TC
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

# 2015-2016" YILLARI ARASINDA ADLİ TIP ANABİLİM DALINDA "ÇALIŞMA GÜCÜ VE MESLEKTE KAZANMA GÜCÜ KAYBI ORANI TESPİT İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ CETVELLERİ" KULLANILARAK DÜZENLENMİŞ "İŞ GÜCÜ KAYBI (MALULİYET)" KONULU RAPOR SONUÇLARININ "ÖZÜRLÜLÜK ÖLÇÜTÜ, SINIFLANDIRMASI VE ÖZÜRLÜLERE VERİLECEK SAĞLIK KURULU RAPORLARI HAKKINDA YÖNETMELİĞİNDEKİ ÖZÜR ORANLARI CETVELİ" İLE KARŞILAŞTIRILMASI

**Dr. İbrahim EROĞLU**

**UZMANLIK TEZİ**
**ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı**
**Yrd. Doç. Dr. Ahmet KÜPELİ**

**ISPARTA - 2017**

# TEŞEKKÜR

Asistanlığım ve tez çalışma sürecinde bilgi birikimi ve deneyimleri ile bana destek olan tez danışmanı hocam Yrd. Doç. Dr. Ahmet KÜPELİ'ye ve tez çalışmam boyunca fikirlerinden sürekli faydalandığım, uzmanlık eğitimim süresince de kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Yrd. Doç. Dr. Mustafa DEMİRER'e, uzmanlık eğitimim süresince de kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Prof Dr. Çetin Lütfi BAYDAR'a,

Tez jürimde yer alarak beni onurlandıran Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ hocama,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgisi, deneyimi, alçakgönüllülüğü, hoşgörüsü ve sonsuz sabrı ile bana yol göstererek hekimliğe ve hayata bakış açımı değiştiren çok değerli hocam Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR'a,

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım çalışma arkadaşlarım; Uzm. Dr. Abdulkadir YILDIZ, Uzm. Dr. Özgür Rıza KAYĞUSUZ, Dr. Muhammet ÖZBOSTAN, Dr. Sedat SEVİÇİN, Dr. İmran Bilgehan DUMAN, Dr. Özge ERDOĞMUŞ ERDEM, Dr. İbrahim DEMİR, Dr. Abbas ATALAY, Dr, Selin ÇABUK, Dr. Gökhan FİDANCI, Ayşe KIZILKAYA, Hatice KAYA, Nurdan YÜCEER, Buse Büşra KINCI, Ayşegül TAŞTEKİN ve Yetiş ACAROĞLU'na,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan babama, anneme ve kardeşlerime, kayın validem ve kayın babama, tez hazırlama aşamasında yaptığı lezzetli yemekler ve yeğenleri ile ilgilenerek anne ve babasının yerini artmayan kardeşim Arif ÖZYAY'a

Tez hazırlama aşamasında bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, beni hiç yalnız bırakmayan, yoğun çalışma tempom sırasında anlayış ve sabır göstererek bana güç veren sevgili eşim Uzm. Dr. Funda ÖZYAY EROĞLU'na ve Oğlum Melih Eren ve kızım Melis Ebrar'a teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. İbrahim EROĞLU**

# İÇİNDEKİLER

**TEŞEKKÜR** ..... **i**
**İÇİNDEKİLER** ..... **ii**
**KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ** ..... **v**
**TABLO DİZİNİ** ..... **vi**
**ŞEKİL DİZİNİ** ..... **vii**
**1. GİRİŞ ve AMAÇ** ..... **1**
**2. GENEL BİLGİLER** ..... **3**
2.1 Sosyal Güvenlik Kavramı ..... 3
2.2 Tarihçe ..... 3
2.2.1 Dünyada Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihçesi ..... 3
2.2.2 Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihçesi ..... 4
2.3 Tanımlamalar ..... 9
2.4 Maluliyet Kavramı İle İlişkili Yasal Düzenlemeler ..... 13
2.4.1 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ..... 13
2.4.2 Sosyal Güvenlik Kurumu Kurum Sağlık Kurulları Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları (19) ..... 16
2.4.3 Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (20) ..... 18
2.4.4. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarihi 03.08.2013) (5) ..... 18
2.4.4.1 Malul sayılmaya ilişkin usul ve esasları; ..... 19
2.4.4.2 Başka birinin sürekli bakımına muhtaç olma halleri ..... 20
2.4.4.3 Yaşlılık sigortası kapsamında çalışma gücü kaybı oranlarının tespiti; ..... 21
2.4.4.4.Yönetmelik ile yürürlükten kaldırılan hükümler; ..... 21
2.4.5 Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarihi 11.10.2008) (4) ..... 21
2.4.6 Vazife Malullüklerinin Nevileri ile Dereceleri Hakkında Nizamname (21) ..... 22
2.4.7 Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik (22) ..... 23
2.4.8 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu (23) ..... 23
2.4.9 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu (24) ..... 23

2.4.10 Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları (25) ..... 24
2.4.11 Adli Tıp Kurumu Kanunu (26) ..... 25
2.4.12. 2659 sayılı Adli Tıp ve Bilirkişilik ..... 25
2.4.13 Adli Tıp Açısından Maluliyet ..... 25
2.4.13.1 İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonucu Maluliyet ..... 30
2.4.13.2 Trafik Kazası Sonucu Maluliyet ..... 31
2.4.13.3 İş Kazası ve Meslek Hastalıkları ile Trafik Kazaları Dışındaki Durumlarda Maluliyet ..... 32
2.4.13.4 Maluliyet Oranı Hesaplanması (4) ..... 32
2.4.14 Geçici İş Göremezlik ..... 36
2.4.15 Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik (6) ..... 37
2.4.15.1 Özürlü sağlık kurulu raporu düzenlenmesi (6) ..... 38
2.4.15.2 Özür Oranı Cetveli (6) ..... 38
2.4.15.3 Özürlü sağlık kurulu raporunun kullanıldığı yerler (15). ..... 40
2.4.16 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları ile Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik (41) ..... 41
2.5 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu Gereği Yaptırılması Zorunlu Sigortalar (42); ..... 41
2.6 ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ve ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ..... 42
2.7 Maluliyet ile ilişkili çalışmalar ..... 44
**3. MATERYAL METOD ..... 47**
3.1 Yasal İzinler ..... 47
3.2 Çalışma Grubunun Oluşturulması ..... 47
3.3 Veri Toplama Araçları ..... 47
3.4 İstatistiksel Analiz ..... 47
**4. BULGULAR ..... 49**
4.1 Sosyodemografik verilerin incelenmesi ..... 49
4.2 Arızaların değerlendirilmesi ..... 51
4.3 Arızaların D cetveline göre değerlendirilmesi ..... 52
4.4 Arızaların “Özür Oranları Cetveli”ne göre değerlendirilmesi ..... 54

4.5 Arızaların "Özür Oranları Cetveline" göre hesaplanan oranları ile D cetveline göre hesaplanan maluliyet oranlarının karşılaştırılması ..... 54

4.6 Maluliyet saptanan olgularda D ve E cetvellerine göre hesaplanan total maluliyet oranları ile Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranlarının incelenmesi. ..... 56

4.7 Olguların Geçici İş Göremezlik Sürelerinin İncelenmesi ..... 58

**5. TARTIŞMA ..... 60**

**6. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 76**

**ÖZET ..... 79**

**SUMMARY .....** Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

**KAYNAKLAR ..... 81**

## KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ

| | |
|---|---|
| **Ark.** | **:** Arkadaşları |
| **ATK** | **:** Adli Tıp Kurumu |
| **BM** | **:** Birleşmiş Milletler |
| **DSÖ** | **:** Dünya Sağlık Örgütü |
| **EHA** | **:**Eklem Hareket Açıklığı |
| **FTR** | **:**Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon |
| **ICD** | **:** International Statistical Classification of Diseases |
| **ICIDH** | **:** International Classifisation of Impairments, Disabilities and Handicaps, |
| **ICF** | **:** International Classification of Functioning, Disability and Health |
| **ILO** | **:** International Labour Organization |
| **KBB** | **:**Kulak Burun Boğaz Hastalıkları |
| **Maks.** | **:** Maksimum |
| **Min.** | **:** Minimum |
| **Ort.** | **:** Ortalama |
| **RG** | **:** Resmi Gazete |
| **SGK** | **:** Sosyal Güvenlik Kurumu |
| **SS** | **:** Standart sapma |
| **TÜİK** | **:** Türkiye İstatistik Kurumu |
| **A Cetveli** | **:**Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinden A Cetveli |
| **B Cetveli** | **:** Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinden B Cetveli |
| **C Cetveli** | **:** Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinden C Cetveli |
| **D Cetveli** | **:** Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinden D Cetveli |
| **E Cetveli** | **:** Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinden E Cetveli |

## TABLO DİZİNİ

**Tablo 1.** Türkiye'de yıllara göre trafik kazası, ölü ve yaralı sayısı (36, 37). ..... 30
**Tablo 2.** Olgu grubunun yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırılması. ..... 49
**Tablo 3**. Konsültasyon istenen klinikler ..... 51
**Tablo 4.** Maluliyet varlığının cinsiyetler açısından karşılaştırılması. ..... 51
**Tablo 5.** Maluliyet saptanan olguların arıza sayılarına göre dağılımı. ..... 52
**Tablo 6.** D cetveline ile hesaplanan arıza oranlarının incelenmesi. ..... 53
**Tablo 7.** D cetveline göre hesaplanan arızalardaki takdir dağılımı. ..... 54
**Tablo 8.** Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan oranlarının incelenmesi. ..... 54
**Tablo 9.** D cetveli ve "Özür Oranları Cetveli"ne göre hesaplanan oranların karşılaştırılması. ..... 55
**Tablo 10.** D cetveline göre takdir uygulanan ve uygulanmayan arızaların D cetveli ve Özür Oranları Cetveli ile hesaplanan oranlarının karşılaştırılması. ..... 56
**Tablo 11.** Maluliyet saptanan olgularda D ve E cetvelleri ile Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total maluliyet oranlarının incelenmesi. ..... 57
**Tablo 12.** D ve E cetvelleri ile Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranların cinsiyetler açısından karşılaştırılması. ..... 57
**Tablo 13.** D - E cetveli ve Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranların karşılaştırılması. ..... 57
**Tablo 14.** Arıza sayısı bir olan olguların (n:26) Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranları ile D ve E cetvellerine göre hesaplanan total oranları karşılaştırılması. ..... 58
**Tablo 15.** Birden fazla arızası olan olguların (n:23) Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranları ile D ve E cetvellerine göre hesaplanan total oranları karşılaştırılması ..... 58
**Tablo 16.** Geçici iş göremezlik sürelerinin maluliyet durumuna göre karşılaştırılması. ..... 59
**Tablo 17.** Özür Oranları Cetveli ile A cetveli başlıkları (4, 6). ..... 66
**Tablo 18.** Özür Oranları Cetvelinin alt ekstremiteye ait "Değerlendirme yöntemlerinin kombinasyonu kılavuzu." (6) ..... 71
**Tablo 19.** Maluliyet Raporları ve Özürlü Sağlık Kurulu Raporları arasındaki farklar (43). ..... 75

## ŞEKİL DİZİNİ

**Şekil 1.** SGK'nın yıllara göre iş kazaları sayısı (33). ..... 28
**Şekil 2.** SGK'nın yıllara göre meslek hastalıkları sayısı (33). ..... 29
**Şekil 3.** ICF Bileşenleri Arasındaki Etkileşim (15). ..... 44
**Şekil 4.** Adli Makamlarca Kullanılan Terminolojiler. ..... 50
**Şekil 5.** Maluliyet Başvurusu ile İlişkili Olaylar. ..... 50
**Şekil 6.** Arızaların Dağılımı. ..... 52
**Şekil 7.** Tüm arızalarda uygulanan takdir dağılımı. ..... 53
**Şekil 8.** Gabrielli Formülü (54) ..... 74

# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Adli Tıbba göre maluliyet; vücutta meydana gelen ya da getirilen yaralanmaların veya kişilerin çalıştıkları meslek ile ilgili fiziksel ve kimyasal etkenlere bağlı olarak meydana gelen rahatsızlıkların iyileşme döneminden sonra, olaya bağlı sekel halindeki arızaların, kişinin mesleği ve yaşı göz önüne alınarak değerlendirilmesidir (1).

Kişiler haksız fiil sonucu yaralanma nedeniyle oluşan zararları ya da sakatlıkları için tazminat davaları açabilmekte ve bu davalarda Adli Makamlarca adli tıp uzmanlarından bilirkişi raporu istenebilmektedir (2).

Ülkemiz yasal mevzuatında maluliyet oranlarının hesaplamasında; 22 Haziran 1972 Resmi Gazete tarihli "Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü", 11 Ekim 2008 Resmi Gazete tarihli "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" ve 3 Ağustos 2013 Resmi Gazete tarihli "Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği" kullanılmakta olup olay tarihinde yürürlükte olan ilgili yasal mevzuat esas alınmaktadır (3-5).

Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri arıza listesi (A), meslek grupları (B), iş göremezlik simgesi (C), 38-39 yaşa göre oran (D) ve yaşa göre oranların (E) belirlendiği beş cetvelden oluşmaktadır. Maluliyet hesaplaması anatomik ve fonksiyon kaybının niteliğine göre ilgili yönetmelik ve eklerinde belirtilen tanımlamalar doğrultusunda yapılmaktadır. Birden fazla arıza olması durumunda oranların toplanmasında Balthazard formülü uygulanmaktadır (3, 4).

Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerine göre yapılan değerlendirmelerde, anatomik veya fonksiyon kayıp patolojilerin ilgili A cetvelinde belirtilen arızaya göre daha hafif/ağır olması veya birebir karşılığı olmaması durumunda listede yer alan en yakın arıza belirlenerek arızanın niteliğine göre açıklama yapılmakta ve D cetveli ile hesaplanan "38-39 yaş için maluliyet oranında" takdir uygulanarak belli oranlarda azaltma/artırma yapılmaktadır. Ayrıca yönetmelikte kişinin mesleğine karşılık gelen meslek grup numarasının bulunamadığı durumlarda kişinin mesleğine en yakın meslek grubu seçilerek değerlendirme yapılması belirtilmektedir (1, 3, 4).

Maluliyet oranı hesaplanan kişinin başka bir olaydan veya doğuştan ileri gelmiş herhangi bir arızasının mevcut olduğu durumlarda fark hesaplaması uygulanmakta (4) ancak yönetmelik ile düzenlenmiş olan fark hesaplamasında olay öncesindeki çalışma kapasitesi ise dikkate alınmamaktadır.

Ülkemizde anatomik veya fonksiyon kayıplarının değerlendirildiği özür oranlarının tespitinde kullanılan diğer bir sınıflandırma sistemi ise "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamındaki "Özür Oranları Cetveli"dir. Bu cetvel organ veya vücut sistemlerine göre gruplandırılmış 15 başlıktan oluşmaktadır. Bu cetveldeki hesaplamalar anatomik ve fonksiyon kaybının niteliğine göre ilgili başlıklar altında yer alan yönlendirmeler doğrultusunda yapılmaktadır. Birden fazla özür bulunması durumunda oranların toplanmasında Balthazard formülü uygulanmaktadır (6).

Bu çalışmada; maluliyet raporu düzenlenmesi istemi ile başvuran olguların "Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri" kullanılarak hazırlanmış maluliyet raporları değerlendirilmesi ve "Özür Oranları Cetveli" ile tekrar hesaplanarak maluliyet oranları ve özür oranları karşılaştırılması, yürürlükte olan yönetmelik kapsamındaki cetvellerin eksiklikleri vurgulanması ve bu eksikliklere bağlı olarak bilirkişilerin karşılaştıkları sorunlar değerlendirilerek çalışmamız ile uluslararası nitelikte yeni bir düzenleme yapılması gerektiğine dikkat çekmek ve yapılacak olan yeni düzenlemeye rehberlik etmek amaçlanmıştır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1 Sosyal Güvenlik Kavramı

Sosyal güvenlik kavramı için literatürde farklı tanımlamalar yapılmakla birlikte en geniş haliyle; zamandan ve mekandan bağımsız olarak her toplumda ve bütün insanlar için temel ve vazgeçilmez insan haklarından biri olup, insanların istekleri ve iradeleri dışında oluşan tehlikelerin zararlarından korunma garantisini ifade etmektedir. Bu tanımlamaya göre sosyal güvenlik; sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve sosyal sigortalardan oluşan bir bütündür (7). 10 Aralık 1948 tarihli, Birleşmiş Milletler (BM) İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 22-25. maddelerine göre; herkesin sosyal güvenliğe sahip olma hakkı vardır. Sosyal güvenlik; "işsizlik, hastalık, maluliyet, dul ve yetimlik, yaşlılık ve kişinin kendi iradesi dışında meydana gelen her türlü geçim sıkıntısına karşı güvenlik içinde olmaktır" (8).

## 2.2 Tarihçe

### 2.2.1 Dünyada Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihçesi

Sanayi devrimi öncesi toplumlarda sosyal güvenlik fonksiyonu; yardım sandıkları, aile içi transferler ve dinsel nitelikli kurumlar tarafından yerine getiriliyordu. Sanayi devrimi, bu alanda yeni bir bakış açısı getirmiştir. Söz konusu dönem içinde işçilerin kötü çalışma koşulları devletlerin sosyal politika alanında da bir takım koruyucu düzenlemeler yapmalarını zorunlu kılmıştır (9).

Bugünkü anlamda sosyal güvenlik sistemi 19. yüzyılın sonlarına doğru gerçekleşmiştir. İlk kez Alman devlet adamı Bismarck, finansmanının işçi ve işveren primleri yanında devlet katkılarıyla sağlandığı bir sosyal sigorta sistemi oluşturarak önemli bir çalışmaya imza atmıştır. Bu çerçevede, Almanya'da uygulanan sosyal sigortalar, başlangıçta hastalık (1883), iş kazası (1884), sakatlık ve yaşlılık (1889) sigortalarını kapsamıştır (9).

İngiltere'de ise sosyal güvenlik sistemi, 1942 yılında yayımlanan ve sosyal güvenliğin finansmanının vergi gelirleriyle sağlanmasını öngören "Beveridge Raporu"

ile yepyeni boyutlar kazanmış ve çağdaş sosyal güvenlik düşüncesinin oluşumuna büyük katkılarda bulunmuştur (9).

Sosyal güvenlik kavramı ilk olarak 1935 tarihli Amerikan Sosyal Güvenlik Kanununda yer almıştır. Kavram, daha sonra 1941 tarihli Atlantik Paktı Sözleşmesinde ve 1944 tarihli Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization - ILO) Philedelphia Konferansında kullanılmıştır. Ayrıca İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 22 ve 25. maddelerinde sosyal güvenlik, temel haklardan biri olarak sayılmaktadır. ILO'da 1952 tarihli ve Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkındaki 102 sayılı sözleşmesinde en geniş şekilde sosyal güvenlik kavramına yer vermiş ve bu alandaki temel düzenlemeyi yapmıştır (9).

### 2.2.2 Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihçesi

Türk tarihindeki sosyal güvenlik uygulamaları Orta Asya, Anadolu Selçuklu, Osmanlı ve Cumhuriyet Dönemi olarak ele alınabilir.

Orta Asya Döneminde, Eski Türklerde aile bağları güçlü olduğu için aile içi yardımlaşmalar önemli bir sosyal yardım olarak ön plana çıkarken, yerleşik hayata geçişle birlikte daha sağlam temellere dayalı olarak oluşturulan ve iyilik, dayanışma, yardım için tesis edilen vakıf kurumları diğer bir sosyal yardım anlayışı olarak ortaya çıkmıştır (9).

Anadolu Selçuklu Döneminde halk göçebe, köylü ve şehirli olmak üzere üç gruba ayrılmış; göçebe Türkmenler hayvancılıkla, köylüler hayvancılık ve tarımla, şehirliler ise ticaret ve zanaatla uğraşmışlardır. Şehirlerde ticaretle uğraşanlar tarafından Ahi Teşkilatları ile bu teşkilat içinde zanaatkarların iş kollarına göre loncaları kurulmuş, zanaatkarlar arasındaki güçlü bağ ve dayanışma ile de sosyal yardım amaçlı vakıf kurumları tesis edilmiş, devlet malı olarak kabul edilen ve miri arazi olarak adlandırılan topraklardan vakıf arazisi olarak ayrılanlardan elde edilen gelirler (tesis edilen bu sosyal hizmet) dayanışma ve yardım kurumlarının giderlerine tahsis edilmiştir (9).

Ekonomik ve sosyal teşkilatlanması Anadolu Selçuklu Devleti'nin bir devamı niteliğinde olan Osmanlı Devletinde sosyal güvenlik anlamında ilk örgütlenme, 13.

yüzyılda önce Ahilik (esnaf, zanaatkar, çiftçi vb. bütün çalışma kollarını içine alan ocak), sonra Gedik (hak, imtiyaz) – Lonca (belli bir iş kolunda usta, kalfa ve çırakları içine alan dernek) teşkilatı adı altında ortaya çıkmış ve 18. yüzyıla kadar etkinliğini hissettirmiştir. 18. yüzyılda ise Osmanlılarda sosyal güvenlik daha bir kurumsallık kazanmış ve ilk kez bu yüzyılda sosyal yardım amaçlı vergi toplanmaya başlanmıştır (9).

Osmanlı Devletinde sanayileşme hareketleri ve işçi sınıfının doğuşu Avrupa'ya oranla çok geç başladığından Türkler modern anlamda bir sosyal güvenlik sistemine oldukça geç kavuşmuşlardır(9).

19. yüzyılda Darülaceze (düşkünler yurdu), Darüşşafaka (yoksul, öksüz ve yetimler için okul) gibi kurumların kurulmaya başlamasıyla birlikte Loncaların yardımlaşma sandıkları yıkılmaya yüz tutmuş, yine de yüzyılın sonuna kadar varlıklarını sürdürmüşlerdir (9).

Osmanlıda tekaüt (emekli) ve teavün (yardımlaşma) sandıkları ile Tanzimat sonrasında işçilerle ilgili sınırlı kapsamlı toplumsal politika düzenlemelerinin yer aldığı 1865 tarihli Dilaver Paşa Nizamnamesi sosyal güvenlik alanında oluşturulan önemli düzenlemelerdendir.6Ayrıca, 1866 tarihinde Askeri Tekaüt Sandığı ve 1881 tarihinde Sivil Memurlar Emekli Sandığı kurulmuştur (9).

Diğer taraftan, 1876 tarihli Kanun-i Esasi ve 1908'de tekrar yürürlüğe giren Kanun-i Esasinin getirmiş olduğu en önemli yenilik ve düzenlemeler temel hak ve hürriyetlere ilişkin olmasına rağmen, adı geçen kanunlarda ekonomik ve sosyal haklara değinilmemiştir (9).

1921 yılında 151 sayılı Ereğli Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun ile kurulan Amele Birliği, ülkemizin kanun ile kurulan ve üyeliği zorunlu olan ilk sosyal güvenlik kuruluşudur (9).

Yeni devletin ilk Anayasası olan 1921 tarihli Teşkilatı Esasiye Kanunu devletin içinde bulunduğu dönemin ekonomik, sosyal ve siyasi durumu nedeniyle hak ve özgürlüklere yer verememiştir. 1924 Anayasasında ise temel hak ve hürriyetlerden

kişinin hak ve özgürlükleri sıralanmış olup, diğer ekonomik ve sosyal hak ve özgürlükler ile siyasi hak ve özgürlüklerden bahsedilmemiştir (9).

Cumhuriyetin ilk yıllarında, sosyal sigortalara benzeyen fakat kişiler ve riskler açısından çok dar kapsamlı olmasına rağmen sayıca oldukça fazla olan birtakım emeklilik ve yardımlaşma sandıklarının kuruluşunu öngören kanunlar çıkarılmıştır. Bu alanda çıkarılan yasalar ve oluşturulan sandıklardan bir kısmı, 1926 tarihli ve 895 sayılı Kanunla kurulan İmalatı Harbiye Teavün ve Sigorta Sandığı, 1934'de 2454 sayılı Kanunla kurulan Devlet Demir Yolları ve Limanlar İdaresinin Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı, 1935'de kurulan Telgraf ve Telefon İdaresi Biriktirme ve Yardım Sandığı, 1935'de kurulan PTT Telgraf ve Telefon İdaresi Biriktirme ve Yardım Sandığı, 1937'de 3137 sayılı Kanunla kurulan Deniz Yolları ve Akay İşletmeleriyle Fabrika ve Havuzlar İdareleri Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı, 1937'de 3202 sayılı Kanunla kurulan TC Ziraat Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, 1938'de Emlak ve Eytam Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, TC Merkez Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, Devlet Hava Yolları Umum Müdürlüğü Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı şeklinde sıralanabilir (9).

1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile ilk kez Türkiye'de sosyal sigortaların kuruluşu ve sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler öngörülmüştür. Ancak Kanunda öngörülen sistem, İkinci Dünya Savaşının araya girmesi nedeniyle 1945 yılına kadar oluşturulamamıştır (9).

Sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk kanun, 27.06.1945 tarihli ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunudur. Bu Kanunun yürürlüğe girmesi ile İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası uygulanmaya başlamıştır. Anılan Kanuna paralel olarak 16.07.1945 tarihinde 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Bu Kanunun 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe girmesiyle İşçi Sigortaları Kurumu kurularak 1945 yılına kadar kurulan çok sayıdaki sandığın da birleştirilmesi sağlanmıştır. İşçi Sigortaları Kurumu kurulduğu yıl, ilk önce 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu kapsama alınmıştır. Sonrasında ise, 1950 yılında 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu, 1951'de 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu ve 1957'de de 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası Kanunu kabul edilmiştir (9).

Sosyal güvenlik alanında değinilen bu düzenlemelerin dışındaki en önemli gelişme, 1961 Anayasasıdır. Bu Anayasayla, “sosyal güvenlik” kavramı ilk kez çalışma hayatı ve sosyal politikalara ilişkin ana yasal terminolojiye girmiş ve sosyal güvenlikle ilgili 48. maddesine benzer hükme yürürlükteki 1982 Anayasasının “sosyal güvenlik” başlıklı 60. maddesinde de yer verilmiştir. Söz konusu maddede “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.” denilmek suretiyle, sosyal güvenlik alanında devlete önemli görevler yüklenmiştir (9).

Ülkemizde planlı kalkınma dönemine 1963 yılından itibaren başlanılmış kalkınma planlarında sosyal güvenlik; bireyleri, karşılaşılabilecek risklere karşı korumak amacıyla geliştirilen güvenceler sistemi olarak kabul edilmiştir (9).

Kalkınma planları, sosyal güvenlikle ilgili birbirine benzer hükümler taşımış; hatta günümüzde yeni ve çok önemli olarak sunulan bazı düzenlemeler uzun süreden beri kalkınma planlarında yer almıştır. Örneğin, sigortalıların özel yararları ve durumları göz önünde bulundurulmak şartı ile sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi fikrine ilk kez Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) yer verilmiş ve devletin sosyal politikası olarak kamuoyuna açıklanmıştır (9).

Tarihsel süreç içerisinde, işçi statüsünde çalışanlara ilişkin sigorta kollarına ait çeşitli kanunlara dağılmış bulunan düzenlemeler, sosyal güvenlikle ilgili özel hükümler içeren 1961 Anayasasının yürürlüğe girmesini takiben yeniden gözden geçirilerek, 17.07.1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununda birleştirilmiştir. 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren bu Kanunla, İşçi Sigortaları Kurumu, Sosyal Sigortalar Kurumu adını almış, işçi statüsünde çalışanların sosyal güvenlikleri alanında yeni haklar getirilmiştir (9).

08.06.1949 tarihinde kabul edilen ve 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanunu ile sayıları 11’i bulan mevcut emeklilik sandıkları ortadan kaldırılmış, çalışanlardan ve işverenlerden prim alınması ilkesine dayalı, modern anlamda bütüncül bir sosyal güvenlik yapısı oluşturulmuştur. Bu yapının tek elden yürütülmesi için de TC Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur (9).

Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) 02.09.1971 tarihli ve 1479 sayılı Kanun ile kurulmuş olup, Kanunun sigortalılıkla ilgili hükümleri 01.10.1972 tarihinde uygulamaya konulmuş, 01.01.1986 tarihinden itibaren de bu Kanuna tabi sigortalılara sağlık sigortası yardımları verilmeye başlanmıştır. 10.09.1977 tarihli ve 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasasıyla köy ve mahalle muhtarlarının Bağ-Kur kapsamında zorunlu sigortalı olmaları sağlanmıştır. 04.05.1979 tarihli ve 2229 sayılı Kanunla herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan Türk vatandaşlarıyla ev kadınlarına Bağ-Kur kapsamında isteğe bağlı sigortalı olma hakkı verilmiştir. Bu sigortalıların da zorunlu sigortalılarla aynı hak ve mükellefiyetlere tabi olması öngörülmüştür (9).

1983 yılında 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu kabul edilerek tarım kesiminde çalışanların sosyal güvenliklerinin sağlanmasına dönük önemli düzenlemeler yapılmıştır (9).

Ülkemizde; hizmet akdiyle çalışanların 506, kendi nam ve hesabına çalışanların 1479, devlet memuru olarak çalışanların 5434, tarımda hizmet akdiyle çalışanların 2925, tarımda kendi nam ve hesabına çalışanların 2926 sayılı kanunlara tabi olarak sosyal güvenlikleri sağlanmıştır. Diğer bir deyişle, sigortalıların sosyal güvenlik hakları 5 ayrı yasa ile düzenlenmekteydi. Ayrıca, 506 sayılı Kanunun geçici 20. maddesindeki sandıklara tabi olanlar da kendi vakıf senetlerine göre sosyal güvenliklerini sağlamaktaydı. Ancak, bu tarz bir sosyal güvenlik sistemi farklı sosyal güvenlik kanunlarına tabi olarak çalışanların hak ve yükümlülükleri arasındaki norm ve standart birliğini bozmaktaydı (9).

Söz konusu norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla sosyal güvenlik reformu yapılması gerekli görülmüştür. Bu doğrultuda, yukarıda tarihsel süreçleri özetlenen Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, TC Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığı, 20.05.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Kanunla kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği,

mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür (9).

Reform ile aynı zamanda nüfusun tamamına eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu amaçlayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması hedeflenmiştir. Bu itibarla, 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, 01.01.2007 tarihinde de yürürlüğe girmesi öngörülmüştür. Ancak 5510 sayılı Kanununun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi, kanuna ek ve değişiklik getiren mevzuatın çıkarılması gibi nedenlerle yürürlük tarihi; önce 01.07.2007 tarihine, sonra 01.01.2008 tarihine ertelenmiş ve nihayet 5510 sayılı Kanun 11.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir. 5510 sayılı Kanun ile sosyal sigortalar alanında birçok konuda norm ve standart birliği sağlanmış ve uygulamaya geçirilmiştir (9).

### 2.3 Tanımlamalar

Arapça kökenli bir kelime olan maluliyet, sağlam olmayan, hastalık ve sakatlık anlamlarına gelen "illet" sözcüğünden gelmektedir (10, 11). Sakatlık ve maluliyet birbirine benzer kavramlar olmalarına rağmen aynı anlamı ifade etmemektedirler. Maluliyet, sakatlıktan daha geniş bir kavramdır. Buna göre her maluliyet aynı zamanda bir sakatlık durumunu ifade ederken, her sakatlık maluliyet durumunu oluşturmamaktadır (11). Maluliyet kavramı hukuk dilinde, "bir kimsenin bir dış etki, hastalık veya kaza sonucunda çalışma gücünü kısmen veya tamamen yitirmesi" olarak tanımlanmaktadır (12).

**BM'den engelli tanımı:** Engellilerin İnsan Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesinde "engelli kavramı diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir." şeklinde belirtilmektedir (13).

**5378 Sayılı Özürlüler (Engelliler) Kanunu:** Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük

gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi "özürlü" olarak tanımlanmaktadır. (14)

5378 Sayılı Özürlüler (Engelliler) Kanununa Göre Engelli Sınıflaması (14):

• Görme engelliler
• İşitme engelliler
• Dil ve konuşma engelliler
• Ortopedik engelliler
• Zihinsel engelliler
• Ruhsal ve duygusal engelliler
• Kronik hastalığı olanlar
• Çoklu engelli olanlardır

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980 yılında, sakatlıkla ilgili terimleri standartlaştırmak ve ortak bir dil oluşturmak amacıyla Sakatlık, İş Göremezlik ve Engelliklerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classifisation of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH) isimli bir sınıflama sistemini ortaya koymuştur. Bu sınıflamaya göre (15, 16);

**Bozukluk – sakatlık - yetersizlik (İmpairment):** Sağlık bakımından psikolojik, anatomik (fiziksel) yapı veya fonksiyonlardaki herhangi bir kayıp/eksiklik ya da anormallik olarak tanımlanmaktadır

**Özürlülük (Disability):** Sağlık bakımından bir aktiviteyi, bir insan için normal kabul edilen tarzda ya da sınırlar içerisinde gerçekleştirme becerisinin (yetersizlikten kaynaklanan) kısıtlanması ya da yokluğudur

**Engellilik (Handicap):** Bir yetersizlik ya da özür nedeni ile kişinin yaşına, cinsiyetine ve kültürel faktörlere bağlı olarak kendisi için normal kabul edilen bir rolü yerine getirmesini engelleyen ya da kısıtlayan dezavantajdır.

2001 yılında DSÖ Sakatlık, İş Göremezlik ve Engelliliklerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classifisation of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH) isimli bir sınıflama sistemini 54. Dünya Sağlık Toplantısında ICF

(International Classification of Functioning, Disability and Health) olarak bilinen İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasına geçilmiş ve uluslararası kullanım için onaylanmıştır. Önceki haliyle "sakatlık", "yetiyitimi", ve "engel" yerine Vücut işlevleri ve Yapıları ile Etkinlikler ve Katılım terminolojisine geçilerek olumlu deneyimlerin tanımlanmasına olanak sağlayacak biçimde sınıflandırmanın çapını genişletmiş ve yeni terminolojik kavramlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu kavramlardan (15, 17):

**İşlevsellik**, vücut işlevleri, vücut yapıları, etkinlikler ve katılım için kullanılan geniş kapsamlı bir terimdir. Birey (sağlık koşulları ile birlikte) ve bireyin bağlamsal etmenleri (çevresel ve kişisel etmenler) arasındaki etkileşimin olumlu yönlerini belirtir.

**Yetiyitimi**, işlev veya yapı bozuklukları, etkinlik sınırlılıkları ve katılım kısıtlılıkları için kullanılan geniş kapsamlı bir terimdir. Birey (sağlık koşulları ile birlikte) ve bireyle bağlamsal etmenler (çevresel ve kişisel etmenler) arasındaki etkileşimin olumsuz yönlerini belirtir.

**Vücut işlevleri**, vücut sistemlerinin, psikolojik işlevleri de dahil olmak üzere, fizyolojik işlevleridir. Bu nedenle, zihinsel (veya psikolojik) işlevler, vücut işlevleri altında özetlenmiştir. Bu işlevlerin standardı insanlar için istatistiksel norm olarak düşünülür.

**Vücut yapıları**, vücudun, organlar, kollar ve bacaklar ve bunların bileşenleri gibi vücut sistemlerine göre sınıflandırılan yapısal ve anatomik kısımlarıdır. Bu yapıların standardı insanlar için istatistiksel norm olarak düşünülür.

**İşlev veya yapı bozukluğu,** vücut yapısı veya fizyolojik işlevlerindeki (zihinsel işlevler de dahil) kayıp veya anormalliktir. Burada anormallik, kesin olarak saptanmış istatistiksel normlardan önemli ölçüde farklılığı belirtmek için kullanılmaktadır (örneğin ölçülen standart normlar içinde örneklem ortalamasından farklılaşma) ve sadece bu anlamda kullanılmalıdır.

**Etkinlik**, bir görev veya eylemin, kişi tarafından yerine getirilmesidir. İşlevselliğin birey boyutunu tanımlar.

**Etkinlik sınırlılığı**, etkinlikleri yerine getirirken kişinin yaşayabileceği zorluklardır. Bir etkinliğin sınırlılığı, etkinliği yerine getirmede nitelik ve nicelik açısından ve de sağlık sorunu olmayan kişilerden beklenen biçim ya da dereceye kıyasla çok hafif ile çok ciddi farklılaşma arasında seyredebilir.

**Katılım**, yaşamın içinde olmaktır. İşlevselliğin toplumsal boyutunu temsil eder.

**Katılım kısıtlılıkları**, yaşam durumlarının içinde kişinin karşılaşabileceği problemlerdir. Bir kişide katılım kısıtlılığı olup olmadığına, aynı kültür veya toplumda yaşayan ve yetiyitimi olmayan birinden beklenilen katılımla karşılaştırma yapılarak karar verilir.

**2013 tarih "Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği"ne göre Maluliyet:** Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) [(a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar, b) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar] bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını, (c) [Kamu idareleri] bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybetme hali (5).

**Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre Malul:** Usulüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu, 4. maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı (18).

**Halk Sağlığı Sözlüğü'ne Göre Yapılan Tanımlamalar;**

**Sakatlık (impairment):** İnsanda bulunabilen bedensel ya da düşünsel kaynaklı her türlü eksiklik ve bozukluklardır. Bu bozukluklar hiçbir işlevsel kısıtlamaya neden

olmayacak kadar önemsiz olabileceği gibi kişinin işlevlerini sınırlayıcı da olabilir. Ortaya çıkan bu duruma "iş görmezlik" denir (15).

**Engelli Kişi (handicapped):** Kişiyi kendi işinde mesleğini yapamaz duruma getiren sakatlıktır. Örneğin; eli kopan terzi (15).

**Sürekli iş görmezlik (permanent disability, permanent disablement, permanent total disability):** Körlük, cücelik, kamburluk, zeka geriliği gibi bireylerin yaşamları süresince olumlu yönde bir gelişme göstermeyecek nitelikteki sakatlıktır (15).

**Tam iş görmezlik (total disability, totaly disablement, full disability):** Bir kişinin mesleği gereği yapması gereken işleri tümüyle engelleyen sakatlıktır. Bireyin bedensel ya da düşünsel yeteneklerini tüm olarak ortadan kaldıran durumdur (15).

**Tam sakatlık (invalidity):** Bireyi giyinme, tıraş olma ve yemek yeme gibi alışılmış işleri yapamaz duruma getiren sakatlıktır (15).

**Adli tıp açısından Maluliyet:** Her türlü etki ile vücutta meydana gelen ya da getirilen yaralanmaların veya kişilerin çalıştıkları meslek ile ilgili ortam koşullarından kaynaklanan ya da bu ortamlarda fiziksel ve kimyasal ajanlara bağlı olarak vücut organ ve dokularında meydana gelen rahatsızlıkların; cerrahi, medikal, fizik ve psikolojik tedavileri sonrası, rehabilitasyon ve iyileşme döneminden sonra, sekel halindeki olaya bağlı arızaların, kişinin mesleği ve yaşı göz önüne alınarak değerlendirilmesidir (1).

### 2.4 Maluliyet Kavramı İle İlişkili Yasal Düzenlemeler

#### 2.4.1 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, TC Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğünün 20.05.2006 Resmi Gazete tarihli 5502 Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı çatısı altında toplanması sonrasında 16.06.2006 Resmi Gazete tarihli bu kanunda, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak ve bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile

finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek amacı ile sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlenmiştir.

Bu Kanunun 4. maddesine göre kısa ve uzun vadeli sigorta kolları uygulaması bakımından; a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar, b) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlarda ise; c) Kamu idarelerinde çalışanlar sigortalı sayılırlar.

Kanunun üçüncü bölümü 13-24. maddeleri içerir ve Hizmet Akdiyle veya Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan Sigortalıların (4. Maddenin b ve c bentleri) Tabi Olduğu Kısa Vadeli Sigorta Hükümleri ile ilgilidir.

Kanunun 13. maddesine göre; İş kazası; a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle, c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, d) emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hale getiren olaydır.

Kanunun 14. maddesine göre; Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir.

Kanunun 15. maddesine göre hastalık hali, kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalının, iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan ve iş göremezliğine neden olan rahatsızlıklar olarak tanımlanır.

Kanunun 16. maddesi iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortasından doğan hakları tanımlar.

İş kazası veya meslek hastalığı sigortasından sağlanan haklar şunlardır: a) Sigortalıya, geçici iş göremezlik süresince günlük geçici iş göremezlik ödeneği

verilmesi. b) Sigortalıya sürekli iş göremezlik geliri bağlanması. c) İş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölen sigortalının hak sahiplerine, gelir bağlanması. d) Gelir bağlanmış olan kız çocuklarına evlenme ödeneği verilmesi. e) İş kazası ve meslek hastalığı sonucu ölen sigortalı için cenaze ödeneği verilmesi.

Hastalık hallerine bağlı olarak ortaya çıkan iş göremezlik süresince, günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilir.

Kanunun 18. maddesi geçici iş göremezlik ödeneğinin kimlere ve nasıl verileceğini bildirir. Geçici iş göremezlik, sigortalının iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurulu raporlarında belirtilen istirahat süresince geçici olarak çalışamama halidir. Geçici iş göremezlik ödeneği, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde Kanunda belirtilen geçici iş göremezlik sürelerinde verilen ödenektir.

Kanunun 19. maddesine göre Sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanma, hesaplanması, başlangıcı ve birden çok iş kazası ve meslek hastalığı hali iş kazası veya meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık ve engellilik nedeniyle kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından verilen raporlara istinaden Kurum Sağlık Kurulunca meslekte kazanma gücü en az %10 oranında azalmış bulunduğu tespit edilen sigortalı, sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanır. Sürekli tam iş göremezlik hali, sigortalının meslekte kazanma gücünün %100'ünün, sürekli kısmi iş göremezlik hali ise %10 ila %99,99'unun kaybedilmesi durumunu ifade eder.

Sürekli tam iş göremezlikte sigortalıya, kanunun 17. maddesine göre hesaplanan aylık kazancının %70'i oranında gelir bağlanır. Sürekli kısmi iş göremezlikte sigortalıya bağlanacak gelir, tam iş göremezlik geliri gibi hesaplanarak bunun iş göremezlik derecesi oranındaki tutarı kendisine ödenir. Sigortalı, başka birinin sürekli bakımına muhtaç ise gelir bağlama oranı %100 olarak uygulanır.

Kanunun 25. maddesi Malul sayılma ile ilgilidir. Sigortalının veya işverenin talebi üzerine Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca usulüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbi belgelerin

incelenmesi sonucu, 4. maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malul sayılır. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Kanunun 28. maddesinde Yaşlılık sigortasından sağlanan haklar ve yararlanma şartları belirlenmiştir.

Kanunun 47. maddesi Vazife Malullüğü ile ilgilidir. Bu Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olanlar vazifelerini yaptıkları sırada veya vazifeleri dışında idarelerince görevlendirildikleri herhangi bir kamu idaresine ait başka işleri yaparken bu işlerden veya kurumlarının menfaatini korumak maksadıyla bir iş yaparken ya da idarelerince sağlanan bir taşıtla işe gelişi ve işten dönüşü sırasında veya işyerinde meydana gelen kazadan doğmuş olursa, buna vazife malullüğü ve bunlara uğrayanlara da vazife malulü denir.

Ayrıca bu maddede harp malullüğü de tanımlanmıştır. Bu maddeye göre subay, astsubay, uzman jandarma, uzman erbaş, sözleşmeli erbaş ve er ile Türk Silahlı Kuvvetlerince görevlendirilen 4. maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılar madde belirtilen görevleri sırasında vazife malulü olanlara harp malulü denir.

Kanunun 95. maddesi sağlık raporlarının usul ve esaslarının belirlenmesi ile ilgilidir. Bu maddenin uygulamasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığı ile Kurumun birlikte çıkaracağı yönetmelikle düzenlenir(18).

### 2.4.2 Sosyal Güvenlik Kurumu Kurum Sağlık Kurulları Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları (19)

Bu Usul ve Esasların amacı, SGK'ya bağlı Kurum Sağlık Kurullarının görev, yetki, çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Kurulun görevleri şunlardır:

a) Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünü ne oranda kaybettiğine karar vermek.

b) Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların hangi hallerde çalışma gücünün en az %60'ını kaybettiğine karar vermek.

c) Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalıların, hangi hallerde çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiğine karar vermek.

ç) Sigortalıların ve genel sağlık sigortası sigortalılarının bakmakla yükümlü olduğu çocukları ile hak sahibi çocuklarının hangi hallerde çalışma gücünün en az %60'ını kaybettiğine karar vermek.

d) Kanuna göre sigortalı sayılan kadınların özürlü çocuklarının hangi hallerde başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda sayılacağına karar vermek.

e) Kanuna göre sigortalı sayılanların yaşlılık sigortası kapsamında çalışma gücü kaybı oranına karar vermek.

f) Sürekli iş göremezlik derecesi tespit edilmiş sigortalıların ölümünün iş kazası veya meslek hastalığı sonucu olup olmadığına karar vermek.

g) Sigortalıların hangi hallerde erken yaşlanmış sayılacaklarına karar vermek.

ğ) Malullük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalıların ve çalışma gücünün en az %60'ını yitiren malul çocukların kontrol muayenesini değerlendirerek karar vermek.

h) Kurulca verilen kararlarla ilgili olarak, tarafların açtıkları dava sürecinde gerek Kurumun ilgili birimleri, gerekse iş mahkemelerinden intikal eden dosyalarda tespit edilen mevzuat ile ilgili ve maddi hataları düzelterek karara bağlamak ve tıbbi görüş bildirmek.

ı) Kurulun çalışma ve görevleri ile ilgili konularda verilen hizmetin daha iyi düzeye getirilmesi için il müdürlüğü aracılığıyla Daire Başkanlığına önerilerde bulunmak.

i) Daire Başkanlığınca verilen benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak.

### 2.4.3 Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (20)

Bu yönetmeliğin amacı, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun, görev, yetki, çalışma usul ve esasları ile kurul üyelerinin hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir.

Kurulun görevleri şunlardır:

a) Kanunun 58. maddesinin beşinci fıkrası uyarınca, Kurum Sağlık Kurulunca verilen kararlara karşı ilgililerin itirazlarını inceleyip karara bağlamak.

b) Kanunun 14. maddesi kapsamında, 11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinde tespit edilmiş olan hastalıklar dışında herhangi bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağına karar vermek.

c) Kanunun 14. maddesi ve Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin 17. maddesinde yazılı hallerde yükümlülük süresi aşılmış olsa bile söz konusu hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağını, aynı Yönetmeliğin 20. maddesinde yazılı hallerde üç yıllık çalışma (maruz kalma) süresinin indirilip indirilemeyeceğini karara bağlamak.

ç) Kanunun 95. maddesine göre yurt dışında tedavi için yapılacak sevklere ilişkin usulüne uygun düzenlenmiş sağlık kurulu raporları ve diğer belgelere istinaden Kurumca verilen kararlara karşı ilgililerin itirazını karara bağlamak.

d) Kurulun çalışma ve görevleri ile ilgili konularda verilen hizmetin daha iyi düzeye getirilmesi için Kuruma önerilerde bulunmak.

e) Daire Başkanlığının talebi halinde, görev alanına giren konularda yazılı tıbbi görüş vermek.

### 2.4.4. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarihi 03.08.2013) (5)

Bu Yönetmeliğin amacı, 31.5.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre sigortalı sayılanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları veya hak sahibi çocuklarının maluliyetinin tespitine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Yönetmelikte Sağlık Kurulu Raporlarının nasıl düzenleneceği ve sağlık kurulu raporlarını vermeye yetkisi olan sağlık hizmeti sunucuları belirtilmişti. Yetkili sağlık hizmeti sunucusunun düzenlediği sağlık kurulu raporu sadece durum bildirir nitelikte olup, raporların karar hanesinde "Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenecektir" ibaresi yazılır.

**2.4.4.1 Malul sayılmaya ilişkin usul ve esasları;**

5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların çalışma gücü kaybı tespiti;

(1) Sigortalıların çalışma gücünün en az %60'ını kaybedip kaybetmediklerinin tespitinde Ek-1 Hastalık Listesi esas alınır.

(2) Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların, sigortalılık süresi içinde;

a) Ek-1 Hastalık Listesi'nde belirtilen hastalıkların meydana geldiği,

b) Eski ve çalışmaya engel olmayan bir hastalığın, Ek-1 Hastalık Listesi'nde belirtilen seviyelere yükseldiği,

c) Çalışma gücünün en az %60'ını kaybetmiş haliyle ilk defa çalışmaya başlayan, ancak daha sonra ortaya çıkan farklı bir hastalık nedeniyle bu Yönetmelik hükümlerine göre çalışma gücünün en az %60'ını kaybettiği,

ç) İş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını kaybettiği Kurum sağlık kurulunca tespit edilen sigortalı malul sayılır.

5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendindeki sigortalıların çalışma gücü kaybı tespiti;

İlk defa çalışmaya başladığı tarihten sonra vücutlarında oluşan ve tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum sağlık kurulunca tespit edilen sigortalı malul sayılır.

Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde çalışan askeri ve sivil personel ile askerlik görevi ile yükümlüleri için, 8.10.1986 tarihli ve 86/11092 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan "Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği" esas alınır. (Değerlendirme yönetmelikte yer alan hastalık listeleri içerisinde belirlenmiş A, B, C ve D harfleri ile belirtilmiş hastalık dilimlerine göre yapılır.)

İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışan personel için, 4.8.2003 tarihli ve 25189 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliği" esas alınır. (Değerlendirme yönetmelikte yer alan hastalık listeleri içerisinde belirlenmiş A, B, C, D ve E harfleri ile belirtilmiş hastalık dilimlerine göre yapılır.)

10.6.2004 tarihli ve 5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun kapsamında çalışan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi Koruma Güvenlik Görevlileri için belirlenen ve 7.10.2004 tarihli ve 25606 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelikte" belirtilen sağlık şartları esas alınır.

Vazife malullüğü halinde ise, 13.7.1953 tarihli ve 4/1053 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan "Vazife Malullüklerinin Nevileri ile Dereceleri Hakkında Nizamnamesi" esas alınır.

**2.4.4.2 Başka birinin sürekli bakımına muhtaç olma halleri**

**a)** Kuadripleji, parapleji, dipleji ve sigortalının yaşamını kendi başına yürütmesine engel hemipleji veya merkezi sinir sisteminin sfinkter bozuklukları ile birlikte olan diğer hastalıklar.

**b)** Süreli veya sürekli ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde kalmayı gerektiren ve tedavi edilemeyen psikotik hastalıklar.

**c)** İki gözde de yüzde yüz (tam) görme kaybı.

**d)** İki elin kaybı.

**e)** Bir kolun omuzdan ve bir bacağın kalçadan kaybı.

**f)** Her iki bacağın alttan en az 1/3'ünün kaybı.

**g)** Tedavisi olanaksız bir hastalıktan ileri gelen ağır beslenme bozuklukları ve kaşeksiler.

**h)** Solunum yetmezliği nedeniyle yardımcı solunum cihazlarının sürekli kullanılması.

**i)** Giyinme, beslenme, fonksiyonel mobilite, bağırsak ve mesane bakımı, kişisel hijyen ve tuvalet ihtiyaçları gibi günlük yaşam aktivitelerinin sağlanamaması.

**j)** Yukarıda tespit edilen hastalıklar dışında kaldığı halde tedavi edilemeyen, başka birinin sürekli bakımına muhtaç olan ağır hastalıklar.

#### 2.4.4.3 Yaşlılık sigortası kapsamında çalışma gücü kaybı oranlarının tespiti;

Yaşlılık sigortası kapsamında çalışma gücü kaybı oranlarının tespitinde, 30.3.2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik esas alınır.

#### 2.4.4.4.Yönetmelik ile yürürlükten kaldırılan hükümler;

Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinde yer alan; çalışma gücü kaybı, vazife malullüğü, harp malullüğü ile erken yaşlanma durumlarının tespiti ile ilgili tüm hükümler yürürlükten kaldırılmıştır.

### 2.4.5 Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarihi 11.10.2008) (4)

*(Bu yönetmeliğin bazı hükümleri 03.08.2013 Resmi Gazete Tarihi "Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği" ile yürürlükten kaldırılmıştır. Bu nedenle yürürlükten kaldırılan hükümlere değinilmemiştir.)*

Bu yönetmelik meslekte kazanma gücü kayıp oranlarının tespitine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların iş kazası ile meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik hallerinin meslekte kazanma gücünü ne oranda azaltacağına,

Hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı ve bu hastalıkların işten ayrıldıktan en geç ne kadar süre sonra ortaya çıktığı takdirde o işten ileri gelmiş kabul edileceğine,

5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalıların hangi hallerde vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiğine,

Sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış iken ölenlerin, ölümünün iş kazası veya meslek hastalığı sonucu olup olmadığının tespitine, ilişkin usul ve esasları kapsar.

Yönetmelikte Sağlık Kurulu raporlarının nasıl düzenleneceği ve sağlık kurulu raporlarını vermeye yetkisi olan sağlık hizmeti sunucuları belirtilmişti. Yetkili sağlık hizmeti sunucusunun düzenlediği sağlık kurulu raporu sadece durum bildirir nitelikte olup, raporların karar hanesinde "Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenecektir" ibaresi yazılır.

**İş kazası ile meslek hastalığı sonucu düzenlenecek istirahat raporları;**

Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların iş kazası ile meslek hastalığı sonucu geçici iş göremezlik ödeneklerinin verilmesine ilişkin istirahat raporlarının nasıl düzenlenmesi gerektiği açıklanır.

**Meslek hastalıkları listesi (Ek-2);**

**A Grubu:** Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları,
**B Grubu:** Mesleki cilt hastalıkları,
**C Grubu:** Pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları,
**D Grubu:** Meslek bulaşıcı hastalıklar,
**E Grubu:** Fizik etkenlerle olan meslek hastalıkları olmak üzere beş grupta toplanmıştır.

İş kazası veya meslek hastalığı sonucu meydana gelen arızalar sonucunda, sigortalının meslekte kazanma gücünün ne oranda azalacağına ilişkin hesaplama, Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerine göre yapılır (Ek-3).

### 2.4.6 Vazife Malullüklerinin Nevileri ile Dereceleri Hakkında Nizamname (21)

Bu nizamnamede vazife malullüğü değerlendirmesinde kullanılan 6 derece olarak belirtilen vazife malullüklerinin nevileri ilişik cetvelde gösterilmiştir. Sakatlık derecesi Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca belirlenir.

### 2.4.7 Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik (22)

Bu yönetmelik ile iç güvenlik ve asayişin korunması, istihbarat vb. görevlerde bulunan personelin görevleri sırasında maruz kaldıkları ölüm, sakatlık ve yaralanmalarına yönelik aylık bağlanması ve tazminat verilmesi ve yapılacak diğer yardımların usul ve esasları belirlenir. Bu yönetmeliğe göre sakatlık dereceleri, Vazife Malullüklerinin Nevileri ile Dereceleri Hakkında Nizamname hükümlerine göre tespit edilir.

### 2.4.8 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu (23)

Bu kanunun "İkinci Ayırım"ında Haksız Fiillerden Doğan Borç İlişkileri açıklanır,

Madde 49'da Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlü olduğu belirtilmektedir.

Madde 54'de Bedensel zararlar şunlardır: 1. Tedavi giderleri. 2. Kazanç kaybı. 3. Çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar. 4. Ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar. Madde 55'de Destekten yoksun kalma (ölüm) zararları ile bedensel zararlar, bu Kanun hükümlerine ve sorumluluk hukuku ilkelerine göre hesaplanacağı belirtilmiştir.

### 2.4.9 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu (24)

(14.4.2016 tarih ve 6704 sayılı kanunla yapılan değişiklik sonrası) Madde 90'da zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamındaki tazminatlar bu Kanun ve bu Kanun çerçevesinde hazırlanan genel şartlarda öngörülen usul ve esaslara tabidir. Söz konusu tazminatlar ve manevi tazminata ilişkin olarak bu Kanun ve genel şartlarda düzenlenmeyen hususlar hakkında Türk Borçlar Kanununun haksız fiillere ilişkin hükümleri uygulanır şeklinde belirtilmektedir.

Bu kanunun değişiklik yapılmadan önceki halinde Madde 90'da Maddi tazminatın biçimi ve kapsamı ile manevi tazminat konularında Borçlar Kanununun haksız fiillere ilişkin hükümleri uygulanır şeklinde belirtilmiştir.

### 2.4.10 Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları (25)

14.05.2015 tarihli ve 29355 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarının amacı Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına yönelik ilgililerinin hak ve yükümlülüklerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Bu genel şart kapsamındaki teminat türleri;

a) Maddi Zararlar Teminatı

b) Sağlık Giderleri Teminatı: Üçüncü kişinin trafik kazası dolayısıyla bedenen eski haline dönmesini teminen protez organ bedelleri de dahil olmak üzere yapılan tüm tedavi giderlerini içeren teminattır. Kaza nedeniyle mağdurun tedavisine başlanmasından itibaren mağdurun sürekli sakatlık raporu alana kadar tedavi süresince ortaya çıkan bakıcı giderleri, tedaviyle ilgili diğer giderler ile trafik kazası nedeniyle çalışma gücünün kısmen veya tamamen azalmasına bağlı giderler sağlık gideri teminatı kapsamındadır. Sağlık giderleri teminatı SGK'nın sorumluluğundadır.

c) Sürekli Sakatlık Teminatı: Üçüncü kişinin sürekli sakatlığı dolayısıyla ileride ekonomik olarak uğrayacağı maddi zararları karşılamak üzere, bu genel şart ekinde yer alan esaslara göre belirlenecek teminattır. Kaza nedeniyle mağdurun tedavisinin tamamlanması sonrasında yetkili bir hastaneden alınacak özürlü sağlık kurulu raporu ile sürekli sakatlık oranının belirlenmesinden sonra ortaya çıkan bakıcı giderleri bu teminat limitleri ile sınırlı olmak koşuluyla sürekli sakatlık teminatı kapsamındadır.

Sürekli sakatlık tazminatına ilişkin sakatlık oranının belirlenmesinde, sakatlık ölçütü sınıflandırılması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporlarına ilişkin mevzuat doğrultusunda hazırlanacak sağlık kurulu raporu dikkate alınır.

ç) Destekten Yoksun Kalma (Ölüm) Teminatı: Üçüncü kişinin ölümü dolayısıyla ölenin desteğinden yoksun kalanların destek zararlarını karşılamak üzere bu genel şart ekinde yer alan esaslara göre belirlenecek tazminattır.

### 2.4.11 Adli Tıp Kurumu Kanunu (26)

Kanunun 2. maddesinde Adli Tıp Kurumunun görevleri arasında “Mahkemeler, Hakimlikler ve Savcılıklar ile Kurumun uygun gördüğü alanlarda kamu kurum ve kuruluşları tarafından gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmek.” yer almaktadır.

Kanunun 16. maddesinde İhtisas Kurullarının görevleri belirlenmiştir. Bu maddede İhtisas Kurullarının Özel Görevleri başlığı altında “Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulu”nun özel görevleri içerisinde Maluliyetler, meslekte kazanma gücü kaybı, beden çalışma gücü kaybı, meslek hastalıkları, hapis cezalarının infazının ertelenmesi, sürekli hastalık, engellilik ve kocama sebepleri ile belirli kişilerin cezalarının hafifletilmesi veya kaldırılmasına ilişkin işlemler konularında bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmek olduğu belirtilmektedir.

### 2.4.12. 2659 sayılı Adli Tıp ve Bilirkişilik

Adli bilimler; tıp, hukuk, fen, sosyal ve kriminal bilimleri kapsayan multidisipliner bir alandır. Adli bilimlerin amacı adli niteliği bulunan olaylarda, olay yerindeki ya da kendisine sunulan verileri toplamak, değerlendirmek ve sonuçları hukukun kullanabileceği deliller olarak hukukun hizmetine sunmaktır. Adli bilimler alanındaki bilim dalları, birbiri ile iç içe geçmiş olup, çoğu kez bunları keskin sınırlar ile birbirinden ayırabilmek mümkün değildir. Adli tıp; adli bilimler ve tıp branşları içinde en geniş uğraşı alanı olan anabilim dallarından biridir (27, 28).

Hukuk ve tıp bilimlerinin kesiştiği bir alan olan adli tıp uzmanlığı gerek özel gerekse tüzel olarak tıbbi konularda yargı organlarına bilirkişilik hizmeti verir. Türkiye’de tüzel bilirkişilik kurumları; üniversiteler, Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve alandaki diğer özel bilirkişilik kurumlarıdır (28).

### 2.4.13 Adli Tıp Açısından Maluliyet

Haksız fiil sonrasında meydana gelen bedensel zararlar kapsamında açılan davalar sonrasında iş kazası ve meslek hastalığı olguları dışındaki durumlar için açık

bir yasal mevzuat bulunmamaktadır. Bu nedenle haksız fiil sonrasında meydana gelen diğer bedensel zararlar için Türk Borçlar Kanunun 53 ve 54. maddelerinin hükümlerinden yararlanılır. Bu kanunun "Bedensel Zararlar" başlıklı 53. maddesinin 3. fıkrasında "Çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar." şeklinde belirtilmiştir. Ancak çalışma gücünün değerlendirilmesine yönelik Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği dışında herhangi bir yerde bir açıklama yapılmamış, bu yönetmelikte de çalışma gücü oranının %60 ve üzerini belirten hastalık listesi şeklinde belirtilmiştir. Yani %60 değerin altındaki değerlerin belirlenmesi bu listeye göre mümkün değildir. Ayrıca bu listede kişinin işi ve yaşı ilgili herhangi bir değerlendirme bulunmamakta ve bu liste malulen emeklilik değerlendirmesinde kullanılmaktadır (5, 23).

Ayrıca bu konu ile ilgili Yargıtay kararları bulunmaktadır. Yargıtay kararlarında haksız fiilden doğan bedensel zararlar ile ilgili olarak maluliyet oranı / çalışma gücü kaybı oranı / iş gücü kaybı / beden çalışma gücü kaybı / meslekte kazanma gücü kaybı gibi terminolojiler kullanılmış ve yine bu kaybın belirlenmesinde 11.10.2008 tarihinden önce gerçekleşmiş olaylarda, "22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü", 11.10.2008 sonrasında meydana gelen olaylarda "11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" kullanılması istenmiştir. Adli tıp uygulamalarında da bu oranın hesaplanması için ilgili tüzük ve yönetmelik ekinde yer alan "Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri" kullanılmaktadır (29).

Maluliyet konulu raporlar ile ilgili olarak adli tıp hizmeti veren kurumlara başvurma nedenleri üç başlık altında incelenebilir;

1. İş Kazası ve Meslek Hastalığı
2. Trafik Kazası
3. Haksız fiil nedeni ile bedensel zarar oluşturan diğer nedenler (Tüm yaralama fiilleri, Tıbbi Uygulama Hatası, Okul yaralanmaları, spor yaralanmaları, cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlar, mobing vs.)

ILO'nun raporlarında 2008 yılında dünya genelinde 2.02 milyon kişi iş kazası, 321.000 kişi meslek hastalığı sebebiyle olmak üzere toplam 2,34 milyon kişi hayatını kaybettiği bildirilmektedir. Buda her gün ortalama 6.300'den fazla kişi yaptığı iş

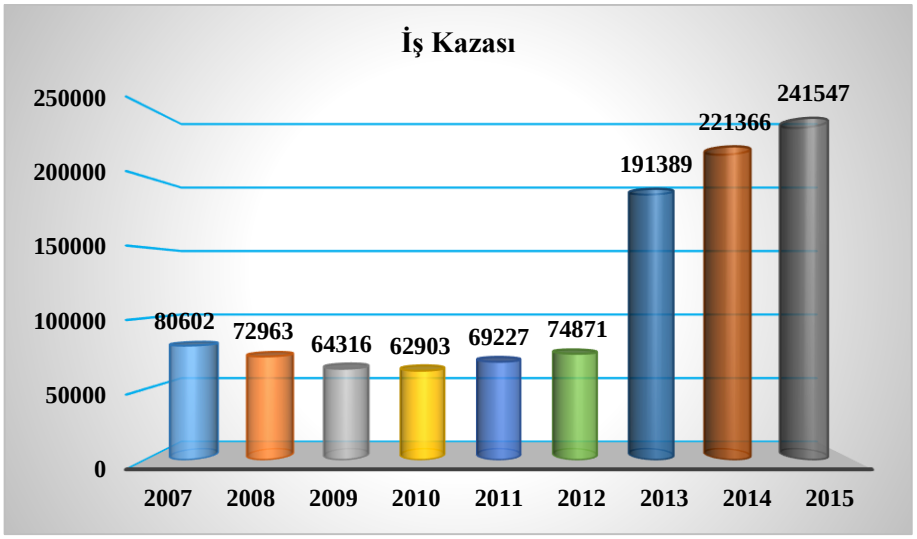
sebebiyle yaşamını yitirdiği anlamına gelmektedir. Aynı raporda 2008 yılında 317 milyon kişi 4 ve üzerinde gün kaybı ile sonuçlanan iş kazasına maruz kaldığı bildirilmektedir (30).

İşyerinde ya da iş esnasında geçirilen ve bir yaralanmayla (şiddetine bakılmaksızın) sonuçlanan tüm kazalar iş kazası olarak değerlendirilmektedir. Örneğin; işyerinin merdivenlerinden düşme, elini iş makinesine sıkıştırma, iş için bir toplantıya giderken yolda trafik kazası geçirme, işyerinde çıkan yemekten zehirlenme vb (31).

İş kazaları ülkemiz ve bütün dünya ülkelerinde önemli özürlülük nedenlerinden birisidir. DSÖ verilerine göre dünyada sakatlığa yol açan nedenler arasında iş kazaları %2.9'luk kısmını oluşturur (31).

SGK'nın istatistik verilerine göre; 2012 yılında 74.871 iş kazası meydana gelirken, 2013 yılında 191.389 iş kazası meydana geldiği saptanmıştır. 2013 yılında meydana gelen iş kazası sayısı (191.389) 2012 yılına göre yüzde 291 oranında artış bildirilmiş ve bu artışın muhtemel nedeni 2013 yılından itibaren Avrupa Birliği standartları da dikkate alınarak iş kazası bildirim formunun elektronik ortamda alınmaya başlanması olarak belirtilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2013 yılında yaptığı bir araştırmada; iş kazası sonucu oluşan yaralanmaların vücuttaki yeri incelendiğinde 2007-2014 yılları arasında değişmeyerek en fazla üst ve alt ekstremite bölgelerinde meydana geldiği, yaralanma çeşitlerine bakıldığında büyük çoğunluğunu yüzeysel yaralanmalar ve açık yaralar ile ezik ve çürüklerin oluşturduğu, vücutta meydana gelen kırıkların ise 3. sırada olduğu bildirilmiştir. Yine aynı araştırmada yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, işe bağlı sağlık problemlerinin en yüksek olduğu yaş grubunun 35-54 yaş grubu olduğu bildirilmiştir (32).

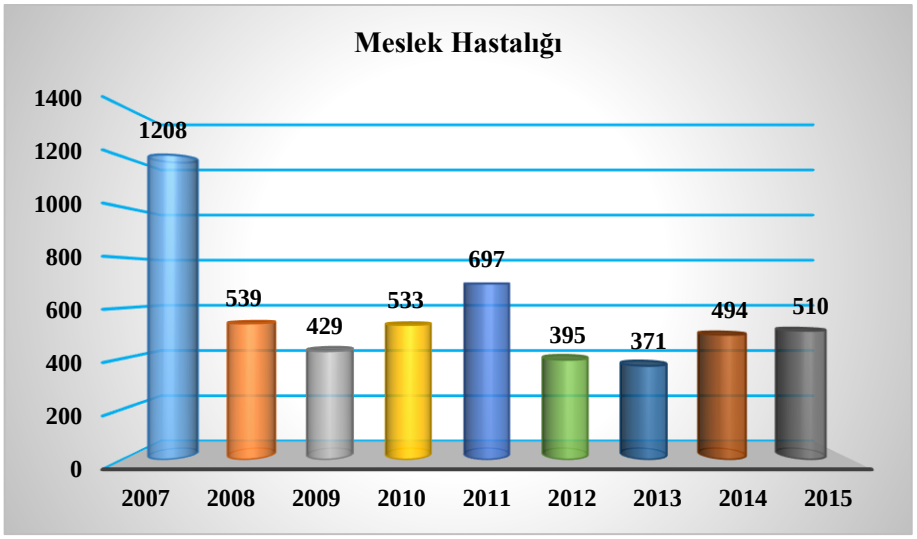
SGK'nın iş kazalarına yönelik 2007-2015 istatistik verileri Şekil 1'de verilmiştir.




**Şekil 1.** SGK'nın yıllara göre iş kazaları sayısı (33).

Türkiye'de tahmin edilen meslek hastalığına yakalananların sayısının Harrington teorisine göre 36.000 olarak bildirilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2006-2007 yılları arasında yaptığı bir araştırmaya göre işe bağlı sağlık sorunu yaşayanların sayısının 914.000 olmasına karşın SGK tarafından 2008 yılında işlemi tamamlanan meslek hastalığı vakası sayısının 539 olmasının, meslek hastalığı bildirimlerinde yaşanan sorunlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (34). (Şekil 2.)

Ülkemizdeki meslek hastalıklarının değerlendirildiği bir çalışmada işçilerin çoğunlukla meslek hastalığına yakalandığının farkında olmadıkları, meslek hastalıklarının işten ayrıldıktan sonra da ortaya çıkmasından dolayı doktorlar ve kişiler tarafından genellikle sıradan bir hastalık gibi değerlendirilerek fark edilemediğini bildirilmiştir (34).




**Şekil 2.** SGK'nın yıllara göre meslek hastalıkları sayısı (33).

DSÖ her yıl yaklaşık olarak 1.25 milyon insan karayolu trafik kazaları sonucu yaşamını yitirdiğini, her yıl 20 ile 50 milyon arasındaki pek çok insanda ölümcül olmayan yaralanma sonucu sakatlık (engellilik) oluştuğunu bildirmiştir(35).

Ülkemizde 2002-2015 yılları arasında trafik kazasına bağlı ölüm ve yaralanma verileri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Türkiye'de yıllara göre trafik kazası, ölü ve yaralı sayısı (36, 37).

| **Yıl** | Toplam Kaza sayısı* | Maddi hasarlı kaza sayısı | Ölü, yaralanmalı kaza sayısı | Ölü sayısı(1) | **Yaralı sayısı** |
|---|---|---|---|---|---|
| **2002** | 439 777 | 374 029 | 65 748 | 4 093 | **116 412** |
| **2003** | 455 637 | 388 606 | 67 031 | 3 946 | **118 214** |
| **2004** | 537 352 | 460 344 | 77 008 | 4 427 | **136 437** |
| **2005** | 620 789 | 533 516 | 87 273 | 4 505 | **154 086** |
| **2006** | 728 755 | 632 627 | 96 128 | 4 633 | **169 080** |
| **2007** | 825 561 | 718 567 | 106 994 | 5 007 | **189 057** |
| **2008** | 950 120 | 845 908 | 104 212 | 4 236 | **184 468** |
| **2009** | 1 053 346 | 942 225 | 111 121 | 4 324 | **201 380** |
| **2010** | 1 106 201 | 989 397 | 116 804 | 4 045 | **211 496** |
| **2011** | 1 228 928 | 1 097 083 | 131 845 | 3 835 | **238 074** |
| **2012** | 1 296 634 | 1 143 082 | 153 552 | 3 750 | **268 079** |
| **2013** | 1 207 354 | 1 046 048 | 161 306 | 3 685 | **274 829** |
| **2014** | 1 199 010 | 1 030 498 | 168 512 | 3 524 | **285 059** |
| **2015** | 1 313 359 | 1 130 348 | 183 011 | 7 530 | **304 421** |

**(1)** Trafik kazası yerindeki ölümleri kapsar.
(*) 1 Nisan 2008 tarihinde uygulamaya konulan tarafların anlaşarak kendi aralarında tutanak tanzim ettiği maddi hasarlı trafik kaza sayıları da dahil edilmiştir. Bilgiler Tramer'den (Trafik Sigortaları Bilgi Merkezi Kurumu) alınmıştır.

#### 2.4.13.1 İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonucu Maluliyet

İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonucu sigortalılarda meydana gelen bozukluklar sonrasında çalışanın meslek hastalığı ve iş kazası sonrasındaki ekonomik hayatının devamı için Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda bir takım hükümler koyulmuştur. Bunlar geçici iş göremezlik ödeneği ve sürekli iş göremezlik maaşıdır (18).

Meslek hastalığı ve iş kazası sonucu kalıcı bozukluğu ya da bozuklukları olan sigortalı SGK'ya başvurarak Meslekte Kazanma Gücü Kaybı oranının tespiti için sevk işlemlerini başlatmaktadır. İlk olarak yetkili hastanelerden ilgili yönetmelik gereğince sağlık rapor alması sağlanmakta, sonrasında SGK (Bölge) Sağlık Kurulları tarafından "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" gereğince meslekte kazanma gücü kayıp oranı hesaplanarak sürekli iş göremezlik oranı tespit edilmektedir. İtiraz halinde ise Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık

Kurulu tarafından dosyalar karara bağlanmaktadır. Bu karar neticesinde kişinin geçici iş göremezlik ödeneği ve sürekli iş göremezlik maaşı hak kazanıp kazanmadığı belirlenmektedir. Yüksek Sağlık Kurulunca verilen karar SGK'yı bağlayıcı nitelikte olsa da sigortalı hak kaybı olduğunu düşündüğü karar ile ilgili İş Mahkemelerine veya Asliye Hukuk Mahkemelerine başvurarak itirazda bulunabilir. Bu gibi durumlarda adli makamlarca adli tıp alanında bilirkişilik yapan birimlerden konu ile ilgili rapor düzenlenmesi istenilmektedir. Yargıtay içtihatına göre maluliyet konusundaki bilirkişi raporları arasında çelişki olması durumunda Adli Tıp Kurumu Genel Kuruluna görüş sorulması gerekmektedir (38).

Sürekli iş göremezlik oranı ilgili yasaya göre %10-99,9 arasında ise kişiye oranı nispetinde sürekli iş göremezlik geliri, %100 ise tam iş göremezlik geliri bağlanmaktadır. Bu gelirin hesaplanması 5510 sayılı yasada tanımlanmıştır. Ayrıca bedensel zarar sonucu bağlanan sürekli iş göremezlik gelirinin peşin değerinden artan miktar olması durumunda veya sürekli iş göremezlik oranının %10'un altında kaldığında durumlar için SGK'nın güvencesi dışında kalmasından dolayı bu zararların temini için sigortalının işverenden tazminat alma hakkı doğmaktadır (39).

İş Kazası ve Meslek Hastalığı sonrasında meslekte kazanma gücü kayıp oranı (iş gücü kaybı oranı) belirlenmesi için uygulanacak yasal mevzuat;

- 11.10.2008 tarihinden önce gerçekleşmiş olaylarda, "22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü",
- 11.10.2008 sonrasında meydana gelen olaylarda "11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" şeklindedir.

#### 2.4.13.2 Trafik Kazası Sonucu Maluliyet

Trafik kazası nedeni ile meydana gelen bedensel zarar neticesinde trafik sigortaları içerisinde geçen teminatlar kapsamında kişilere tazminat hakkı doğar. Karayolları Trafik Kanunu ve Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında değişiklik yapılmadan önce Karayolları Trafik Kanunu meydana gelen bedensel zararlarda Borçlar Kanununa atıfta bulunmuştur. Değişiklik sonrasında ise Karayolları Trafik Kanunun ve Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu

Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarının hükümlerince rapor düzenlenmesi uygun olacaktır (25). Uygulanacak yasal mevzuat;

- 11.10.2008 tarihinden önce gerçekleşmiş kazalarda, "22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü",
- 11.10.2008 sonrasında meydana gelen kazalarda "11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği",
- 14.04.2016 sonrasında meydana gelen kazalarda "30.03.2013 tarihli ve 28603 sayılı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği" şeklindedir.

#### 2.4.13.3 İş Kazası ve Meslek Hastalıkları ile Trafik Kazaları Dışındaki Durumlarda Maluliyet

İş Kazası ve Meslek Hastalıkları ile Trafik Kazaları gibi durumlar dışında meydana gelen bedensel zararlar için Borçlar Kanunun hükümleri doğrultusunda değerlendirme yapılmaktadır (23). Uygulanacak yasal mevzuat;

- 11.10.2008 tarihinden önce gerçekleşmiş kazalarda, "22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü",
- 11.10.2008 sonrasında meydana gelen kazalarda "11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" şeklindedir.

#### 2.4.13.4 Maluliyet Oranı Hesaplanması (4)

Adli tıp uygulamalarında maluliyet konulu raporlar 11.10.2008 tarihinden önce gerçekleşmiş kazalarda, "22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü" ve ekinde yer alan cetvelleri, 11.10.2008 sonrasında meydana gelen kazalarda "11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" ve ekinde yer alan meslekte kazanma gücü kayıp oranı cetvelleri kullanılmaktadır. Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Cetvelleri beş adettir ve A, B, C, D ve E cetveli olarak isimlendirilir.

Söz konusu tüzük ve yönetmelik ile eklerindeki cetvellere göre meslekte kazanma gücü kayıp oranı hesaplanması şu şekildedir;

**1-** A Cetveli, iş kazalarının neden olduğu hastalık ve arızalarla, meslek hastalıklarını ve bunların neden olduğu arızaları, vücuttaki yerlerine göre sınıflandırılmış 14 listeden oluşur. Her liste üç sütundan oluşup bunlardan; birinci sütun arızanın sıra numarasını, ikinci sütun arızanın çeşidini, üçüncü sütun arızanın ağırlık ölçüsünü gösterir. Arıza liste numarası ve arızanın yeri;

**I.** Baş arızaları (Kafa Kemikleri, Nöroloji, Nöroşirurji, Psikiyatri arıza ve hastalıkları).
**II.** Göz arızaları.
**III.** Kulak arızaları.
**IV.** Yüz arızaları.
**V.** Boyun arızaları.
**VI.** Göğüs hastalıkları.
**VII.** Omuz ve kol arızaları.
**VIII.** El bileği ve el arızaları.
**IX.** El parmakları arızaları.
**X.** Omurga arızaları.
**XI.** Karın hastalık ve arızaları.
**XII.** Pelvis ve alt ekstremite arızaları.
**XIII.** Endokrin, metabolizma, kollagen doku, periferik damar hastalıkları, hematolojik ve romatoid hastalıklar.
**XIV.** Deri arızaları ve yanıklar. Şeklindedir.

A Cetvelindeki vücudun çeşitli bölgelerine veya sistemlerine göre hazırlanmış olan 14 arıza listesinden sigortalının arızası bulunur. Bu arızanın solundaki arıza sıra numarası ile sağındaki arıza ağırlık ölçüsü bir tarafa kaydedilir.

**2-** B Cetveli, sigortalının çalıştığı iş kolları ve meslek veya iş çeşidi listelerini içerir. B cetveli listelerinde önce sigortalının iş kolu, sonra bu iş kolu içindeki meslek veya iş çeşidi bulunur. Bunun karşısındaki meslek grup numarası da bir yere yazılır.

Sigortalının meslek veya iş çeşidi bu listelerde bulunmadığı takdirde meslek veya işinin benzeri veya en yakını esas alınır.

**3-** C Cetveli, sürekli iş göremezlik simgelerini göstermekte olup, A Cetvelinin listelerine paralel olarak arızanın vücuttaki yerine göre 14 tabloyu ihtiva eder. Sürekli iş göremezlik simgesini gösteren C cetvelinin arızaya uygun tablosunun sütundaki arıza sıra numarası ile satırdaki meslek grup numarasının kesiştiği noktadaki sürekli iş göremezlik simgesi bulunarak bir tarafa kaydedilir.

**4-** D Cetveli, arızaların ağırlık ölçülerine ve sürekli iş göremezlik simgelerine göre meslekte kazanma gücünün azalma oranını bulmaya yarar. Bu cetvele göre bulunan oran, 38-39 yaşlarındaki bir sigortalının meslekte kazanma gücünün azalma oranıdır. Cetvelin sütununda yukarıda tespit edilen arıza ağırlık ölçüsü ile satırındaki meslek simgesinin kesiştiği noktadaki sayı, meslekte kazanma gücünün azalma oranına esas alınacak sayıdır.

D cetvelinde gösterilen mesleklerden birden fazlasını yapmakta olan sigortalının meslekte kazanma gücü kayıp oranının en yükseğini vermiş olan meslek "sigortalının mesleği" sayılır.

1-4 arasındaki yapılan işlemler aşağıdaki gibi formülize edilir;

| **Grup Numarası** | **Arıza liste numarası** | **Arıza sıra numarası** | **Arıza ağırlık ölçüsü** | **Daimi iş görmezlik simgesi** | **38-39 yaşa göre maluliyet oranı** |
|---|---|---|---|---|---|
| Gr 1 | II | (3 | 25) | A | %29 |

A Cetvelinin 7, 8 ve 9. listesi üst ekstremiteleri ilgilendirir. Bu liste çalışan taraf için düzenlenmiş olup çalışmayan tarafın aynı arızalarında bu listede yer alan arıza ağırlık ölçüsüne göre bulunacak meslekte kazanma gücü azalma oranının 1/5'i indirilir.

Saptanan arıza listede belirtilen arızaya göre daha hafif ise veya arızanın birebir karşılığı A cetvelindeki arızalar arasında yok ise saptanan arızaya listede yer alan en yakın arızaya belirlenir ve o arızaya karşılık gelen kişinin 38-39 yaşına göre maluliyet oranı saptanır. Bu oran üzerinden takdir kullanılarak arızanın derecesine göre belirli oranlarda azaltılır.

| Grup Numarası | Arıza liste numarası | Arıza sıra numarası | Arıza ağırlık ölçüsü | Daimi iş görmezlik simgesi | 38-39 yaşa göre maluliyet oranı | Takdir varlığında |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gr 1 | II | (3 | 25) | A | %29 | Takdiren %15 |

**5-** E cetveli, D cetvelinde saptanan orana ve sigortalının yaşına göre meslekte kazanma gücünün azalma oranını tespite yarar. Bu cetvelin sütununda bulunan meslekte kazanma gücünün azalma oranı ile üstteki satırında bulunan sigortalının sürekli iş göremezlik halinin tespiti tarihindeki yaşının kesiştiği yerdeki sayı, bu yaşa uyan sürekli iş göremezlik sebebiyle meslekte kazanma gücünün azalma oranıdır.

Ancak birden fazla sistemi ilgilendiren arıza bulgu varsa, yukarda belirtilen 1, 2, 3, 4. İşlemler her bir arıza bulgusu için ayrı ayrı uygulanır ve her bir arıza için bulunan 38-39 yaşına göre Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Balthazard Formülü kullanılarak birleştirilir ve daha sonrasında kişinin yaşına uygun meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespiti için 5. İşlem yapılır.

Balthazard formülü şu şekilde uygulanmaktadır: D cetveline göre saptanan meslekte kazanma gücü kayıp oranlar en yükseğinden başlanarak sıraya konur. En yüksek oran, sigortalının çalışma gücünün tümünü gösteren %100'den çıkarılır. Bu çıkarmada kalan miktar, sırada ikinci gelen meslekte kazanma gücü azalma oranı ile çarpılarak l00'e bölünür, çıkan sonuca en yüksek meslekte kazanma gücü azalma oranı eklenir ve böylece birinci ve ikinci arızaların meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı bulunmuş olur. Sigortalının arızası ikiden fazla ise birinci ve ikinci arızaların meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı birinci sıraya ve üçüncü sıradaki arızanın meslekte kazanma gücü azalma oranı ikinci sıraya alınarak aynı işlem tekrarlanır.

Ayrıca bu sonuç pratik olarak Balthazard Hesaplama tablosu kullanılarak da yapılabilir. D cetveline göre saptanan meslekte kazanma gücü kayıp oranlar en yükseğinden başlanarak sıraya konur. En yüksek oran tablonun sütununa, 2. Sıradaki oran tablonun satırına yerleştirilerek kesişim noktası alınır. Böylece birinci ve ikinci arızaların meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı bulunmuş olur. Arıza İkiden fazla ise tablo ile belirlenen birinci ve ikinci arızaların meslekte kazanma gücü toplam

azalma oranı tablonun sütununa 3. Sıradaki oran satıra yerleştirilerek toplam meslekte kazanma gücü kayıp oranı hesaplanır.

A cetveli listelerinde ayrı ayrı gösterilen çeşitli arızalar, bu listelerde yer alan bir hastalık veya arızanın tabii sonucu iseler, bunlar, ayrı sebeplere bağlı arızalar gibi ele alınarak Balthazard uygulanmaz. Birden fazla lezyona ait arızaların toplamı uzvun ampütasyonunu yada kaybını geçemez.

**Fark Hesaplanması (4, 40):**

Başka bir olaydan veya doğuştan ileri gelmiş herhangi bir arızası bulunan sigortalının sonradan olay ile ilişkili arızası eklenmesi durumunda, meslekte kazanma gücü azalma oranı şu şekilde hesaplanır;

**1.** Olay öncesi meydana gelmiş arızalar veya doğuştan meydana gelmiş her türlü arızalar ile olay sonrası meydana gelmiş arızalar birlikte değerlendirilerek meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı bulunur.

**2.** Olay öncesi meydana gelmiş arızalar veya doğuştan meydana gelmiş her türlü arızalarının sebep olduğu meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı (sigortalının olay öncesindeki meslekte kazanma gücü kayıp oranı) hesaplanır. Bir öncesi işlemde saptana oran bu orandan çıkarılır. Kalan oran olay ile ilişkili meslekte kazanma gücü azalma oranıdır.

### 2.4.14 Geçici İş Göremezlik

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre "geçici iş göremezlik", sigortalının iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurulu raporlarında belirtilen istirahat süresince geçici olarak çalışamama halidir. Geçici iş göremezlik ödeneği, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde Kanunda belirtilen geçici iş göremezlik sürelerinde verilen ödenektir (18).

Haksız fiil sonucu yaralanan kişinin, kalıcı sakatlık durumu söz konusu olmadığı veya kısmi iş göremezlik durumlarında tedavi gördüğü, iyileşinceye kadar çalışamadığı ve bu yüzden iş ve kazanç kaybına uğradığı süre "geçici iş göremezlik"

süresidir. Yargıtay kararlarında bu kavram “mesleki işten kalma süresi” veya “çalışılamayan süre” olarak geçmekte ve bu kararlara göre yalnızca meslek sahipleri ve çalışıp kazanç elde etmekte olanlar değil, tedavi ve iyileşme süresince günlük işlerini yapamayanlar da, örneğin kaza sonucu yaralanma nedeniyle kendi ev hizmetlerini bir süre yapamayan ev kadınları da “geçici iş göremezlik tazminatı” isteyebilmektedir. Hatta, trafik kazasında yaralanıp bir süre okuluna gidemeyen ve bu yüzden yıl kaybına uğrayan öğrenci de, çalışma yaşamına bir yıl geç atılacak olması nedeniyle gelecekteki kazanç kaybını tazminat olarak isteyebilmektedir. Geçici iş göremezlik süresi, yalnızca tıbbi tedavi süresi ile sınırlı değildir. Ayrıca iyileşme (yeniden çalışmaya başlama) süresi söz konusudur ve bu süre tedavi süresinden daha uzun olabilir. Örneğin, hastaneden taburcu olduktan sonra, bir süre evde dinlenme gerekli görülebilir. İyileşme süresi, yapılan işe, mesleğe ve bedensel zararın türüne göre farklı olabilir. Bacağı kırılan bir kimse masa başı işler yapıyorsa onun iyileşme süresi kısa olacak; bedenini kullanarak çalışma durumunda olan kişinin ise iyileşme süresi uzayacaktır. Ağır işlerde çalışanlarda iyileşme süresi çok daha uzun olacaktır (29).

### 2.4.15 Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik (6)

Bu Yönetmelik; özürlü sağlık kurulu raporlarının alınışı, geçerliliği, değerlendirilmesi ve özürlü sağlık kurulu raporu verebilecek yetkili sağlık kurumlarının tespiti ile ilgili usul ve esasları belirlemek; özürlülerle ilgili derecelendirmelere, sınıflandırmalara ve tanımlamalara gereksinim duyulan alanlarda ortak bir uygulama geliştirmek ve uluslararası sınıflandırma ve ölçütlerin kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Bu yönetmelikte özürlülüklere ilişkin sınıflandırma çalışmalarında, DSÖ tarafından sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanması için ortak standart bir dil ve çerçeve oluşturmak amacı ile geliştirilen ve insanın işlevselliği ve kısıtlılıkları ile ilgili durumlarının tanımlanmasını sağlayan çok kapsamlı uluslararası bir sınıflandırma sistemi olan İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) esas alınmıştır.

#### 2.4.15.1 Özürlü sağlık kurulu raporu düzenlenmesi (6)

Özürlü sağlık kurulu; iç hastalıkları, göz hastalıkları, kulak-burun-boğaz, genel cerrahi veya ortopedi, nöroloji veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından oluşur.

Özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kurumunda, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunması halinde, bu uzmanın özürlü sağlık kurulunda yer alması zorunludur.

Değerlendirilecek özür, birinci fıkrada sayılan uzmanlık dallarının dışında ise ilgili dal uzmanının da kurulda bulunması şarttır. Kurulda bulunan hekimler birbirlerinin yerine karar veremezler.

Sadece bir organ ya da sistemi ilgilendiren özrü bulunanlar için özürlü sağlık kurulu, o özrü ilgilendiren branştan üç uzman ile oluşturulabilir. Bu kurulun başkanlığını ilgili şef ya da anabilim dalı başkanı yürütür.

#### 2.4.15.2 Özür Oranı Cetveli (6)

Özür oranı, özürlü sağlık kurulunca "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması Ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" ekinde yer alan Özür Oranları Cetveli kullanılarak hesaplanır. Özür Oranları Cetveli özür durumunun değerlendirilmesinde ve belgelenmesinde uzman hekimler için standart, objektif bir yaklaşım sağlar. Özürlülük halinin ölçütü olarak kişinin özrü nedeniyle yaşadığı fonksiyon kaybı ve günlük yaşam aktivitesine etkisi değerlendirilmiştir. Bu tarz yaklaşım ile özürlülük durumu belirlenirken tıbbi bozukluk hem anatomik hem de fonksiyonel olarak değerlendirilmektedir. Özür durumuna göre fonksiyon kaybı oranları belirlenirken tıbbi tedavi olsun olmasın özür durumunda bir değişikliğin olmayacağı kanaatine varılan kalıcı bozukluklar değerlendirilir. İstisnai durumlar cetvelde özel olarak belirtilmiştir.

Özür Oranları Cetveli organ veya vücut sistemlerine göre bölümlere ayrılmıştır. Cetveli hazırlayan tıp uzmanları tarafından özür oranları belirlenirken mevcut tıbbi bozukluğun ciddiyetine göre kişinin özür oranları ve günlük yaşam aktivitesine getirdiği sınırlama % oranlar şeklinde belirlenmiştir. Bu cetvelde adı geçmeyen hastalık ve özürler ile bunlara ait özür oranları, fonksiyon kayıplarına göre özürlü sağlık kurulunca değerlendirilerek belirlenir.

Özür oranı cetvelinde yer alan başlıklar;

1. Kulak burun boğaz
2. Zihinsel, ruhsal, davranışsal bozukluklar
3. Deri
4. Hematolojik hastalıklar
5. Kardiyovasküler sistem
6. Görme sistemi
7. Sindirim sistemi
8. Kadın hastalıkları ve doğum
9. Ürogenital sistem
10. Endokrin sistem
11. Göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi
12. Yanıklar
13. Onkoloji
14. Sinir sistemi
15. Kas-iskelet sistemi

Birden fazla hastalığı veya özrü bulunanların, özür oranları bu Yönetmeliğin ekinde yer alan Özür Oranları Cetvelinde de aksi belirtilmedikçe Balthazard formülü ile toplanarak özür oranı hesaplanır.

Balthazard formülü bu cetvel kapsamında da şu şekilde uygulanmaktadır: Özür oranları ayrı ayrı tespit edilir. Bu oranlar en yükseğinden başlanarak sıraya konulur. En yüksek oran, özürlünün tüm vücut fonksiyonunun tamamını gösteren %100'den çıkarılır. Bu çıkarmada kalan miktar, sırada ikinci gelen özür oranı ile çarpılır. Çarpımın 100'e bölünmesinden çıkan rakam en yüksek özür oranına eklenir; böylece, birinci ve ikinci rahatsızlıkların özür oranı bulunmuş olur. Özür ikiden fazla ise, birinci

ve ikinci rahatsızlıkların özür oranı birinci sıraya ve üçüncü sıradaki özür oranı ise ikinci sıraya alınarak formül tekrarlanır. Balthazard formülünün uygulanmasına ilişkin olarak bu Yönetmeliğin ekinde yer alan Balthazard Hesaplama Tablosu da kullanılabilir.

#### 2.4.15.3 Özürlü sağlık kurulu raporunun kullanıldığı yerler (15).

- Yaşlılık sigortası,
- Kadın sigortalıların başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engelli çocuklarının tespiti
- Sakatlık indiriminden yararlanacak hizmet erbabının sakatlık derecelerinin tespiti
- 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşları ile özürlü ve muhtaç Türk vatandaşlarına aylık bağlanması
- Özürlü Kontenjanından İş başvurusu
- Vergi İndirimi,
- ÖTV Muafiyeti,
- Belediye Hizmetleri,
- Özürlü Kartı alımı
- Özel Eğitim başvurusu,
- H Sınıfı Ehliyet alımı,
- Tekerlekli Sandalye, Özel Tertibatlı Akülü Araç, Ortez-Protez, İşitme Cihazı, Yardımcı Cihaz alımı
- Aile Sağlık Karnesinden Faydalanması
- Evde Bakım Yardımı Faydalanması gibi durumlarda kullanılmaktadır.

8.10.1986 tarihli ve 86/11092 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği kapsamında asker hastanelerince malullük aylığı bağlanacaklara verilecek özürlü sağlık kurulu raporları ve sosyal güvenlik kuruluşlarınca primli sisteme tabi olanlara bağlanacak malullük aylıkları için istenecek özürlü sağlık kurulu raporları bu Yönetmelik kapsamında değerlendirilmez (6).

### 2.4.16 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları ile Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik (41)

Bu Yönetmeliğin amacı, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanunda belirtilen aylıklardan yararlanabileceklerin; müracaat şekli, hak sahipliğinin tespiti ve kontrolü ile aylık hakkından yararlananların muayene ve tedavilerine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Özürlülerin çalışma gücü kaybı oranları Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik esaslarına göre belirlenmektedir. Bu yönetmeliğe göre; çalışma güçlerini %40 ile %69 arasında kaybedenler "özürlü", çalışma güçlerini % 70 ve üzerinde kaybedenler ise "başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde özürlü" olarak kabul edilir.

### 2.5 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu Gereği Yaptırılması Zorunlu Sigortalar (42);

- Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası
- Zorunlu Karayolları Taşımacılık Mali Sorumluluk Sigortası
- Karayolu Yolcu Taşımacılığı Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza Sigortası
- Tehlikeli Maddeler Zorunlu Sorumluluk Sigortası
- Kıyı Tesisleri Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası
- Özel Güvenlik Mali Sorumluluk Sigortası
- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası
- Zorunlu Deprem Sigortası
- Sertifika Mali Sorumluluk Sigortası
- Deniz Yolcu Taşımacılığı Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası
- Zorunlu Paket Tur Sigortası

## 2.6 ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ve ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

ICD-10 "Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması" uluslararası düzeyde İngilizce olarak “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” ya da kısaca "ICD" olarak kullanılan tanımlamanın dilimizdeki karşılığıdır.

ICD; etiyoloji, topografi vb. kökenli sınıflandırma ile araştırmalar, hasta kayıtları ve yönetim için gereksinim duyulan uzlaşma noktalarının sağlandığı bir sınıflamadır. ICD'nin getirdiği istatistiksel sınıflamada birbirine benzer hastalık veya durumlar bir araya getirilip, taşıdıkları öneme göre sınıflandırılmaktadır. Buna ek olarak her hastalık için o hastalığa özgü bir kod kullanılmaktadır. Bu yapısı sayesinde ICD’nin, gerek sağlık hizmetlerinin yönetimi, gerekse epidemiyolojik çalışmalarda kullanım kolaylığı sağladığı bilinmektedir. Hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslararası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı da vermekte olup ICD'nin önemli bir fonksiyonu da hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktadır (17, 43, 44).

Bunlara ek olarak ICD, hastalık ve ölüm kodlamalarında getirdiği bazı uluslararası kural ve hatırlatmalarla hastalık tanısının yazılması ya da ölüm nedeninin belirtilmesinde kayıtların mümkün olduğu kadar doğru tutulması konusunda dolaylı bir katkıda da bulunmaktadır. DSÖ 1991 yılında ICD’nin son revizyonu olan ICD-10'un yayınlanmasını kabul etmiş, 1994 yılında da uygulamaya geçirilmesini planlamıştır (17, 43, 44).

ICF genel amacı, sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanması için ortak, standart bir dil ve çerçeve oluşturmakta, sağlığın bileşenleri ve iyilik halinin sağlıkla ilgili bazı bileşenlerini (eğitim ve iş gücü gibi) tanımlamaktadır. Bu nedenle, ICF içinde kapsanan alanlar sağlık alanları ve sağlıkla ilgili alanlar olarak görülebilir. Bu alanlar, vücut, toplum ve birey bakış açılarından, (1) Vücut İşlevleri ve Yapıları

Sınıflandırma ve (2) Etkinlikler ve Katılım Sınıflandırma olarak iki liste halinde tanımlanmıştır. ICF, bir insan için herhangi bir sağlık koşulunda, farklı alanları sistematik biçimde gruplandırır (örneğin, bir bozukluğu (disorder) ya da hastalığı olan kişi ne yapar veya ne yapabilir). *İşlevsellik*, tüm vücut işlevlerini, etkinlikleri ve kişinin katılımını kapsayan geniş bir terimdir; benzer şekilde, *yetiyitimi* işlev veya yapı bozuklukları, etkinlik sınırlılıkları veya katılım kısıtlılıkları için geniş kapsamlı bir terimdir. ICF'de ayrıca tüm bu yapılarla etkileşimi olan çevresel etmenler de sıralanmıştır. Böylece, kullanıcı için, pek çok alanda kişinin işlevselliği, yetiyitimi ve sağlığının kaydedilmesine olanak sağlar (17).

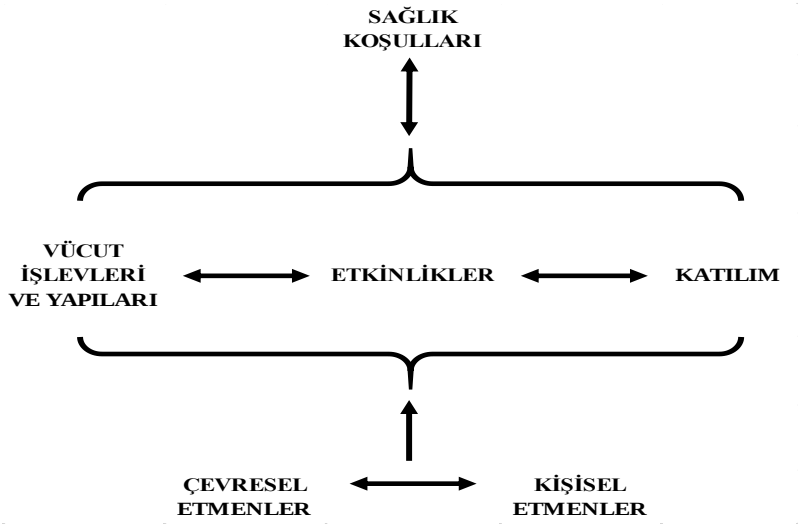
**ICF'nin Uygulama Alanları (15):**

- İstatistiksel araç olarak – verilerin toplanmasında ve kaydedilmesinde (örneğin nüfus çalışmalarında ve araştırmalarda veya bilgi sistemlerinin yönlendirilmesinde),
- Araştırma aracı olarak – yaşam kalitesi veya çevresel etmenlerin ve sonlanış değişkenlerinin ölçümü,
- Klinik araç olarak – değerlendirme, tedavi ile özel durumların eşleştirilmesi, mesleki değerlendirme, rehabilitasyon ve sonuç değerlendirmeleri,
- Sosyal politika aracı olarak – sosyal güvenlik planlamaları, tazminat sistemleri ve politika tasarımları ile uygulamaları,
- Eğitim aracı olarak – müfredat programı geliştirmede ve sosyal hareket oluşturmak ve farkındalığı arttırmak için kullanılabilir.

**ICF, 4 temel bileşenden oluşmaktadır** (15);

**1.** Vücut Yapıları
**2.** Vücut Fonksiyonları
**3.** Aktiviteler ve Katılım
**4.** Çevresel Etmenler

**ICF engellilik kavramını;** çevresel faktörleri de içine alarak bedenin yapı ve fonksiyonları düzeyinde bozukluk, bireysel düzeyde aktivite sınırlılığı ve toplumsal düzeyde katılım kısıtlılığı için şemsiye bir kavram olarak kullanmaktadır (45).




**Şekil 3.** ICF Bileşenleri Arasındaki Etkileşim (15).

Özetle DSÖ'nün uluslararası sınıflandırmasında, sağlık koşulları (hastalıklar, bozukluklar, yaralanmalar vb), etiyolojik çerçeve sunan ICD-10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, onuncu baskı) içinde sınıflandırılmış, sağlık koşulları ile bağlantılı işlevsellik ve yetiyitimi ICF'de sınıflandırılmıştır. ICD-10 ve ICF birbirlerini tamamlayıcı nitelikte olup, DSÖ'nün uluslararası sınıflandırma ailesine ait olan bu iki üyesinin bir arada kullanımı önerilmektedir. ICD-10, hastalıklara, bozukluklara veya diğer sağlık koşullarına "tanı" koymayı sağlar ve bu bilgi işlevsellikle ilgili ek bilgi veren ICF ile zenginleştirilir. Tanı ve buna ek olarak işlevsellikle ilgili bilginin bir arada oluşu kişi ve toplumların sağlıkları ile ilgili daha anlamlı ve geniş bir tablo ortaya çıkarır. Bu bilgide bireylerin sosyal ve iş hayatındaki yerinin değerlendirilmesi amacı ile kullanılabilir (17).

### 2.7 Maluliyet ile ilişkili çalışmalar

Kaya ve ark.'nın 319 maluliyet raporunu değerlendirdikleri çalışmalarında; maluliyet raporu düzenlenen olguların 237'sinin (%74.3) erkek ve 82'sinin (%25.7) kadın olduğu, olay türüne göre en sık trafik kazası (n:236, %74) sonucu başvuru yapıldığı, 38 olgunun (%11.9) iş kazası, 23 olgunun (%7.2) darp ve 14 olgunun (%4.3) diğer nedenlerle başvurduğu, iş ve meslek sorgulaması yapılan 306 olgudan 235'inin (%76.8) ilgili yönetmelik ek listede belirtilen iş kollarına göre düz işçi olarak kabul edildiği, 102 olgunun (%32) ilgili yönetmelikte mesleğinin karşılığı bulunmaması nedeniyle mesleğine en yakın meslek grubunun seçildiği, arıza saptanan 218 (%68,4)

olgunun arızalarının ilgili yönetmelikte belirtilen listelere göre en sık pelvis ve alt ekstremite arızalarına (n:200, %54.5) rastlandığı, maluliyet oranı hesaplanan 218 olgunun 78'inde (%35.8) olaya bağlı meydana gelen arızanın karşılığı bulunmadığından ilgili yönetmeliğe göre arızasına en yakın arıza çeşidi seçildiği, olguların 15'inde ise yönetmelikte kişinin arızasına karşılık gelen arıza bulunmakla beraber o arızaya karşılık gelen fonksiyonun tamamı yitirilmediğinden açıklama yapılarak maluliyet oranında takdiren bir oran belirtildiği bildirilmiştir (2).

Yaşlılarda travmaya bağlı maluliyetin değerlendirildiği bir çalışmada, 52 olgudan 31'inin (%59.6) erkek, 21'inin (%40.4) kadın olduğu, olgularda en sık pelvis ve alt ekstremite arızalarının (%61.3) olduğu, bunu omuz ve kol arızalarının (%22.6) takip ettiği bildirilmiştir (46).

Cantürk ve ark.'nın iş kazası nedeniyle 1993-2003 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na başvuran olguları değerlendirdikleri çalışmalarında; olguların %96.9'nun erkek, %3.1'nin kadın olduğu, maluliyet oranı hesaplanan olguların %78.1'ni düz işçi olarak kabul edildiği bildirilmiştir (47).

Birgen ve ark.'nın 1994-1998 yılları arasında iş kazası sonucu maluliyet oranının belirlenmesi için Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'na gönderilen 139 olgunun değerlendirildiği çalışmalarına bakıldığında; olguların 135'inin (%97.1) erkek, 4'ünün (%2.9) kadın olduğu, arızanın meydana geldiği vücut bölgelerine göre dağılımları incelendiğinde ise, pelvis ve alt ekstremite arızalarının 58 olgu (% 30,52) ile ilk sırayı aldığı, bunu 48 olgu (% 25,26) ile el parmak arızaları, 24 olgu (% 12,63) ile omuz, kol, önkol, 11 olgu (% 5,78) ile göz arızaları, 9 olgu (% 4,73) ile omurga arızalarının izlediği görülmüştür (1).

Birgen ve ark.'nın iş kazalarını değerlendirdikleri çalışmasında olguların %95.3'ünün erkek, %4.7'sinin kadın olduğu bildirilmiş ve bu çalışmada yer alan lezyonların en çok el ve parmaklarda olduğu görülmüştür (48).

Gürbüz tarafından yapılmış uzmanlık tezinde maluliyet raporu düzenlenen 908 olgu değerlendirilmiş ve bu çalışma sonuçlarında, olguların %72.7'sinin erkek,

%27.2’sinin kadın olduğu, en sık trafik kazası (n:857, %94.4) sonucu rapor başvurusu yapıldığı, olguların 728’inin (%80.2) düz işçi olarak değerlendirildiği, bu olgularda en sık pelvis ve alt ekstremite yaralanmalarının görüldüğü, saptanan 853 arızanın 201’inde (%23.5) takdir uygulandığı bilgisi yer almaktadır (43).

# 3. MATERYAL METOD

## 3.1 Yasal İzinler

Çalışmamız ile ilgili olarak 05.04.2017 tarihinde Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na başvuruda bulunuldu. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 13.04.2017 tarihli, 60 sayılı kararı ile araştırmaya izin verildi.

## 3.2 Çalışma Grubunun Oluşturulması

Çalışmaya 2015-2016 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından hazırlanan raporlar incelenerek maluliyet raporu isteminde bulunulan olgular çalışmaya dahil edildi.

## 3.3 Veri Toplama Araçları

Çalışmamızda; maluliyet raporu düzenlenmesi istemi ile Adli Tıp Anabilim Dalımıza başvuran olgular adına Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelli ile yapılmış hesaplamaları içeren bilirkişi raporları ile

"Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında bulunan "Özür Oranları Cetveli" kullanılarak yeniden yapılan hesaplamalar kullanıldı.

## 3.4 İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda maluliyet raporu düzenlenmesi istemi ile Adli Tıp Anabilim Dalımıza başvuran olgular adına düzenlenmiş bilirkişi raporlarında olguların anatomik veya fonksiyon kayıplarına yönelik olarak Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri ile yapılmış hesaplamalar "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında bulunan "Özür Oranları Cetveli" kullanılarak yeniden hesaplanıp bu oranlar, Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerine göre saptanmış oranlar ile karşılaştırıldı.

Verilerin istatistiksel olarak incelenmesi SPSS 22.00 istatistik programı ile yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. Elde edilen veriler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, sayı ve yüzde şeklinde verildi. Verilerin analizinde Mann-Whitney U testi Wilcoxon Signed-Rank Testi, Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

# 4. BULGULAR

## 4.1 Sosyodemografik verilerin incelenmesi

Adli Tıp Anabilim Dalımızca düzenlenen maluliyet raporlar retrospektif olarak incelenerek 2015-2016 yıllarında maluliyet raporu düzenlenmesi talep edilen 78 olgu çalışmaya dahil edildi.

Başvuru yılına göre değerlendirildiğinde olguların 35'ini (%44.9) 2015, 43'ünü (%55.1) 2016 yılına ait raporlar oluşturmaktaydı.

Olguların 60'ı (%76.9) erkek, 18'i (%23.1) kadınlardan oluşmaktaydı. Olguların yaş ortalaması 38.78±18.38 idi (min:8, maks:80). Erkeklerin yaş ortalaması 39.13±18.35, kadınların yaş ortalaması 41.94±18.82 olarak saptandı (Tablo 2).

**Tablo 2.** Olgu grubunun yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırılması.

| | n | % | Min-Maks | Yaş (Ort±SS) | p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Erkek | 60 | 76.9 | 8-80 | 39.13±18.35 | 0.678 |
| Kadın | 18 | 23.1 | 15-75 | 41.94±18.82 | |
| Toplam | 78 | 100 | 8-80 | 38.78±18.38 | |

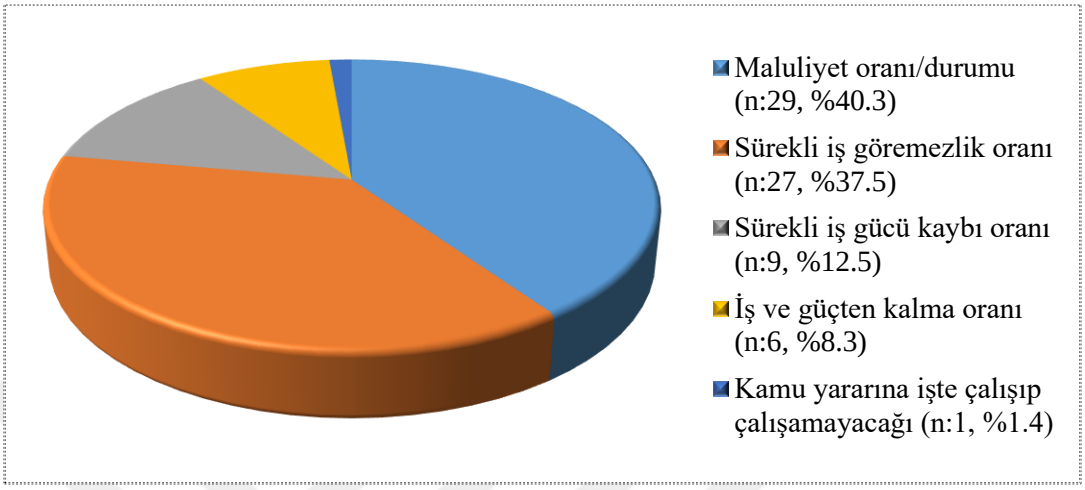
Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Mann-Whitney U testi

Maluliyet raporu düzenlenmesi talebinin çoğunlukla adli makamlar (Asliye Ticaret Mahkemesi, Asliye Hukuk Mahkemesi, Cumhuriyet Başsavcılıkları) tarafından gerçekleştirildiği (n:72, %92.3), özel başvuruların ise başvuruların 6'sını (%7.7) oluşturduğu saptandı.

Maluliyet saptanan olguların meslekleri incelendiğinde, adli makamlarca gönderilen olguların (n:44, %89.7) meslek bilgisinin olmadığı görüldü. Özel başvuru yolu ile gelen maluliyet saptanan 5 (%10.3) olgunun (iki öğrenci, bir ev hanımı bir işsiz) 4'ünün (%8.1) düz işçi kabul edildiği diğer bir kişinin (%2.1) keresteci olduğu saptandı.

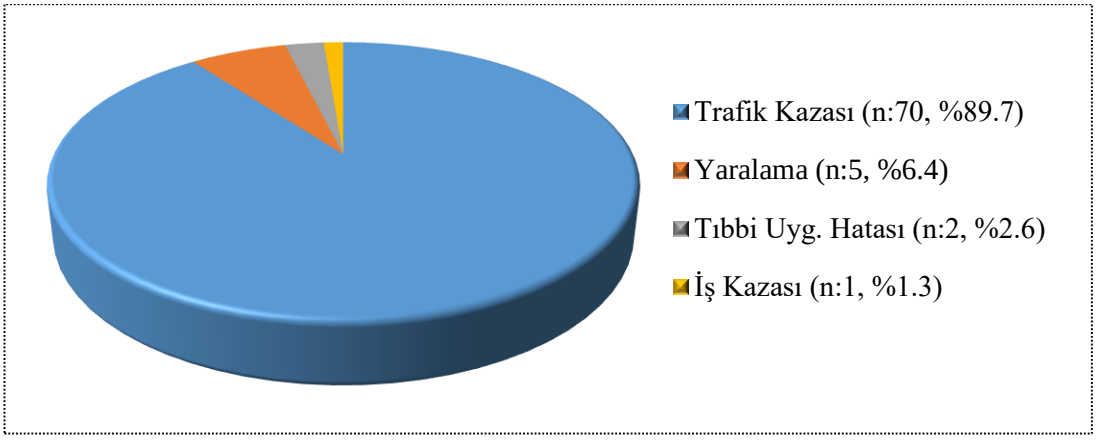
Adli makamlardan gelen 72 olguya ait başvurular incelendiğinde rapor düzenlenmesi talebinde farklı terminolojiler kullanıldığı görüldü. Olguların 29'unda (%40.3) "maluliyet oranı/durumu", 27'sinde (%37.5) "sürekli iş göremezlik oranı",

9'unda (%12.5) "sürekli iş gücü kaybı oranı", 6'sında (%8.3) "iş ve güçten kalma oranı" ifadesi yer almaktaydı. Bir olguda ise (%1.4) "kamu yararına işte çalışıp çalışamayacağı" sorulmaktaydı (Şekil 4).




**Şekil 4.** Adli Makamlarca Kullanılan Terminolojiler.

Maluliyet raporu talebi ile ilişkili olaylar incelendiğinde en sık trafik kazası (n:70, %89.7) nedeniyle başvuru yapıldığı, bunu sırasıyla yaralamalar (n:5, %6,4), tıbbi uygulama hatası (n:2, %2.6) ve iş kazasının (n:1, %1.3) takip ettiği görüldü (Şekil 5).




**Şekil 5.** Maluliyet Başvurusu ile İlişkili Olaylar.

Olguların klinik değerlendirmelerinde arızaya yönelik ilgili kliniklerden konsültasyon istendiği saptandı. En sık konsültasyon istenen kliniklerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (n:32, %23.4), Psikiyatri (n:24, %18.3) ve Ortopedi olduğu görüldü (Tablo 3).

**Tablo 3**. Konsültasyon istenen klinikler

| | n | % |
|---|---|---|
| **1.** FTR | 32 | 23.4 |
| **2.** Psikiyatri | 24 | 18.3 |
| **3.** Ortopedi | 18 | 13.7 |
| **4.** Nöroşirurji | 15 | 11.4 |
| **5.** Göz hastalıkları | 10 | 7.6 |
| **6.** KBB | 7 | 5.3 |
| **7.** Nöroloji | 7 | 5.3 |
| **8.** Üroloji | 6 | 4.5 |
| **9.** Plastik Cerrahisi | 4 | 3.0 |
| **10.** Genel Cerrahi | 3 | 2.2 |
| **11.** Göğüs Hastalıkları | 2 | 1.5 |
| **12.** Göğüs Cerrahisi | 2 | 1.5 |
| **13.** Enfeksiyon Hastalıkları | 1 | 0.7 |
| **14.** Toplam | 131 | 100 |

FTR:Fizik tedavi ve rehabilitasyon, KBB:Kulak burun boğaz hastalıkları

Kliniklerden gelen konsültasyonların olgularda saptanan arıza tanılarının ICD-10 tanı kodlarına göre yanıtlandığı görüldü.

Olguların 49'unda (%62.8) maluliyet olduğu saptandı. Bu olguların 37'si (%75.5) erkek, 12'si (%24.5) kadınlardan oluşmaktaydı. Maluliyet varlığı cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p:0.700) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Maluliyet varlığının cinsiyetler açısından karşılaştırılması.

| | Maluliyet | | | | p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Var | | Yok | | |
| | n | % | n | % | |
| Erkek | 37 | 75.5 | 23 | 79.3 | 0.700 |
| Kadın | 12 | 24.5 | 6 | 20.7 | |
| Toplam | 49 | 62.8 | 29 | 37.2 | |

*ki kare

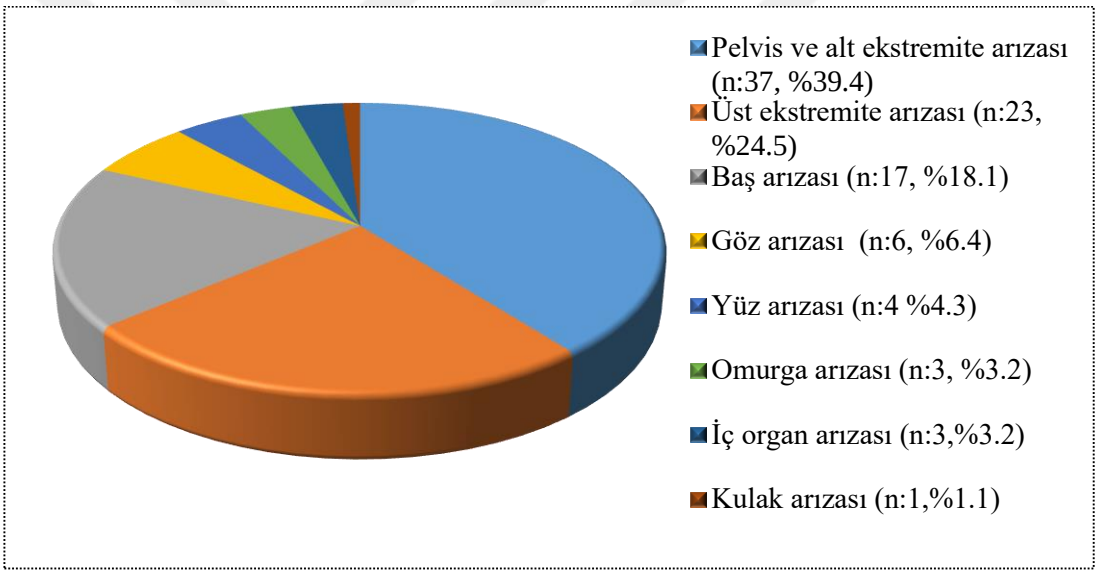
### 4.2 Arızaların değerlendirilmesi

Maluliyet saptanan olgularda (n:49) toplam 94 arıza vardı. Olguların 26'sında (%53.1) bir arıza saptanırken, 12 olguda (%24.5) iki, 6 olguda (%12.2) üç, 3 olguda (%6.1) dört, birer olguda (%2.0) beş ve dokuz arıza mevcuttu (Tablo 5).

**Tablo 5.** Maluliyet saptanan olguların arıza sayılarına göre dağılımı.

| | | n:49 | % |
|---|---|---|---|
| Arıza sayısı | 1 | 26 | 53.1 |
| | 2 | 12 | 24.5 |
| | 3 | 6 | 12.2 |
| | 4 | 3 | 6.1 |
| | 5 | 1 | 2.0 |
| | 9 | 1 | 2.0 |

Arızaların dağılımı incelendiğinde en sık alt ekstremite arızası (n:37, %39.4) saptandığı, bunu sırasıyla üst ekstremite arızası (n:23, %24.5), baş arızası (n:17, %18.1), göz arızası (n:6, %6.4), yüz arızası (n:4 %4.3), omurga arızası (n:3, %3.2), iç organ arızası (n:3,%3.2) ve kulak arızasının (n:1,%1.1) oluşturduğu görüldü (Şekil 6).




**Şekil 6.** Arızaların Dağılımı.

### 4.3 Arızaların D cetveline göre değerlendirilmesi

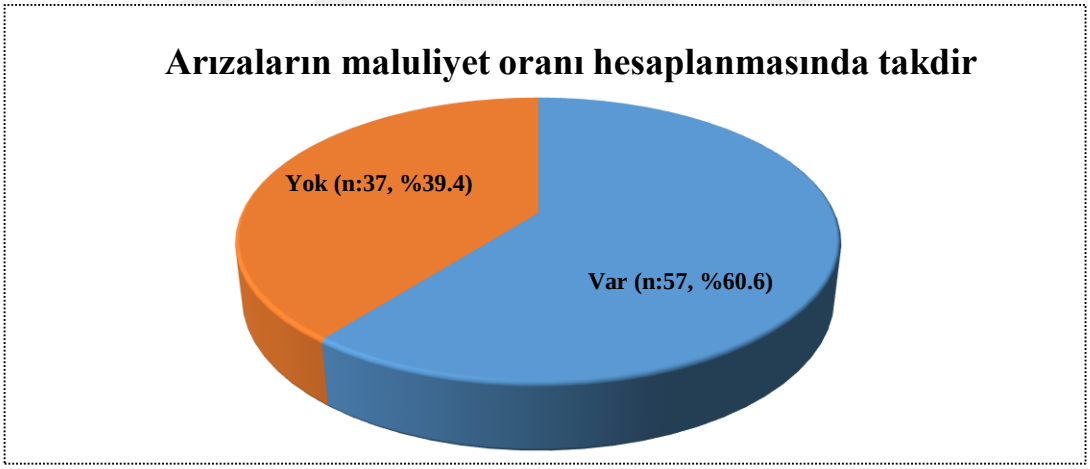
Arıza bazında D cetveline ile hesaplanan "38-39 yaşına göre maluliyet oranları" ortalaması 21.04±21.47 idi. Bu oran pelvis ve alt ekstremitede (n:37) 12±13.61, üst ekstremitede (n:23) 12.78±11.70 olarak saptanmıştır. Diğer arızalara yönelik hesaplanan maluliyet oranı ortalamaları Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6.** D cetveline ile hesaplanan arıza oranlarının incelenmesi.

| Arıza | n | Min | Maks | Ort | SS |
|---|---|---|---|---|---|
| Pelvis ve alt ekstremite | 37 | 1 | 65 | 12 | 13.61 |
| Üst ekstremite | 23 | 2 | 47 | 12.78 | 11.70 |
| Baş | 17 | 4 | 100 | 41.53 | 24.65 |
| Göz | 6 | 7 | 39 | 33 | 12.83 |
| Yüz | 3 | 14 | 16 | 14.67 | 1.15 |
| Omurga | 3 | 10 | 19 | 16 | 5.19 |
| İç organ | 3 | 17 | 100 | 65.67 | 43.31 |
| Kulak | 1 | 17 | 17 | 17 | - |

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

94 arızanın 57'sinde (%60.6), ilgili yönetmeliğin A cetvelinde belirtilen arızaya göre daha hafif olması veya birebir karşılığı olmaması nedeni ile listede yer alan en yakın arıza belirlenerek ve arızanın niteliğine göre açıklama yapılarak D cetveli ile hesaplanan "38-39 yaş için maluliyet oranında" takdiren belli oranlarda azaltma yapıldığı görüldü (Şekil 7).




**Şekil 7.** Tüm arızalarda uygulanan takdir dağılımı.

Arızalar takdir uygulanma açısından incelendiğinde; Üst ekstremite arızalarının tamamında takdir uygulandığı görülürken, pelvis ve alt ekstremite arızalarının %64.9'unda, baş arızalarının %41.2'inde takdir uygulandığı görüldü. Göz, yüz, omurga, iç organ ve kulak arızalarında uygulanan takdir dağılımları Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7.** D cetveline göre hesaplanan arızalardaki takdir dağılımı.

| | Takdir | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Var | | Yok | |
| | n | % | n | % |
| Pelvis ve alt ekstremite | 24 | 64.9 | 13 | 35.1 |
| Üst ekstremite | 23 | 100 | 0 | 0 |
| Baş | 7 | 41.2 | 10 | 58.8 |
| Göz | 1 | 16.7 | 5 | 83.3 |
| Yüz | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 |
| Omurga | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 |
| İç organ | 0 | 0 | 3 | 100 |
| Kulak | 0 | 0 | 1 | 100 |

### 4.4 Arızaların "Özür Oranları Cetveli"ne göre değerlendirilmesi

Arızaların özür oranı cetvellerine göre hesaplanan oranların ortalaması 17.56±20.51 olarak saptandı. Alt ekstremite arızalarında (n:37) bu oran 10.89±14.74 iken, üst ekstremite arızalarında (n:23) 8±13.44 olarak saptandı. Diğer arızalara yönelik hesaplanan oranlara ilişkin bilgiler Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8.** Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan oranlarının incelenmesi.

| Arıza | n | Min | Maks | Ort | SS |
|---|---|---|---|---|---|
| Pelvis ve alt ekstremite | 37 | 0 | 64 | 10.89 | 14.74 |
| Üst ekstremite | 23 | 0 | 60 | 8 | 13.44 |
| Baş | 17 | 0 | 100 | 37.59 | 25.14 |
| Göz | 6 | 7 | 30 | 24.83 | 9.30 |
| Yüz | 3 | 15 | 17 | 15.67 | 1.15 |
| Omurga | 3 | 8 | 13 | 11.33 | 2.88 |
| İç organ | 3 | 20 | 85 | 51.67 | 32.53 |
| Kulak | 1 | 12 | 12 | 12 | - |

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Arızaların özür oranı hesaplamasında takdiren azaltma ya da artırma uygulanmadığı görülmüştür.

### 4.5 Arızaların "Özür Oranları Cetveline" göre hesaplanan oranları ile D cetveline göre hesaplanan maluliyet oranlarının karşılaştırılması

Arızaların hesaplanan oranları ile D cetveline göre hesaplanan maluliyet oranları karşılaştırıldığında üst ekstremite ve göz arızalarında anlamlı oranda farklılık saptandı

(sırasıyla p:0.002, p:0.034). Diğer arızalara yönelik yapılan incelemeler Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9.** D cetveli ve "Özür Oranları Cetveli"ne göre hesaplanan oranların karşılaştırılması.

| Arıza | n | D cetveli Ort±SS | Özürlülük ölçütü Ort±SS | p* |
|---|---|---|---|---|
| Pelvis ve alt ekstremite | 37 | 12±13.61 | 10.89±14.74 | 0.241 |
| Üst ekstremite | 23 | 12.78±11.70 | 8±13.44 | **0.002** |
| Baş | 17 | 41.53±24.65 | 37.59±25.14 | 0.117 |
| Göz | 6 | 33±12.83 | 24.83±9.30 | **0.034** |
| Yüz | 3 | 14.67±1.15 | 15.67±1.15 | 0.083 |
| Omurga | 3 | 16±5.19 | 11.33±2.88 | 0.285 |
| İç organ | 3 | 65.67±43.31 | 51.67±32.53 | ~1 |
| Kulak | 1 | 17 | 12 | 0.317 |

Min: minimum, Maks: maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Wilcoxon T testi

D cetveline göre yapılan hesaplamalarda takdir uygulandığı tespit edilen arızaların bu cetvelden aldıkları oran ile Özürlülük Ölçütüne göre aldıkları oranlar karşılaştırıldığında üst ekstremite arızalarında anlamlı farklılık saptandığı (p:0.002), diğer arızalarda ise saptanan farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (Tablo 9).

D cetveline göre yapılan hesaplamalarda takdir uygulanmadığı tespit edilen arızaların bu cetvelden aldıkları oran ile Özürlülük Ölçütüne göre aldıkları oranlar karşılaştırıldığında göz arızalarında anlamlı farklılık saptandığı (p:0.046), diğer arızalarda ise saptanan farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (Tablo 10).

**Tablo 10.** D cetveline göre takdir uygulanan ve uygulanmayan arızaların D cetveli ve Özür Oranları Cetveli ile hesaplanan oranlarının karşılaştırılması.

| | | | n | D cetveli Ort±SS | Özürlülük Ölçütü Ort±SS | p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D Cetveline Göre | Takdir var | Pelvis ve alt ekstremite | 24 | 6.21±4.14 | 6.04±6.36 | 0.586 |
| | | Üst ekstremite | 23 | 12.78±11.70 | 8±13.44 | **0.002** |
| | | Baş | 7 | 32.29±16.73 | 30.57±16.40 | 0.400 |
| | | Göz | 1 | 35 | 22 | 0.317 |
| | | Yüz | 1 | 16 | 17 | 0.317 |
| | | Omurga | 0 | - | - | - |
| | | İç organ | 0 | - | - | - |
| | | Kulak | 0 | - | - | - |
| | Takdir yok | Pelvis ve alt ekstremite | 13 | 22.69±18.22 | 19.85±20.98 | 0.272 |
| | | Üst ekstremite | 0 | - | - | - |
| | | Baş | 10 | 42±27.94 | 42.5±29.65 | 0.213 |
| | | Göz | 5 | 32.60±14.31 | 25.40±10.28 | **0.046** |
| | | Yüz | 2 | 14 | 15 | 0.157 |
| | | Omurga | 2 | 19 | 10.5±3.53 | 0.180 |
| | | İç organ | 3 | 65.67±43.31 | 51.67±32.53 | ~1 |
| | | Kulak | 1 | 17 | 12 | 0.317 |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Wilcoxon T testi

### 4.6 Maluliyet saptanan olgularda D ve E cetvellerine göre hesaplanan total maluliyet oranları ile Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranlarının incelenmesi.

Olgularda birden fazla arıza olması durumunda D cetveline göre arıza bazında hesaplanan maluliyet oranları Balthazard formülü ile toplanarak 38-39 yaşa göre total maluliyet oranı hesaplandı. 38-39 yaşa göre total maluliyet oranı ortalamasının 32.94±26.86 olduğu, E cetveline göre total maluliyet oranı ortalamasının ise 33.07±26.52 olduğu saptandı (Tablo 10).

Olguların Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan özür oranı ortalaması 28.43±25.57 saptandı (Tablo 11).

**Tablo 11.** Maluliyet saptanan olgularda D ve E cetvelleri ile Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total maluliyet oranlarının incelenmesi.

| | Min | Maks | Ort | SS |
|---|---|---|---|---|
| D cetveli | 1 | 100 | 32.94 | 26.86 |
| E cetveli | 1 | 100 | 33.08 | 26.52 |
| Özürlülük Ölçütü | 0 | 100 | 28.43 | 25.57 |

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

D ve E cetvelleri ile hesaplanan total maluliyet oranları cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla p:0.415, p:0.329). Özür Oranları Cetveli ile hesaplanan total oranlar cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (p:0.553) (Tablo 12). Total oranlar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında kadın ve erkekler arasında farklılık göstermemekteydi.

**Tablo 12.** D ve E cetvelleri ile Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranların cinsiyetler açısından karşılaştırılması.

| | Erkek | | Kadın | | p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ort | SS | Ort | SS | |
| D cetveli | 32.19 | 28.68 | 32.25 | 21.14 | 0.415 |
| E cetveli | 32.11 | 27.99 | 36.05 | 22.16 | 0.329 |
| Özürlülük Ölçütü | 28.86 | 27.98 | 27.08 | 17 | 0.553 |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Mann Whitney U testi

Maluliyet saptanan olguların Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranları ile D ve E cetvellerine göre hesaplanan total oranları karşılaştırıldığında bu oranların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (sırasıyla p:0.001, p:0.002) (Tablo 13).

**Tablo 13.** D - E cetveli ve Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranların karşılaştırılması.

| | Ort | SS | p* |
|---|---|---|---|
| D cetveli | 32.94 | 26.86 | **0.001** |
| Özürlülük Ölçütü | 28.43 | 25.57 | |
| E cetveli | 33.08 | 26.52 | **0.002** |
| Özürlülük Ölçütü | 28.43 | 25.57 | |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Wilcoxon T testi

Maluliyet saptanan olgularda tek arızası olan olguların (n:26) Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranları ile D ve E cetvellerine göre hesaplanan total

oranları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla p:0.402, p:0.288) (Tablo 14).

**Tablo 14.** Arıza sayısı bir olan olguların (n:26) Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranları ile D ve E cetvellerine göre hesaplanan total oranları karşılaştırılması.

| | Ort | SS | p* |
|---|---|---|---|
| D cetveli | 24.5 | 23.65 | 0.402 |
| Özürlülük Ölçütü | 23.46 | 23.27 | |
| E cetveli | 23.35 | 23.58 | 0.288 |
| Özürlülük Ölçütü | 23.46 | 23.27 | |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Wilcoxon T testi

Arıza sayısı birden fazla arızası olan olguların (n:23) Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranları ile D ve E cetvellerine göre hesaplanan total oranları karşılaştırıldığında bu oranların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. (sırasıyla p:0.001, p:0.002) (Tablo 15).

**Tablo 15.** Birden fazla arızası olan olguların (n:23) Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan total oranları ile D ve E cetvellerine göre hesaplanan total oranları karşılaştırılması

| | Ort | SS | p* |
|---|---|---|---|
| D cetveli | 42.48 | 27.55 | **0.001** |
| Özürlülük Ölçütü | 34.04 | 27.37 | |
| E cetveli | 41.82 | 27.42 | **0.002** |
| Özürlülük Ölçütü | 34.04 | 27.37 | |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Wilcoxon T testi

### 4.7 Olguların Geçici İş Göremezlik Sürelerinin İncelenmesi

Maluliyet oranı saptanan 49 olgunun 2 tanesine maluliyet oranının %100 olması nedeni ile geçici iş göremezlik süresi belirlenmediği, maluliyet oranı belirlenmeyen 29 olgunun 3'ünde geçici iş göremezlik süresi olmadığı saptandı. Maluliyet saptanan olgularda geçici iş göremezlik süresi ortalaması 235.96±149.24, maluliyet saptanmayan olgularda 90.59±117.61 olarak saptandı. Maluliyeti olan ve olmayan olguların geçici iş göremezlik süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0.000). Maluliyeti olan olguların geçici iş göremezlik süresi ortalaması anlamlı oranda daha yüksekti (Tablo 16).

**Tablo 16.** Geçici iş göremezlik sürelerinin maluliyet durumuna göre karşılaştırılması.

| | Maluliyet | | | | p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Olan (n:49) | | Olmayan (n: 29) | | |
| | Min-Maks | Ort±SS | Min-Maks | Ort±SS | |
| Geçici iş göremezlik süresi | 12-720 | 235.96±149.24 | 0-540 | 90.59±117.61 | **0.000** |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma,*Mann Whitney U testi

# 5. TARTIŞMA

SGK uygulamasında maluliyet kavramını da içeren çalışma gücü kaybı oranı, meslekte kazanma gücü kaybı (sürekli iş göremezlik kaybı) oranı ve geçici iş göremezlik süresi gibi terminolojilerin kapsamları yasa ve yönetmeliklerle net bir şekilde belirlenmiştir. "Çalışma gücü kaybı" kavramı, kişinin herhangi bir sebepten (kaza, kendisinde var olan bir hastalık veya meslek hastalığı) dolayı mesleğini yapamaması olarak tanımlanmış olup bu kavram malulen emeklilik durumlarında kullanılmaktadır (18). Çalışma gücü kaybı değerlendirmesi Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği Ek 1'de yer alan hastalık listesine göre yapılmaktadır. Bu listede herhangi bir hesaplama, yaş veya işe göre değerlendirme yer almamaktadır. Kişinin malul olup olmadığına; aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilen hastalıkların tanı bazında değerlendirilmesi ile karar verilmektedir. Listede yer alan tanılar, çalışma gücü kaybının %60 oranından fazla olduğu anlamına gelir. "Meslekte kazanma gücü kaybı" ise iş kazası veya meslek hastalığı sonucu kişinin mesleğini sınırlı sürdürmesi ya da sürdürememesi durumudur (5).

"Çalışma gücü kaybı" kavramı karşımıza Borçlar Kanunda yeniden çıkmakta ve haksız fiil sonrasında kalıcı sakatlık durumunun tanımlanmasında kullanılmaktadır. Ancak yürürlükte olan yasa (23), yönetmelik veya tüzüklere bakıldığında "çalışma gücü kaybı"nın oransal olarak hesaplanmasını sağlayacak bir cetvel bulunmamakta ve yasada geçen çalışma gücü kaybı oranının belirlenmesi için herhangi bir yasa ya da yönetmeliğe atıfta bulunulmamaktadır. Bu nedenle adli makamlarca "Çalışma gücü kaybı" için Yargıtay içtihatları göz önüne alınarak 2008 öncesi Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 2008 sonrası Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ekinde yer alan cetveller kullanılmaktadır (29).

Yargıtay içtihatlarına bakıldığında, haksız fiiller sonrasında meydana gelen durumlar ile ilişkili olarak maluliyet oranı / çalışma gücü kaybı oranı / iş gücü kaybı oranı / beden çalışma gücü kaybı oranı / meslekte kazanma gücü kaybı oranı gibi farklı kavramların geçtiği görülmekle birlikte bu oranların belirlenmesi için "Meslekte

Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri"nin kullanılması gerektiği görülmektedir (29).

Çalışmamızda maluliyet istemi ile yapılan başvurular incelendiğinde "maluliyet oranı/durumu", "sürekli iş göremezlik oranı", "sürekli iş gücü kaybı oranı" ve "iş ve güçten kalma oranı" gibi terminolojilerin kullanıldığı görülmekte ve bu durumun Yargıtay içtihatlarında kullanılan farklı terminolojilere bağlı olarak mahkemelerin ve savcılıkların benzer terminolojileri kullanmasından kaynakladığı anlaşılmaktadır. Ortak bir dil oluşturarak kavramsal farklılıkların ortadan kaldırılması aynı alanda bilirkişilik yapan kurumlar arasındaki yanlış anlaşılmalardan kaynaklanan hataların ortadan kalkmasını sağlayacaktır.

Yasal düzenlemelere bakıldığında; iş kazası sonrasındaki maluliyetler ile ilişkili durumların Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve ilgili yönetmeliklerde düzenlendiği, trafik kazası sonrasındaki kalıcı sakatlıklar ile ilgili durumların ise Karayolları Trafik Kanunu ve bu kanun çerçevesinde düzenlenen 01.06.2015 tarihli Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları'nda düzenlendiği görülmüştür. Yasal düzenlemelerde trafik kazası ve iş kazası sonrasında maluliyet veya sakatlık durumları ile ilgili olarak ayrıntılı bilgi verilmiş olduğu, yaralama, cinsel istismar, cinsel saldırı ve mobbing gibi diğer haksız fiillerin mağdurlarına yönelik de bir takım yasal düzenlemeler (Borçlar Kanunu 44, 54, 55. maddeleri) bulunduğu ancak bu düzenlemelerin yeterince ayrıntı içermediği görülmektedir. Her ne kadar Yargıtay içtihatları ile eksiklikler giderilmeye çalışılmışsa da, mevcut durumda trafik kazası ve iş kazası dışındaki diğer haksız fiil mağdurlarının hak takiplerinin zor olduğu da görülmektedir.

Literatüre bakıldığında yaralanmaların çoğunlukla trafik kazası (%56-96.2) ile ilişkili olduğu; diğer yaralanma türlerini ise yaralamalar (%2.7-7.2), iş kazaları (%1.3-24), tıbbi uygulama hatası %1 ve diğer sebeplerin (%1.5-4.3) oluşturduğu görülmektedir (2, 43, 46, 49). Çalışmamızda ise yaralanmaların %89.7'si trafik kazası sonrasında oluştuğu saptanırken, %6.4'ü yaralamalar, %2.6'sı tıbbi uygulama hatası ve %1.3'ü iş kazası ile ilişkili olup yaralanmaların dağılımı literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Trafik kazaları yaralanmalara yol açan kazalar arasında dünyada ilk sırada yer almaktadır (50). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 raporunda; 20-50 milyon arasında kişinin yaralandığı bildirilmekte olup yaralanmalar sonucu 10 milyondan fazla kişinin de yaşamlarını kalıcı sakatlıklarla sürdürmek zorunda kaldığı belirtilmektedir (35). Çalışmamızda trafik kazası nedeniyle maluliyet raporu düzenlenmesi istenen olguların çoğunluğu oluşturmasının trafik kazalarının yaralanmalara en sık yol açan kazalar olmasından kaynaklandığı değerlendirilmiştir.

İş kazaları dünyada ve ülkemizde maluliyetin en önemli nedenlerindendir. Çalışmamızda tespit edilen iş kazası oranı Gürbüz'ün çalışması (43) ve Kaya ve ark.'nın çalışması ile benzerlik göstermekle birlikte, Umut ve ark.'nın çalışmasında (51) saptanan orandan daha düşük bulunmuştur. Bu durum üniversite hastaneleri bünyesinde bulunan Adli Tıp Anabilim Dalları ile Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kuruluna başvuran veya gönderilen olguların farklılık göstermesi ve iş kazası olgularında adli makamların Adli Tıp Kurumunu tercih etmesi ile ilişkili olabileceği değerlendirildi.

Örnekleminin çoğunluğunu trafik kazalarının oluşturduğu çalışmalarda "pelvis ve alt ekstremite" ve sonra "üst ekstremite" arızaları ön planda yer alırken (2, 43, 46, 49) iş kazalarındaki sıralama "üst ekstremite" ve sonra "pelvis ve alt ekstremite" arızaları şeklindedir (1, 47, 48). Çalışmamızda en sık "pelvis ve alt ekstremite" arızası saptanmış olup bunu "üst ekstremite" arızaları takip etmektedir. Bu durumun çalışmamızda en sık yaralanma nedeninin trafik kazası olması veya iş kazası oranının düşük olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Maluliyet ile literatür incelendiğinde, maluliyete sebep olan olaylara göre cinsiyet dağılımının farklılık gösterdiği görülmektedir. Olgularını iş kazası başvurularının oluşturduğu çalışmalarda erkekler %95.3-97.5 ve kadınlar %2.9-4.7 oranında iken (1, 47, 48); trafik kazalarının ön planda olduğu çalışmalarda bu oranlar erkeklerde %59.6 - 74.3, kadınlarda %25.7-40.4 arasında değişmektedir (2, 43, 46, 49). Her ne kadar trafik kazası ve iş kazası ile ilgili çalışmalarda erkek oranı kadın oranından yüksek olsa da trafik kazası ile ilgili çalışmalardaki kadın oranının iş kazası ile ilgili çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ise başvuruların çoğunluğu trafik kazaları ile ilişkili olup olguların %76.9'u erkeklerden,

%23.1'i kadınlardan oluşmaktaydı. Çalışmamızdaki cinsiyet dağılımı olguların çoğunluğu ya da tamamını trafik kazalarının oluşturduğu literatür ile benzer bulunmuştur. İş kazası olgularının ağırlıklı olduğu çalışmalarda erkek cinsiyet oranının yüksek olmasının, erkeklerin aktif iş hayatında daha fazla yer alması veya riskli meslek gruplarında daha çok çalışmasından dolayı travmaya daha fazla maruz kalması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinin "B" cetvelinde başvuran olguların mesleğine göre meslek grup numaraları belirlenmekte ve oran hesaplanırken bu meslek grup numarası kullanılmaktadır (4). Literatüre bakıldığında maluliyet raporu düzenlenen olguların %76-80 oranında düz işçi olarak kabul edildiği görülmektedir. Yine aynı çalışmalarda düz işçi olarak kabul edilen olguların büyük oranda ilgili makamlarca herhangi bir meslek grubu belirtilmemesi veya mesleğin karşılığının ilgili yönetmelikte tespit edilememesi nedeni ile kişilerin düz işçi olarak değerlendirildiği bildirilmektedir (2, 43). Çalışmamızda maluliyet oranı hesaplanan olguların %89.7'si adli makamlarca gönderilmekle birlikte belgelerde meslek bilgilerine ilişkin kayıtlar yer almaması nedeniyle bu olgular düz işçi olarak kabul edilmiştir. Özel başvuru yolu ile gelen ve maluliyet saptanan 5 (%10.3) olgunun 4'ünün (%8.1) (iki öğrenci, bir ev hanımı, bir işsiz) düz işçi kabul edildiği, diğer bir kişinin (%2.1) keresteci olduğu saptandı. Çalışmamız bulgularıyla da uyumlu olarak literatürde bildirilen düz işçi oranlarının yüksek olmasında, ilgili makamlarca herhangi bir meslek grubu belirtilmemesi veya kişinin yapmış olduğu mesleğin karşılığının ilgili yönetmelikte tespit edilememesi nedeniyle bu kişilerin düz işçi olarak kabul edilmesi ilişkili olabilir.

2006 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve diğer sosyal güvenlik kurumları birleştirilerek "SGK" çatısı altında toplanmış ve uygulamaya konulan yönetmelik Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu güvencesi altındaki tüm meslek gruplarını kapsayacak şekilde düzenlenmiştir (9). 2008 yılında çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespit işlemleri yönetmeliği uygulanmaya konulmuş (4) olmakla birlikte yönetmelik ekinde belirtilen B cetvelinde değişiklik yapılmadığı görülmektedir. Yönetmelikte maluliyet hesaplaması sırasında olgunun mesleğine karşılık gelen meslek grup numarasının bulunamadığı durumlarda, olgunun

mesleğine en yakın meslek grubu seçilerek değerlendirme yapılması belirtilmektedir (4). Sanayi ve teknoloji alanındaki gelişmeler yeni iş alanlarını (Genetik mühendisliği, Kriminolog, Web Tasarımcısı vb) beraberinde getirmekte ve/veya mevcut iş alanlarındaki çalışma koşullarını değiştirebilmektedir. Günümüzde maluliyet raporu düzenlenmesi için kullanılan B cetvelinin yeni iş alanlarını, daha az görülen meslek gruplarını (milletvekili, borsacı, kuyumcu gibi) kapsamadığı ve günümüzde birçok iş alanının çalışma koşullarının değişmesine paralel olarak güncel olmadığı görülmektedir. Bu durumun bilirkişi raporlarında farklılıklara, hak kayıplarına, dava sürecinde itirazlara neden olarak işgücü ve maddi kayıplara yol açabileceği değerlendirilmiştir.

Toplumda iş kazası dışında haksız fiil neticesinde mağdur olan bireylerin hepsinin çalışmadığı, öğrenci, ev hanımı veya işsiz olabilecekleri de göz önüne alınarak hak kayıplarının önlenmesi için Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 12.02.2002 tarih ve 2002/1844 sayılı kararında "… beden gücü kaybına uğrayan davacının yaşadığı sürece maluliyeti nedeniyle daha fazla efor sarf edeceği, çalışmıyor ve kazanç elde etmiyor olsalar bile günlük yaşamlarını sürdürürlerken sakatlıkları oranında zorlanacakları …" ve Yargıtay 19. Hukuk Dairesinin 14.10.1993 tarih ve 7605 - 6582 sayılı kararında "…ev kadının da aynı şekilde kendi ev işlerini yaparken zorlanacağı düşüncesiyle ve asgari ücret baz alınmak suretiyle …" şeklinde tazminat isteme hakkının bulunduğu belirtilmiştir (29). Her ne kadar Yargıtay kararları olsa da bu konu ile ilgili Yönetmelikteki eksikliklere bağlı olarak uygulamada zorluklar olabilmektedir. İlgili yönetmelikteki eksiklikler ve uygulamalarda yaşanan zorluklar göz önüne alındığında tüm meslek gruplarını kapsayan düzenlemelerin yapılması gerektiği ve bu düzenlemelere iş kazası ve meslek hastalığı dışındaki haksız fiiller neticesinde doğan mağduriyetlerin de dahil edildiği daha kapsamlı yasal düzenlemeler yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Maluliyet için başvuran veya gönderilen olguların arıza tespitinde arıza ile ilişkili konsültasyon istenilip ilgili branşın yanıtları da dikkate alınarak değerlendirme yapılmaktadır. Çalışmamızda arızaların tespiti için arıza ile ilişkili 14 farklı kliniğe görüş sorulduğu ve kliniklerin konsültasyon yanıtlarında arıza tanılarını çoğunlukla ICD-10'a göre yaptıkları görülmüştür. Bu tanıların bir kısmının Meslekte Kazanma

Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinde yer almaması nedeniyle tanıya en yakın arıza seçilerek değerlendirme yapılmıştır.

DSÖ'nün uluslararası sınıflandırmasına göre hastalık, bozukluk ve yaralanma gibi sağlık koşulları ICD-10 içinde yer alırken, sağlık koşulları ile bağlantılı işlevsellik ve yetiyitimi ICF'de sınıflandırılmıştır. ICD-10 ve ICF birbirlerini tamamlayıcı nitelikte olup, DSÖ bu iki sınıflandırma sisteminin bir arada kullanılmasını önermektedir (17). Klinik uygulamalarda çoğunlukla ICD-10 sınıflandırma sistemi kullanılmakta olup çalışmamızda konsültasyon istenen kliniklerin arıza tanılarında da bu sınıflandırma sistemini tercih ettikleri görülmüştür. Birden fazla sınıflandırma sisteminin kullanılması hekimlerin değerlendirmelerinde zorluklara sebep olabilmektedir. DSÖ'nün önerileri de dikkate alındığında, ICF esas alınarak düzenlenmiş olan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulları Hakkında Yönetmelik kapsamındaki cetvelin çalışma hayatına göre revize edilerek kullanılabileceği değerlendirilmiştir. Nitekim çalışmamızda konsültasyonlarda yer alan tanıların çoğunlukla Özür Oranları Cetvelinde karşılığının bulunduğu görülmüştür. Maluliyet değerlendirmesinde kullanılan tanısal sınıflandırma sisteminde yapılacak böyle bir düzenlemenin kamusal ve hukuksal alanlarda ortak bir dil oluşturması açısından yararlı olacağı görülmektedir.

Çalışmamızda maluliyet raporu düzenlenmesi istemi ile başvuran olguların değerlendirmelerinde olguların anatomik veya fonksiyon kayıplarına yönelik hesaplamalar "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında bulunan "Özür Oranları Cetveli" kullanılarak yeniden değerlendirilmiş, hesaplanan bu oranlar ile Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerine göre saptanan oranlar ile karşılaştırılmıştır. Çalışmamız Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri ile Özür Oranları Cetvelinden elde edilen oranların değerlendirildiği ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır.

- Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri beş adet cetvelden (A, B, C, D, E cetveli) oluşur. A cetveli arıza listesini, B cetveli meslek gruplarını, C cetveli meslek ile arızanın kombinasyonu olan iş göremezlik simgesini, D cetveli A cetvelindeki arıza ağırlık ölçüsü ile C cetvelinde

saptanan iş göremezlik simgesinin kombinasyonu ile 38-39 yaşa göre oran belirlenmesini, E cetveli ise yaşa göre oran belirlenmesini içerir (4).

- Özür oranları ise; anatomik veya fonksiyon kaybına göre özür oranlarını içeren tek cetvelden oluşmaktadır (6).
- A cetveli ile Özür oranı cetvelinde yer alan anatomik ve fonksiyon kayıplarının tanımlandığı başlıklar Tablo 17'de verilmiştir.
- Her iki hesaplamada da birden fazla arıza olması durumunda oranların toplanmasında Balthazard formülü kullanılmaktadır (4, 6).

**Tablo 17.** Özür Oranları Cetveli ile A cetveli başlıkları (4, 6).

| | **Özür Oranları Cetveli Başlıkları** | | **A Cetveli Başlıkları** |
|---|---|---|---|
| **1** | Kulak burun boğaz | **1** | Baş arızaları (Kafa Kemikleri, Nöroloji, Nöroşirurji, Psikiyatri arıza ve hastalıkları). |
| **2** | Zihinsel, ruhsal, davranışsal bozukluklar | **2** | Göz arızaları. |
| **3** | Deri | **3** | Kulak arızaları. |
| **4** | Hematolojik hastalıklar | **4** | Yüz arızaları. |
| **5** | Kardiyovasküler sistem | **5** | Boyun arızaları. |
| **6** | Görme sistemi | **6** | Göğüs hastalıkları. |
| **7** | Sindirim sistemi | **7** | Omuz ve kol arızaları. |
| **8** | Kadın hastalıkları ve doğum | **8** | El bileği ve el arızaları. |
| **9** | Ürogenital sistem | **9** | El parmakları arızaları. |
| **10** | Endokrin sistem | **10** | Omurga arızaları. |
| **11** | Göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi | **11** | Karın hastalık ve arızaları. |
| **12** | Yanıklar | **12** | Pelvis ve alt ekstremite arızaları. |
| **13** | Onkoloji | **13** | Endokrin, metabolizma, kollagen doku, periferik damar hastalıkları, hematolojik ve romatoid hastalıklar. |
| **14** | Sinir sistemi | **14** | Deri arızaları ve yanıklar |
| **15** | Kas-iskelet sistemi | | |

Çalışmamızda arızalar Özür Oranları Cetveline göre yeniden değerlendirildiğinde; pelvis ve alt ekstremite, baş, yüz, omurga, iç organ ve kulak arızalarının bu cetvelden elde edilen oranları ile D cetvelinden elde edilen oranları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca D cetveline göre yapılan

değerlendirmede takdir uygulanan ve uygulanmayan pelvis ve alt ekstremite, baş, yüz, omurga iç organ ve kulak arızalarının D cetveli ve Özür Oranları Cetvelinden aldıkları oranlar karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durumun farklılık saptanmayan arıza gruplarında her iki cetvelin anatomik ve fonksiyon kayıplarının değerlendirilmesi için belirlenen oranların benzerlik göstermesinden kaynaklandığı değerlendirilmiştir.

Üst ekstremite arızaları, D cetveli ve Özür Oranları Cetveline göre değerlendirildiğinde elde edilen oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca D cetveline göre yapılan değerlendirmede üst ekstremite arızalarının tamamında takdir uygulandığı görülmektedir. Çalışmamızdaki bir diğer bulgu ise; takdir uygulanan arızaların D cetveli ve Özür Oranları Cetvelinden aldıkları oranlar arasında üst ekstremite arızaları dışında anlamlı farklılık saptanmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Üst ekstremite motor fonksiyonlarının vücuttaki daha ince becerileri kapsaması nedeni ile diğer arızalardaki motor fonksiyonlara göre daha hassas değerlendirme gerektirmektedir. Çalışmamızda üst ekstremite arıza oranlarının D cetveli ve Özür Oranları Cetveline göre farklılık göstermesi üst ekstremite arızalarında takdir uygulanma oranının yüksek olması, takdir oranının yanlış değerlendirmesi ve/veya cetvellerde üst ekstremite fonksiyon kayıplarına karşılık gelen değerlerde farklılık olması ile ilişkili olabilir.

D cetveli ve Özür Oranları Cetveline göre değerlendirilen göz arızalarının bu cetvellere göre yapılan değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farklılığın her iki cetvelde göz fonksiyon kayıplarına karşılık gelen değerler arasındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Psikiyatrik arızalar A cetvelinde baş arızaları içinde yer alırken, Özür Oranları Cetvelinde ayrı arıza başlığında değerlendirildiği ve psikiyatrik tanıların daha detaylı olarak ele alındığı görülmektedir. Maluliyete sebep olan durumların çoğunlukla travmatik süreçlerle birlikte yaşanması, bu olgularda kalıcı psikiyatrik arızaların oluşmasına neden olmakta ve bu durum olguların ruhsal açıdan değerlendirilmesinin önemini artırmaktadır.

Maluliyet istemi ile başvuran olgularda görülen psikiyatrik arızalar fiziksel arızalara eşlik edebileceği gibi, cinsel istismar, cinsel saldırı ya da mobbing gibi durumlarda olduğu gibi tek arıza olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Çalışmamızda cinsel istismar, cinsel saldırı ve mobbing ile ilişkili başvuru bulunmamakla birlikte bu haksız fiiller sonrasında kişilerde psikiyatrik morbidite oranlarının yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa bu olguların ruhsal değerlendirmelerinde Özür Oranları Cetvelinin A cetveline göre daha işlevsel olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda da olduğu gibi maluliyet raporu istemi ile yapılan başvurularda yer alan yaralanmaların sıklıkla yüz bölgesini de kapsadığı görülmektedir (1, 2, 43). Türk Ceza Kanununun 87. maddesinin 1 ve 2. fıkrasında yüz bölgesinde oluşan yaralanmalarla ilişkili "yüzde sabit iz"' ve "yüzde sürekli değişiklik" kavramlarından bahsedilmekte olup bir kişinin yaralanma esnasında, yüz sınırları içerisinde oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz, gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlar arası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise "yüzde sabit iz"; o kişiyi önceden tanıyanların onu tanımasında duraksamaya yol açacak şekilde yüzün doğal görünümünü bozmuş ise "yüzde sürekli değişiklik" olarak tanımlanmaktadır (52). Mevcut arıza listelerinin yüz arızaları listesine bakıldığında "burun kaybı", "fasiyal paralizi" ve "bütün dişlerin kaybı" gibi majör yaralanmalara karşılık gelen arızalar tanımlandığı izlenmekle birlikte fiziksel görünümüm ön planda olduğu meslekler (mankenlik, tezgahtarlık vs.) ile ilgili olarak yüzde sabit iz ve yüzde kalıcı değişikliğe yönelik bir ölçeklendirme yapılmamış olduğu görülmektedir. Oysa iletişimde odaklanılan ilk bölge olan yüzde görülen lezyonların kişinin kendi yüzünü bu lezyonlar nedeniyle olumsuz algılamasına yol açarak psikososyal becerilerinde azalmaya, psikosomatik, psikiyatrik bozukluklara ve hatta intihara yol açabildiği bilinmektedir (53). Ayrıca kişinin haksız fiil sonrası oluşan yaralanmaya bağlı yüzünde sabit iz ya da kalıcı değişiklik oluşması nedeni ile mesleğini icra edemez ya da işveren tarafından tercih edilmez hale gelebilir. Bu nedenle maluliyet değerlendirmelerine "yüzde sabit iz" ve "yüzde sürekli değişiklik" kavramlarının da dahil edilmesi gerektiği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda olguların total oranlarının karşılaştırılmasında; D cetveline göre hesaplanan oran ile Özür Oranları Cetveline göre hesaplanan oran arasında anlamlı

farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Arıza bazında değerlendirildiğinde genel olarak D cetveli ile Özür Oranları Cetveli benzerlik göstermekte iken total maluliyet değerlendirmesinde farklılık göstermesi olgulardaki arıza sayısı ile ilişkili olabilir. Nitekim çalışmamızda arıza sayısı tek olan olguların total oranları benzer iken, arıza sayısı birden fazla olan olgularda cetveller arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Bu durum olgularda birden fazla arıza olması durumunda ilgili yönetmelikte tanımlanan Balthazard formülünün uygulanması nedeniyle arızaya bağlı oranların değişmesi ile ilişkili olabilir.

Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinin "A" cetvelinde kişide saptanan anatomik veya fonksiyon kaybına karşılık gelen arıza listeden seçilerek değerlendirilmektedir. Anatomik veya fonksiyon kaybı oluşturan arızanın ilgili A cetvelinde belirtilen arızaya göre daha hafif/ağır olması veya birebir karşılığı olmaması durumunda listede yer alan en yakın arıza belirlenerek arızanın niteliğine göre açıklama yapılmakta ve D cetveli ile hesaplanan "38-39 yaş için maluliyet oranında" takdir uygulanarak belli oranlarda azaltma/artırma yapılmaktadır (4). Literatürde takdir kullanımı ile ilgili bilgiler kısıtlı olup Kaya'nın çalışmasında arızaların %35.8'inde (2), Gürbüz'ün çalışmasında ise arızaların %23.5'inde takdir uygulandığı bildirilmiştir (43). Çalışmamızda ise arızaların %60.6'sında takdir uygulandığı saptanmıştır. A cetveli 14 farklı arıza grubuna ilişkin arıza listelerinden oluşmakla birlikte her arızanın birebir karşılığı bulunmamakta veya arızanın karşılığı daha hafif veya ağır olabilmektedir. Takdir uygulanma oranları arasındaki farklılık arızaların niteliği ve/veya bilirkişiler arasındaki uygulama farklılıklarından kaynaklanmış olabilir. Uygulama zorluğunun yanı sıra hak kaybı ve rapora itiraz gibi sorunların da yaşandığı göz önüne alındığında Kaya ve Gürbüz'ün bildirdiği takdir uygulama oranlarının azımsanmaması gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda arızalardaki takdir uygulama dağılımı incelendiğinde en yüksek oranların trafik kazası ve iş kazası sonrasında en sık anatomik ve fonksiyon kayıplarının yaşandığı üst ekstremite (%100), pelvis ve alt ekstremite (%64.9), baş (%33.3) ve omurga (%33.3) arızalarına ait olduğu görülmektedir. Bu arızalarda takdir uygulanma oranlarının yüksek olmasında A cetvelinde yer alan arıza listelerinin yetersiz olması ve listedeki arıza tanılarının günümüz klinik tanılarından farklılık

göstermesi ile ilişkili olabilir. Çalışmamız bulguları göz önüne alındığında A cetvelinde yer alan arıza listelerinin yetersiz olmasının, trafik kazası ve iş kazası başvuruları başta olmak üzere olguların objektif bir şekilde değerlendirilememesi sonucunu ortaya çıkardığı görülmektedir.

Çalışmamızda A cetveline göre yapılan değerlendirmelerde dikkati çeken diğer bir nokta ise ekstremitelerde eklem hareket açıklığı (EHA) ve kas gücü kayıplarının birebir karşılığının cetvelde bulunmaması nedeniyle arızaların oransal değerlerinin ekstremitenin ampütasyon dışındaki en ağır patolojisi olan ankiloz ve sertlik tanısı üzerinden yapılmasıdır. Özür Oranları Cetvelinde ise eklem hareket açıklığı, kas gücü kaybı, eklem ankilozu, ampütasyonlar olmak üzere ekstremitelerde görülebilecek tüm arızalara yönelik ayrıntılı bilgiler verildiği görülmektedir. Çalışmamızda örnek olarak el başparmağındaki bir EHA kaybında, Özür Oranları Cetveline göre EHA'nın açısı, fonksiyonel aralıkta olup olmadığına göre belirlenen değer önce el özür oranına ardından üst ekstremite özür oranına çevrilmiş ve arızanın tüm vücuda göre özür oranı takdir uygulanmasına ihtiyaç olmadan elde edilmiştir. Aynı arıza A cetveline göre hesaplanırken "Başparmak sertlikleri, ankilozları" üzerinden takdir uygulanarak oranlanmıştır. Çalışmamızda Özür Oranları Cetveline göre yapılan değerlendirmelerde küçük eklemler de dahil olmak üzere takdir uygulanmadan fonksiyon kaybı oranları elde edilmiş olup Özür Oranları Cetvelinin A cetveline göre fonksiyon kaybı değerlendirmeleri açısından daha işlevsel olduğu görülmüştür. Çalışmamız bulguları göz önüne alındığında özellikle anatomik veya fonksiyon kayıplarının oransal değerlendirilmesi yapılırken Özürlülük Oranı Cetvelinden yararlanılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

İlgili yönetmelikte maluliyet hesaplamalarının nasıl yapılacağına dair detaylı açıklama olmamakla birlikte bazı durumlar ile ilgili olarak yönetmelik metni ve A cetveli içinde birtakım kurallar tanımlanmıştır. Ancak uygulamalara bakıldığında, bu kuralları kapsayan durumlar ile ilgili farklı sonuçlara rastlanabilmektedir. Örneğin alt ekstremitede sinir hasarına bağlı oluşan kas gücü ve EHA kaybı arıza listesine göre değerlendirilirken sinir hasarı ve EHA Balthazard formülü ile toplanarak hata yapılabilmektedir. Oysa bu durumla ilişkili olarak "A cetveli listelerinde ayrı ayrı gösterilen çeşitli arızalar, bu listelerde yer alan bir hastalık veya arızanın tabii sonucu

iseler, bunlar, ayrı sebeplere bağlı arızalar gibi ele alınarak Balthazard uygulanmaz" şeklinde kural yönetmelikte yer almaktadır. Benzer şekilde A cetveli listesinde tanımlanmış olan "Birden çok sinirin paralizisindeki meslekte kazanma gücü azalma oranı, amputasyondaki meslekte kazanma gücü azalma oranından çok olamaz" kuralı ile çelişen sonuçlara da rastlanmaktadır. Bu durumun bazı durumlara özgü tanımlanan kuralların yönetmelik metninde veya cetvellerin bazı kısımlarında vurgulanması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Özür Oranları Cetveline bakıldığında ise bu cetvelin her başlığa yönelik önerilen bir hesaplama sistemi içerdiği görülmektedir. Bu bağlamda maluliyet oranları hesaplanmasında sınırların net bir şekilde çizilmesi rapor hesaplamalarındaki standardizasyonun sağlanması açısından önem taşımaktadır. (Özür Oranları Cetvelinde örnek: Tablo 18.)

**Tablo 18.** Özür Oranları Cetvelinin alt ekstremiteye ait "Değerlendirme yöntemlerinin kombinasyonu kılavuzu." (6)

| | Kısalık | Yürüyüş bozukluğu | Kas atrofisi | Kas gücü | EHA ankiloz | Amputasyon | Tanı | Deri kaybı | Periferik sinir Yaralanması | Vaskuler |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kısalık (tablo 3.3) | | | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Yürüyüş bozukluğu (tablo 3.4) | | | | | | | | | | |
| Kas atrofisi (tablo 3.5) | + | | | | | | | + | | + |
| Kas gücü (tablo 3.6 ve 3.7) | + | | | | | + | | + | | + |
| EHA/ankiloz (tablolar 3.8 ila 3.29) | + | | | | | + | | + | + | + |
| Amputasyon (tablo 3.30) | | | | + | + | | + | + | + | + |
| Tanı (tablolar 3.31 ila 3.33d) | + | | | | | + | | + | + | + |
| Deri kaybı (tablo 3.34) | + | | + | + | + | + | + | | + | + |
| Periferik sinir yaralanması (tablo 3.35) | + | | | | + | + | + | + | | + |
| Vaskuler (tablo 3.36) | + | | + | + | + | + | + | + | + | |

Not: Kesişme noktalarında "+" bulunan yöntemler kombine edilebilir. Kesişme noktaları boş olan yöntemler aynı kişinin değerlendirilmesinde kullanılamaz.

Haksız fiil sonucu yaralanan kişilerin, kalıcı sakatlık durumu söz konusu olmadığı veya kısmi iş göremezlik durumlarında tedavi gördüğü, iyileşinceye kadar çalışamadığı ve bu durumla ilişkili olarak iş ve kazanç kaybına uğradığı süre "geçici

iş göremezlik” süresi olarak kabul edilmektedir. Bu süreç içinde kazanç kaybı oluşması nedeniyle kişilere tazminat hakkı doğmakta ve adli tıp uzmanları bu davalarda bilirkişi olarak yer almaktadır (29).

Bu süre; yaş, yaralanmanın niteliği, tedavi süreci ve tedavi sürecinde meydana gelen komplikasyonlar (tıbbi kayıtlar incelenerek) dikkate alınarak takdiren belirlenmektedir (1). Çalışmamızda maluliyet saptanmayan olguların üçünde herhangi bir tedavi süreci olmaması ve maluliyet saptanan olgulardan ikisinde maluliyet oranının %100 olması nedeniyle geçici iş göremezlik süresi hesaplanmamıştır.

Çalışmamızda tedavi süreci ile ilgili bilgilerde tıbbi kayıtlar incelenmiş ancak bazı kayıtların yeterince detay içermediği görülmüştür. Kişilerin “Çalışabilir” oldukları döneme kadar yapılan değerlendirmelerinde ayrıntılı tıbbi kayıtların düzenli olarak tutulması ve ortak veri tabanı oluşturularak kişilerin ülke içindeki herhangi bir sağlık kuruluşunda yapılmış olan muayene bulguları, tahlil sonuçları, radyolojik inceleme sonuçları, kullandıkları ilaçlar gibi bilgilere bilirkişi doktorların erişimine izin verecek bir sistem kurulmasının, “Hastalık yoktur, hasta vardır.” ilkesine uygun olarak olgu bazında değerlendirme imkanı sağlayacağı düşünülmüştür.

Maluliyet raporu düzenlenmesi sırasında karşılaşılan bir diğer sorun ise sürekli iş göremezlik oranının başlatıldığı tarih ile ilgilidir. Yönetmelikte sigortalının yaşına göre meslekte kazanma gücü azalma oranı tespitinde; sürekli iş göremezlik halinin oluştuğu ilk rapor tarihindeki yaşın esas alınması gerektiği belirtilmektedir (4). Ancak bazen olay tarihinden maluliyet raporu alınmasına kadar uzun süreler geçebilmektedir. Bu nedenle bazı bilirkişilerce veya bilirkişilik birimlerince kişinin olay tarihindeki yaşı baz alınarak maluliyet değerlendirmesi yapıldığı görülmektedir (43). Ancak geçici iş göremezlik süreci içerisinde kişi %100 malul kabul edildiğinden, kalıcı maluliyet oranı verilen olgularda yaşa göre sürekli iş göremezlik oranının olgunun geçici iş göremezlik süresinin bittiği tarih dikkate alınarak hesaplanması gerektiği değerlendirilmiştir.

Maluliyet hesaplamasında dikkat edilmesi gereken bir diğer durum ise fark hesaplamasıdır. Başka bir olaydan veya doğuştan ileri gelmiş herhangi bir arızası bulunan kişiye daha sonra olay ile ilişkili arıza eklenmesi durumunda bu hesaplama uygulanmaktadır (40). Bu hesaplama ilgili yönetmeliğe göre olay öncesi var olan her

türlü arızalar ile olay sonrası meydana gelmiş arıza birlikte hesaplanarak meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı belirlenir, saptanan bu oran olay öncesi var olan meslekte kazanma gücü azalma oranından (sigortalının olay öncesindeki meslekte kazanma gücü kayıp oranı) çıkarılarak olayla ilişkili meslekte kazanma gücü kayıp oranı belirlenir (4). Ancak bu uygulama bir takım soru işaretlerine neden olmaktadır.

Örnek olarak;

Olgu 1: İki gözü tam gören bir kişinin trafik kazası sonrası bir gözde 0.8 oranında görme kaybı gerçekleştiğinde, maluliyet oranı %29 olmaktadır.

Olgu 2: Bir gözde total görme kaybı mevcut bir kişinin trafik kazası sonrası sağlam gözünde 0.8 oranında görme kaybı gerçekleştiğinde fark hesaplaması yapılmakta ve olay sonrası maluliyet oranından (%75), olay öncesi maluliyet oranı (%39) çıkartılarak olay ile ilişkili maluliyet oranı %36 olarak bulunmaktadır.

Tazminat hesaplamalarında kişilerin kaza geçirmeden önceki kazançları dikkate alınmaktadır. Birinci olgu trafik kazası öncesi %100 iş kapasitesi ile çalışırken, ikinci olgu kazancını var olan iş kapasitesine (%61) göre sağlamaktadır. Her iki olgu değerlendirildiğinde aradaki %7'lik farkın ikinci olgudaki mağduriyetin ağırlığını karşılamadığını ve ikinci olgunun değerlendirmesinde kazanç kayıp oranının olay öncesindeki iş kapasitesi dikkate alınarak yapılması gerektiği düşünülmüştür.

İkinci olgunun son olay sonrasındaki maluliyet oranı kişilerin önceki çalışma kapasitesi dikkate alınarak fark hesabının yapıldığı Gabrielli formülü (54) (Şekil 8) ile hesaplandığında maluliyet oranı %59.02 olmaktadır. Örnek hesaplama göz önüne alındığında Gabrielli formülünün fark hesaplamasında kullanılmasının kişilerin mağduriyetlerinin ağırlığını değerlendirmede daha etkin bir hesaplama yöntemi olduğu görülmüştür.

$$\textbf{DKS} = \frac{C1 - C2}{C1}$$

C1: Önceki iş kapasitesi

C2: Kalan iş kapasitesi (ikinci kazadan sonraki kalan iş kapasitesi)

DKS: Devamlı kısmi sakatlık

**Şekil 8.** Gabrielli Formülü (54)

Haksız fiiller sonrası oluşan mağduriyetlerin giderilmesi için ilgili yönetmeliklerde düzenlemeler yapılmakla birlikte, yeni düzenlemelerde de uygulamada bir takım eksiklikler olduğu görülmektedir. Trafik kazası sonrasında meydana gelen sakatlıklar ile ilgili yapılan yeni düzenlemede "Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları"nda "Sürekli Sakatlık Teminatı" başlığı altında anatomik ve fonksiyon kayıpların belirlenmesinde, sakatlık ölçütü sınıflandırılması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporlarına ilişkin mevzuat doğrultusunda hazırlanacak sağlık kurulu raporunun dikkate alınacağı belirtilmiştir (24, 25). Maluliyet değerlendirmesi kişinin yaşı ve mesleği baz alınarak yapılmalıdır. Ancak ilgili yönetmelik doğrultusunda düzenlenen özürlü sağlık kurulu raporlarında eski ve yeni tüm arızalar birlikte değerlendirilerek direkt özür oranı belirlenmekte ve bu değerlendirme kişinin yaşı ve mesleğini içermemektedir. Ayrıca özürlü sağlık kurulu raporlarında, adli makamlarca talep edilen illiyet bağı, geçici iş göremezlik süresi, fark hesabı gibi sorulara yanıt alınamamaktadır. Bu nedenle yapılan yeni düzenlemenin mevcut sorunları çözmek yerine artıracağı değerlendirilmiştir.

Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri kullanılarak hazırlanan maluliyet raporlarının Özür Oranları Cetveli kullanılarak düzenlenen Özürlü sağlık kurulu raporları ile karşılaştırılması Tablo 19'da (Gürbüz'ün tezinde (43) belirlenen parametrelerin yeniden gözden geçirilmesiyle) özetlenmiştir.

**Tablo 19.** Maluliyet Raporları ve Özürlü Sağlık Kurulu Raporları arasındaki farklar (43).

| **Maluliyet Raporları** | **Özürlü Sağlık Kurulu Raporları** |
|---|---|
| SGK ve adli tıp bilirkişiliği tarafından düzenlenir. | Devlet Hastaneleri veya Üniversite Hastanelerinin sağlık kurulları tarafından düzenlenir. |
| Arıza ağırlık ölçüsü, yaş ve meslek dikkate alınarak hesaplanır. | Yaş ve meslek dikkate alınmaz. Direkt özür oranı belirlenir. |
| İlliyet bağı aranır. Hesaplamada mevcut olaya bağlı yaralanması dikkate alınır. | İlliyet bağı aranmaz. Kişideki tüm arızalar, hastalıklar, konjenital patolojiler vs. dikkate alınır. |
| Sürekli iş göremezlik oranı şeklinde belirlenir. | Özür oranı şeklinde belirlenir. |
| Geçici iş göremezlik (iyileşme süresi) belirtilir. | Belirtilmez. |
| İlgili yönetmelik iş kazaları ve meslek hastalıkları dikkate alınarak hazırlanmıştır. | İlgili yönetmelik tüm özürlüleri kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. |
| Aktüerya tarafından tazminat hesaplamasında esas alınır. | Vergi indirimi, bakım ücreti, özel eğitim, özel tertibatlı araç kullanmada vs. esas alınır. |
| Fark hesabı vardır. | Fark hesabı yoktur. |

2015-2016 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na maluliyet raporu istemi ile başvuran ve 49'unda (%62.8) maluliyet oranı verilmiş toplam 76 olgunun verileri ile yapılması nedeniyle bulguların genellenebilirliğinin kısıtlı olması bu çalışmanın sınırlılığıdır. Amaca uygun olarak istatistiksel anlamlılığı saptanan bulgular nedeni ile maluliyet değerlendirmesinde kullanılan cetvellerin geliştirilmesine veya yeni cetvel oluşturulmasına öncülük edebilecek olması ise çalışmanın güçlü yanıdır.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yasal düzenlemelerdeki eksiklikler ve kavramsal farklılıkların maluliyet raporu istemlerinde farklı terminolojiler kullanılmasına neden olduğu görüldü. Bu sonuç ile ilişkili olarak; kurumlar arasında ortak bir dil oluşturulması için yasa ve yönetmeliklerde maluliyet ile ilgili tanımlamalar net bir şekilde yapılmalıdır.

Kasten veya taksirle yaralama, cinsel istismar / saldırı / taciz ya da mobbing gibi haksız fiiller sonrasındaki maluliyet durumlarına ilişkin yasal düzenlemelerin yetersiz olduğu görüldü. Bu sonuç ile ilişkili olarak; söz konusu haksız fiiller, maluliyet ile ilgili düzenlemelerde daha açık ve anlaşılır şekilde belirtilmelidir.

Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinin B cetvelindeki mevcut iş gruplarının günümüz koşullarına göre uygun olarak güncellenmediği, yeni iş alanlarını, az görülen meslekler ile ev kadını, öğrenci ve işsiz gibi aktif iş hayatında yer almayan kişileri kapsamadığı görüldü. Bu sonuç ile ilişkili olarak; düzenlenecek cetvelin yeni iş alanlarını, daha az görülen meslek gruplarını ve aktif iş hayatında yer almayan kişileri kapsaması ve bu cetvelin periyodik olarak güncellenmeye uygun olması ya da iş kolları tek tek ayrıntılı olarak sayılmayıp beden gücü, ustalık gerektiren beden gücü, entelektüel uğraşı, sanatsal beceri gerektiren uğraşı gibi genel sınıflamalar yapılması gerekmektedir.

Maluliyet raporları düzenlenmesinde arızanın niteliğine göre diğer kliniklerden istenilen konsültasyon yanıtlarındaki tanılar ile A cetvelindeki tanılar arasında uyuşmazlıklar olduğu görüldü. Bu sonuç ile ilişkili olarak; tanısal sınıflandırmada ortak dil oluşturulması ve ICD-10 tanı sınıflaması ile uyumlu ICF sınıflandırması baz alınarak uluslar arası standartlara uygun bir maluliyet cetveli düzenlenmesi gerekmektedir.

A cetvelinde yer alan arıza tanılarının Özür Oranları Cetvelinde yer alan tanılara göre yeterince detay içermemesinin arıza oranlanmasında takdir uygulanmasına neden olduğu görüldü. Bu sonuç ile ilişkili olarak; raporlarda standardizasyonun sağlanabilmesi için başta ekstremite motor fonksiyonları olmak üzere tüm arıza gruplarının ayrıntılı olarak ele alınarak takdir uygulamasına gerek bırakmayacak

şekilde arızanın niteliğini detaylı tanımlayan ve oranlayan arıza cetveli oluşturulmalıdır.

Çalışmamızda üst ekstremite ve göz arızaları dışında yer alan arıza gruplarında (Pelvis ve alt ekstremite, baş, yüz, omurga, iç organ ve kulak) arıza oranların A cetveli ve Özür Oranları Cetveline göre farklılık göstermediği görüldü. Bu sonuç ile ilişkili olarak; yeni cetvel oluşturuluncaya kadarki süreçte pelvis ve alt ekstremite, baş, yüz, omurga, iç organ ve kulak arızaları ile ilgili durumlarda Özür Oranları Cetvelinden yararlanılmasının daha etkin olacağı değerlendirilmiştir.

Mevcut maluliyet değerlendirmesinde "yüzde sabit iz" ve "yüzde sürekli değişiklik" kavramlarının yer almadığı görülmüş ve bu durumun kişilerde hak kayıplarına yol açtığı düşünüldüğünden bu sonuç ile ilişkili olarak; yapılacak düzenlemelerle maluliyet değerlendirmelerine "yüzde sabit iz" ve "yüzde sürekli değişiklik" ile ilgili tanıların da konulmasının kişilerin hak kayıplarını engelleyeceğini değerlendirilmiştir.

Maluliyet hesaplamasının nasıl yapılacağına dair kuralların, Özür Oranları Cetvelinde çizelgeler kullanılarak, Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerine göre daha net olarak açıklandığı görülmüştür. Bu nedenle maluliyet ile ilişkili hesaplama çizelgesi ve raporlama formatı oluşturulmasının tüm bilirkişilik kurumları veya bilirkişiler arasında ortak anlaşılır bir dil oluşturulması açısından yararlı olacağı değerlendirilmiştir.

Geçici iş göremezlik süresinin bitiş tarihinin belirlenmesinde tıbbi kayıtların eksik olması veya ulaşılabilir olmaması nedeni ile sorunlar yaşandığı görülmüştür. Bu sonuç ile ilişkili olarak; ayrıntılı tıbbi kayıtların düzenli olarak tutulması ve ortak veri tabanı oluşturularak kişilerin ülke içindeki herhangi bir sağlık kuruluşunda yapılmış olan muayene bulguları, tahlil sonuçları, radyolojik inceleme sonuçları, kullandıkları ilaçlar gibi bilgilere bilirkişi doktorların erişimine izin verecek bir sistem kurulması gerekmektedir.

Önceki maluliyetlerin değerlendirilmesiyle yapılması gereken fark hesaplamasında mevcut yaklaşımlar ile hak kayıplarının olduğu görülmüştür. Bu

sonuç ile ilişkili olarak; kişilerin önceki çalışma kapasitesinin dikkate alınması ve bu soruna çözüm getiren Gabrielli formülünün kullanılmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak; maluliyet değerlendirmelerinde halen kullanılmakta olan ilgili yönetmelik ve cetveller ile uygulamaların hukuki ve sosyal anlamda mağduriyetlere yol açmaması ve bilirkişi raporlarının bilimsel, objektif, güvenilir, tarafları ikna edici şekilde hazırlanması için günümüz tıp gelişimine uygun, işlevsel, tüm kurumlarca kabul görecek ve güncellenebilir yeni bir düzenlemenin yapılması gerektiği ve süreçte maluliyet oranı değerlendirmesinde Özür Oranları Cetvelinden de faydalanılabileceği değerlendirildi.

# ÖZET

**2015-2016" Yılları Arasında Adli Tıp Anabilim Dalında "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği Cetvelleri" Kullanılarak Düzenlenmiş "İş Gücü Kaybı (Maluliyet)" Konulu Rapor Sonuçlarının "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğindeki Özür Oranları Cetveli" İle Karşılaştırılması**

Maluliyet raporu düzenlenmesinde yürürlükte olan yönetmelik kapsamındaki cetvellerin eksikliklerinin vurgulanması ve bu eksikliklere bağlı olarak bilirkişilerin karşılaştıkları sorunlar değerlendirilerek çalışmamız ile uluslararası nitelikte yeni bir düzenleme yapılması gerektiğine dikkat çekmek ve yapılacak olan yeni düzenlemeye rehberlik etmek amaçlandı.

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2015-2016 yılları arasında maluliyet istemi ile başvuran olguların bilirkişi raporları cinsiyet, istem makamı, olay türü açısından incelendi. Maluliyet saptanan olguların "Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvelleri" kullanılarak hazırlanan maluliyet raporları değerlendirilerek arızalar "Özür Oranları Cetveli" ile yeniden hesaplandı ve maluliyet oranları ve özür oranları karşılaştırıldı. Çalışmanın verileri SPSS 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için $p< 0.05$ kabul edildi.

Olguların %76.9'unun erkek, %23.1'inin kadın olduğu, %89.7'sinin trafik kazası nedeniyle yaralandığı, %89.7'sinin belgelerinde meslek bilgisinin olmadığı, maluliyet saptanan 49 olguda toplam 94 arıza olduğu, ortopedik arızaların ön plana çıktığı, arızaların %60.6'sının hesaplanmasında takdir uygulandığı saptandı. Arızalar Özür Oranları Cetveline göre yeniden değerlendirildiğinde; pelvis ve alt ekstremite, baş, yüz, omurga, iç organ ve kulak arızalarının bu cetvelden elde edilen oranları ile Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit Cetvellerinden elde edilen oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla). Üst ekstremite ve göz arızalarında ise iki ölçeklendirme arasında anlamlı farklılık saptandı.

Sonuç olarak; maluliyet değerlendirmelerinde halen kullanılmakta olan yönetmelik ve cetveller ile uygulamaların hukuki ve sosyal anlamda mağduriyetlere yol açmaması ve bilirkişi raporlarının bilimsel, objektif, güvenilir, tarafları ikna edici şekilde hazırlanması için günümüz tıp gelişimine uygun, işlevsel, tüm kurumlarca kabul görecek ve güncellenebilir yeni bir düzenlemenin yapılması gerektiği ve süreçte maluliyet oranı değerlendirmesinde Özür Oranları Cetvelinden de faydalanılabileceği değerlendirildi.


**Anahtar Kelimeler:** Adli tıp, arıza, bilirkişilik, maluliyet, özürlülük.

## SUMMARY

**Comparison of the disability reports prepared using "The Scales of Measurement of Disabilities" by department of Forensic Medicine of The Suleyman Demirel University Medical Faculty during 2015-2016 with "The Scale of Disability Rates."**

The aim of this study was to emphasize the deficiencies of the scales under the regulation currently in use related to disability, to evaluate of the problems encountered by the experts according to the deficiencies, to draw attention to the necessity of a new regulation on international quality and to guide the new regulation.

The disability reports which were prepared by Department of Forensic Medicine of the Suleyman Demirel University Medical Faculty between years of 2015-2016 were evaluated in terms of sex, the authority of claims and the type of the event.

The disability reports of the disability cases prepared using "The Scales of Measurement of Disabilities" were evaluated, the impairments related with disability were re calculated by "The Scale of Disability Rates", and the ratios obtained using both scales were compared. The data of the study were analyzed using the SPSS 22.0. For all analyses, $p<0.05$ was considered significant.

In this study; 76.9% of the cases were male, 23.1% were female, 89.7% were injured due to traffic accidents, and 89.7% had no occupational knowledge in their documents. There were 94 impairments in 49 cases detected as disability, the orthopedic impairments came into prominence among all of the impairments and 60.6% of the impairments were calculated in consideration of opinion.

There was no statistical significant difference between the rates calculated for the impairments of pelvis-lower extremities, head, face, vertebra, abdomen and ear according to "The Scales of Measurement of Disabilities" and "The Scale of Disability Rates". The ratios of upper extremity and eye impairments obtained using both scales had statistically significant differences.

As a result, it was evaluated that it's necessary the regulation and scales related to disability currently in use should be regulated to prepare more scientific, objective, reliable, persuasive and functional expert reports. It was assessed that "The Disability Rates Scale" could be used in evaluating the disability rate in the process.


**Keywords:** Forensic Science, impairment, expert, disability

# KAYNAKLAR


1. Birgen N, Okudan M, Okyay M, İnanıcı MA. İş kazasına bağlı olgularda maluliyet oranı hesaplanması Adli tıp açısından değerlendirilmesi. The Bulletin of Legal Medicine. 1999;4(3):101-8.
2. Kaya A, Meral O, Erdoğan N, Aktaş EÖ. Maluliyet Raporlarının Düzenlenmesi Anabilim Dalımıza Başvuran Olgu Özellikleri İle. The Bulletin of Legal Medicine. 2015;20(3):144-51.
3. Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü. Resmi Gazete. RG Tarih: 22.06.1972. RG Sayı: 2504.
4. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği. Resmi Gazete. RG Tarih: 11.10.2008 RG Sayı: 27021.
5. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği. Resmi Gazete. RG Tarih: 03.08.2013. RG Sayı: 28727.
6. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete. RG Tarih: 30.08.2013. RG Sayı: 28603.
7. M. A. AB Sürecinde Özürlüler Politikası. İstanbul: Açı Kitapları; 2004.
8. BM İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Erişim Tarihi: 06.07.2017. Erişim: http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf.
9. Tarihçe. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce.
10. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.tdk.gov.tr/.
11. Özdil S. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tarafından Ocak 2004-Temmuz 2007 Tarihleri Arasında Verilen Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarının İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi 2008.
12. Çakmak NM. Türk Kamu Hukuku Açısından Engellilerin Hukuki Statüsü [Doktora Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi 2006.
13. Engellilerin İnsan Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://eob.kku.edu.tr/duyurular/kaynaklar/Rusihak_BM_Sozlesmesi.pdf.
14. Engelliler Hakkında Kanun. Resmi Gazete. Kanun Numarası: 5378
15. Çakır G. 2007-2010 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Özürlü Sağlık Kurulu'nca düzenlenen raporların incelenmesi [Uzmanlık Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2013.
16. ICIDH-2-International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
17. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF). Geneva: WHO; 2004.
18. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Resmi Gazete. Kanun Numarası: 5510
19. Sosyal Güvenlik Kurumu Kurum Sağlık Kurullarının Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/74271.

20. Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete. RG Tarih: 02.07.2013. RG Sayı: 28695.
21. Vazife Malullüklerinin Nevileri ile Dereceleri Hakkında Nizamname. Resmi Gazete. RG Tarih: 15.8.1953. RG Sayı: 8485.
22. Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik. Gesmi Gazete. RG Tarih: 18.01.1993. RG Sayı: 21469.
23. Türk Borçlar Kanunu. Resmi Gazete. Kanun Numarası: 6098.
24. Karayolları Trafik Kanunu. Resmi Gazete. Kanun Numarası: 2918.
25. Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları. Resmi Gazete. RG Tarih: 14.05.2015. RG Sayı: 29355.
26. Adli Tıp Kurumu Kanunu. Resmi Gazete. Kanun Numarası: 2659.
27. Özdemir M. Adli Bilimler ve Adli Tıbba Giriş. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://adlitip.blogspot.com.tr/2006/10/adli-bilimler-ve-adli-tibba-giris.html.
28. Çelik ÇA. Adli Tıp Kurumu'na Başvurmak Zorunlu Değildir. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.tazminathukuku.com/arastirma-yazilari/adli-tip-kurumuna-basvurmak-zorunlu-degildir.htm.
29. Çelik ÇA. Bedensel Zararlar Nedeniyle Tazminat. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.tazminathukuku.com/arastirma-yazilari/bedensel-zararlar-nedeniyle-tazminat.htm.
30. ILO Introductory Report: Global Trends and Challenges on Occupational Safety and Health, XIX World Congress on Safety and ealth at Work: Istanbul Turkey, 11-15 September 2011
31. Metin B, Akın A, Güngör İ, Örgütü DS, Başkanlığı TCSBDİD. Dünya sağlık raporu 1998: 21. yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon:genel direktörün raporu: T.C. Sağlık Bakanlığı; 1998.
32. İşgücü İstatistikleri Grubu İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırma Sonuçları 2013. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/2013_ISKAZALARI_VE_SAGLIK_PROBLEMLERI_RAPORU.pdf.
33. SGK İstatistik Yıllıkları. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yillikleri.
34. Karadeniz O. Dünya'da ve Türkiye'de İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları ve Sosyal Koruma Yetersizliği. Calisma ve Toplum. 2012;34(3).
35. Road traffic injuries. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/.
36. Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2015. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21611.
37. Yıllara Göre Trafik Kazası İstatistikleri. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.trafik.gov.tr/Sayfalar/Istatistikler/Genel-Kaza.aspx.
38. Çelik ÇA. İş Kazası Nedeniyle İşverene Karşı Açılacak Davalarda Dava Şartları ve Yapılması Gerekenler. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.tazminathukuku.com/gorus-bildirimleri/is-kazasi-nedeniyle-isverene-karsi-acilacak-davalarda-dava-sartlari-ve-yapilmasi-gerekenler.htm.
39. Ünal V, Baklacıoğlu F, Ünal EÖ, Çetinkaya Z, Demir M, Çağdır AS. Beden Çalışma Gücü Kaybı Değerlendirilen Olgularda Kurumlar Arası Karşılaştırma. The Bulletin of Legal Medicine. 2016;21(1):8-15.

40. Ünal V, Ünal E, Çetinkaya Z, Seyhan B, Şahin F, Alakaya H, et al. Determination of disability based on calculation of difference: 2 case reports. J For Med. 2015;29(2):112-7.
41. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları ile Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete. RG Tarih: 06.11.2010.
42. 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu Gereği Yaptırılması Zorunlu Sigortalar. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.guvenceliyasam.com/images/documents/KanunenYaptirilmasiZorunluSigortalar.pdf.
43. Gürbüz V. 2013-2016 Yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Anabilim Dalı tarafından düzenlenen maluliyet raporlarının değerlendirilmesi, ülkemizdeki ve dünya çapındaki kıyasalamaları. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi; 2017.
44. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Geneva: WHO; 2010.
45. Disability and health. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/.
46. Eşiyok B, Korkusuz I. Disability due to trauma in the elderly. Turk Geriatri Dergisi. 2006;9(4):213-7.
47. Cantürk G, Eşiyok B, Yaşar H, Doğan B, Hanci H. Evaluation of occupational injury cases in the Department of Forensic Medicine, Ankara University Medical Faculty between 1993-2003. Erciyes Tip Dergisi. 2006;28(1):1-6.
48. Birgen N, Yavuz M, Okyay M. İş kazası olgularının adli tıp açısından değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi. 2001;15(2):14-8.
49. Esiyok B, Korkusuz I, Canturk G, Alkan HA, Karaman AG, Hamit Hanci I. Road traffic accidents and disability: A cross-section study from Turkey. Disability and Rehabilitation. 2005;27(21):1333-8.
50. Mant AK. Injuries and death in road traffic accidents. In: Mason JK, Ed. The pathology of trauma, 2nd ed. Avon: The Bath Pres, 1993, p:1-16.
51. Umut S, Umut S. 520 Maluliyet Olgusunda Retrospektif Değerlendirme. J For Med. 1990;6(12):81-3.
52. Türk Ceza Kanunu. Resmi Gazete. Kanun Numarası: 5237.
53. Bakım B. Aknenin Psikososyal Etkileri ve Psikolojik Destek Tedavisi. Turkiye Klinikleri Journal of Cosmetic Dermatology Special Topics. 2015;8(3):70-4.
54. Öztürel A. Beden Gücü Kayıplı İnsanlarda Eklenti Şeklinde Husule Gelen Beden Gücü Kaybının, Adlî Tıp Bakımından Tayini. Erişim Tarihi: 07.07.2017. Erişim: http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/304/2865.pdf.