı ve rasyonel talepleri dikkate almaya; Türkiye'de perinatoloji branşının sürdürülebilirliğini

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

güvence altına alacak yasal ve idari adımları acilen hayata geçirmeye davet ediyoruz.

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Perinatoloji Özlük Hakları Çalışma Grubu tarafından hazırlanmıştır. Temmuz 2026.

Dr. Şükran Doğru
Dr. Erdem Fadıloğlu
Dr. Ezgi Bilicen
Dr. Yusuf Dal