

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2013-2016 YILLARI ARASINDA NECMETTİN ERBAKAN  
ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM  
DALI TARAFINDAN DÜZENLENEN MALULİYET RAPORLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ, ÜLKEMİZDEKİ VE DÜNYA ÇAPINDAKİ  
KIYASLAMALARI**

**Veysel GÜRBÜZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA - 2017**



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2013-2016 YILLARI ARASINDA NECMETTİN ERBAKAN  
ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM  
DALI TARAFINDAN DÜZENLENEN MALULİYET RAPORLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ, ÜLKEMİZDEKİ VE DÜNYA ÇAPINDAKİ  
KIYASLAMALARI**

**Veysel GÜRBÜZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ**

Bu çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz  
Dışı Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır.

**KONYA - 2017**

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın hazırlanmasında bilgi, birikim ve tecrübesiyle bana yol göstererek planlı ve sistemli bir şekilde çalışmamı sağlayan, kendisinin yol göstericiliğine ihtiyaç duyduğum her an kıymetli görüş ve fikirlerinden faydalanma olanağı sunan, bana bilginin kıymetini ve bilimsel çalışma disiplini yaşantısıyla gösteren, bana Adli Tıp Uzmanlığının meslekten ziyade bir yaşam tarzı olduğunu gösteren, kabuğumu kırıp dış dünyanın gerçek yüzünü tanımamı sağlayan, Adli Tıp Uzmanı olarak yetişmemde büyük emeği geçen tez danışmanım kıymetli hocam Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ'ye,

Her türlü konuda görüşüne başvurabildiğim değerli dostum, ağabeyim ve arkadaşım Dr. Murat KAMALAK'a,

Çalışmamızda desteklerini esirgemeyen Dr. M.Yılmaz ALPSOY'a, Dr. Gökhan FİDANCI'ya, Hatice PINAR CAN'a,

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yardımcı olan Dr. Yusuf Kenan BOYRAZ'a,

Her zaman desteğini gördüğüm başta annem Selvi GÜRBÜZ olmak üzere aileme, eşim Sultan GÜRBÜZ'e ve biricik kızım Sarenur GÜRBÜZ'e minnet ve şükranlarımı sunarım.

**Ocak-2017**

**Dr. Veysel GÜRBÜZ**

## ÖZET

### 2013-2016 YILLARI ARASINDA NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI TARAFINDAN DÜZENLENEN MALULİYET RAPORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, ÜLKEMİZDEKİ VE DÜNYA ÇAPINDAKİ KIYASLAMALARI

Veysel GÜRBÜZ  
UZMANLIK TEZİ  
KONYA-2017

**Amaç:** Maluliyet raporlarının düzenlenmesi Adli Tıbbın rutin uygulamalarından biridir. Malul olma halinin oranının, bazı parametreler esas alınarak hazırlanmış cetvellerden yararlanmak suretiyle belirlenmesine **maluliyet oranı** (meslekte kazanma gücü kaybı oranı) denilmektedir. Bu çalışmada, Necmettin Erbakan Üniversitesi (N.E.Ü.) Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına maluliyet raporu almak için başvuran olguların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile maluliyet raporları konusunda bilirkişilerin sorumlulukları ve rapor hazırlanırken dikkat edilmesi gereken unsurların vurgulanması ile diğer ülkelerdeki uygulamalar da göz önüne alınarak sorunların tartışılması amaçlandı.

**Yöntem:** N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 01.01.2013-30.06.2016 tarihleri arasında düzenlenen maluliyet raporları, olguların yaş, cinsiyet, meslek, rapor tarihi, istem makamı, olay türü, olay tarihi, tanı, arıza çeşidi, maluliyet oranı, iyileşme süresi, takdir kullanımı, tanıda zorluk çekilen hususlar ve sürekli bakıma muhtaçlık açısından değerlendirildi. Veriler istatistik programı ile analiz edildi.

**Bulgular:** İncelemenin yapıldığı 3,5 yılda 908 maluliyet raporu düzenlendiği gözlemlendi. Olguların 661'i (%72,7) erkek, 247'si (%27,2) kadındı. Yaş ortalaması  $33,9 \pm 15,7$  olup %94,3'ünün (n=857) trafik kazası nedeniyle yaralandığı ve ortopedik arızaların ön plana çıktığı saptandı. Yirmi olguda maluliyet oranı %100 idi.

**Sonuç:** Bilirkişiler yasal mevzuatta kişideki arızanın tam karşılığını bulamadıklarında takdiren bir arızayı seçebilmekte ya da maluliyet oranını düşürebilmektedir. Bu durum farklı bilirkişiler tarafından farklı maluliyet raporlarının düzenlenmesine neden olmaktadır. Mevzuatımızda ihtiyaçlar doğrultusunda değişiklik yapılması, rapor prosedürünün tekrar tanımlanması ve takdirin kullanım şekli ile ilgili bir düzenleme yapılması, ülkemizde kullanılan özürülük cetvellerinin geliştirilerek dünya standartlarına uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adli Tıp, Maluliyet, Yönetmelik.

## ABSTRACT

### EVALUATION OF DISABILITY REPORTED BY DEPARTMENT OF FORENSIC MEDICINE NECMETTIN ERBAKAN UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE BETWEEN THE YEARS 2013 AND 2016

Veysel GÜRBÜZ  
SPECIALTY THESIS  
KONYA-2017

**Objective:** Arrangement of disability reports is one of the routine practices of forensics. Estimating the ratio of disability by using some schedules that are prepared on the basis of some parameters is labeled as permanent disability rate. In this study, it is aimed at emphasizing the responsibilities of experts on disability reports and the factors to be considered during preparation of reports by sociodemographic and medical features of the cases applied to The Forensic Medicine Department of Necmettin Erbakan University Faculty of Meram Medicine and to be disputed of problems by taking into consideration applications in other countries.

**Methods:** The disability reports prepared between 01.01.2013-30.06.2016 were evaluated in terms of age, sex, occupation, date of report, the authority of claims, the type of event, the date of event, diagnosis, the disability type, the disablement degree, recovery period of cases, continuous nursing neediness and difficulties in diagnosis issues were also evaluated. Data analyzed by statistical program.

**Results:** It was observed that 908 disability reports prepared within 3,5 years during which the examination was conducted. 661 cases were male and 247 were female. The mean age was  $33,92 \pm 15,7$ . %94,3 of them were injured due to the traffic accident and the orthopedic defects came into prominence. The disablement degree was 100% within 20 cases.

**Conclusion:** Experts could choose a disability type or decrease the disability degree by their discretion, if they don't find the disability type or disablement degree in legislation. This situation causes arrangement of the reports with different disablement degrees by different experts. It is considered that a modification must be made in line with requirements of the regulation, the procedure of report must be redefined and an arrangement must be made regarding the usage style of discretion. We believe that, the disability scale used in our country should be developing and brought into line with world standards.

**Key Words:** Forensic Medicine, Disability, Regulation.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Önsöz.....	iii
Özet.....	iv
Abstract.....	v
İçindekiler.....	vi
Tablolar.....	viii
Şekiller.....	ix
Simgeler ve Kısaltmalar.....	x
1. Giriş ve Amaç.....	1
2. Genel Bilgiler.....	3
2.1. Tanımlamalar.....	3
2.2. Etyoloji.....	4
2.3. Yasal Düzenlemelerde Maluliyet.....	13
2.3.1. Maluliyet Hesaplanmasında Uygulanacak Mevzuat.....	13
2.3.1.1. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarında Uygulanacak Mevzuat.....	13
2.3.1.2. Trafik Kazalarında Uygulanacak Mevzuat.....	14
2.3.1.3. İş Kazası ve Meslek Hastalıkları ile Trafik Kazaları Dışındaki Vak'a ve Olaylara Uygulanacak Mevzuat.....	14
2.4. Borçlar Kanunu ve Karayolları Trafik Kanunu Açısından Maluliyet.....	14
2.4.1. Karayolları Trafik Kanunu Açısından Maluliyet.....	15
Sağlık Giderleri Teminatı.....	15
Sürekli Sakatlık Teminatı.....	16
Destekten Yoksun Kalma (Ölüm) Teminatı.....	16
2.5. Sosyal Güvenlik Mevzuatı Açısından Maluliyet.....	18
2.5.1. Başka Birinin Sürekli Bakımına Muhtaç Olma Halleri.....	18
2.5.2. Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı (Maluliyet) Tespitinde Kullanılan Cetveller.....	19
2.5.3. Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranının (Maluliyet) Hesaplanması.....	21
2.5.4. Maluliyet Oranının Tespitinde Fark Hesabı.....	22
2.5.5. Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranının (Maluliyet) Hesaplanmasında İliyet Bağı.....	22
2.5.6. Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranının (Maluliyet) Hesaplanmasında Balthazard Formülünün Uygulanması.....	23
2.5.7. Meslekte Kazanma Gücü Azalma (Maluliyet) Oranı Ne İşe Yarar?.....	24
2.6. Tedavi Hakkı.....	25
2.6.1. Trafik Kazalarında Yaralanan Kişilerin Tedavi Hakkı.....	25
2.6.2. İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonucu Zarar Gören Kişilerin Tedavi Hakkı.....	25
2.7. Ferdi Kaza Sigortası.....	25
2.7.1. Sigortanın Teminat Türleri.....	26
A) Vefat Teminatı.....	26
B) Daimi Maluliyet Teminatı.....	27
C) Gündelik Tazminat.....	27
D) Tedavi Masrafları Teminatı.....	27
2.8. Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik.....	29
2.9. Maluliyetin Adli Tıptaki Yeri.....	31
2.9.1. Adli Tıpta Bilirkişilik.....	31

2.9.2. Maluliyet Raporlarının Düzenlenmesi.....	33
2.10. Özürlülüğün Dünya Çapındaki Değerlendirmeleri.....	34
Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD).....	35
İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF).....	36
2.11. Amerika Birleşik Devletlerinde Tazminat Sistemleri İle İlgili Yasalar.....	40
2.11.1. California Kalıcı Maluliyet Oranı Çizelgesi.....	42
2.11.1.1. Maluliyet İndeksleri.....	43
2.11.1.2. Psikiyatrik Bozuklukların Değerlendirilmesi.....	47
2.11.1.3. Baş ve Yüzdeki Kozmetik Bozuklukların Değerlendirilmesi.....	48
2.11.1.4. El Kavrama Gücünün Değerlendirilmesi.....	48
2.11.1.5. Çene, Ağız, Diş Bozukluklarının Değerlendirilmesi.....	49
2.11.2. Kalıcı Sakatlığın Değerlendirilmesi Kılavuzu.....	49
2.12. A.B.D.'de Sosyal Güvenlik Kurumu.....	50
2.13. Özürlülük Sıklığı.....	52
3. Gereç ve Yöntem.....	55
3.1. Çalışma Hazırlığı.....	55
3.2. Vakaların Oluşturulması.....	55
3.3. İstatistiksel Analiz.....	56
4. Bulgular.....	57
5. Tartışma.....	67
6. Sonuç ve Öneriler.....	92
7. Kaynaklar.....	95
<b>EKLER.....</b>	<b>101</b>
<b>EK-1:</b> Tez Projesinin Etik Kurul Onayı.....	<b>101</b>
<b>EK-2:</b> Olgulara Uygulanan Anket Formu.....	<b>102</b>
<b>EK-3:</b> Yetişkin ve Çocuklarda (0-6 Yaş, 7-16 Yaş) Fizyolojik Kemik Kırık İyileşme Süreleri.....	<b>103</b>
<b>EK-4:</b> Sürekli Sakatlık Tazminatı Hesaplaması.....	<b>106</b>
<b>EK-5:</b> Destekten Yoksun Kalma Tazminatı.....	<b>107</b>
<b>EK-6:</b> Tedavi Giderleri Yönünden Genel Bilgiler.....	<b>108</b>



## TABLolar

<b>Tablo-1:</b> Türkiye'de yıllara göre trafik kazası, ölü ve yaralı sayısı.....	10
<b>Tablo-2:</b> Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri'ndeki yüzölçümü ve nüfus dağılımlarına göre trafik kazasına bağlı ölü ve yaralı sayıları, 2011. [Ölümlü, yaralanmalı kaza].....	12
<b>Tablo-3:</b> Bakıcı gideri hesaplanmasında asgari net ücrete uygulanacak katsayı oranları..	16
<b>Tablo-4:</b> Sigortalıya verilecek sigorta bedelinin daimi maluliyet nedenlerine göre oranları.....	28
<b>Tablo-5:</b> Diğer sakatlanma hallerinde sakatlık derecesine göre ödenecek tazminatın yüzdesi.....	30
<b>Tablo-6:</b> Omurga ve gövde kılavuzu.....	45
<b>Tablo-7:</b> Alt ekstremitte kılavuzu .....	46
<b>Tablo-8:</b> Psikiyatrik bozukluklar tablosu.....	48
<b>Tablo-9:</b> Baş ve Yüzdeki Bozuklukların dağılımı.....	48
<b>Tablo-10:</b> El kavrama gücünün kısmi kaybı dağılımı.....	49
<b>Tablo-11:</b> Günlük aktivite ölçeği.....	50
<b>Tablo-12:</b> Bazı yüksek ve düşük-orta gelirli ülkelerdeki özür lülük prevalansı.....	53
<b>Tablo-13:</b> Olay tarihi ile raporun yazıldığı tarih arasında geçen sürelerin ay ve yıl olarak dağılımı.....	59
<b>Tablo-14:</b> Olguların meslek grup numaralarına göre dağılımı.....	60
<b>Tablo-15:</b> Olguların erkek ve kadın cinsiyetlerde maluliyet durumu kıyaslaması.....	61
<b>Tablo-16:</b> Olgularda tespit edilen arızaların arıza çeşidine göre dağılımı.....	62
<b>Tablo-17:</b> Ameliyat olanlar ile olmayanların maluliyet durumu kıyaslaması.....	63
<b>Tablo-18:</b> Olgulardan ameliyat olanların ameliyat sayılarına göre dağılımı.....	63
<b>Tablo-19:</b> Olgularda %100 maluliyete ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç olan arızaların dağılımı.....	64
<b>Tablo-20:</b> Olguların (%100 maluliyeti olanlar hariç) iyileşme sürelerine göre dağılımı.....	65
<b>Tablo-21:</b> Arızalardaki E cetveline göre saptanan maluliyet oranlarında yapılan taktiren azaltma oranlarının dağılımı.....	66
<b>Tablo-22:</b> Maluliyet Raporları ve Özür lü Sağlık Kurulu Raporları arasındaki farklar.....	87
<b>Tablo-23:</b> Avrupa baremi, Kaliforniya baremi (AMA Guides, 5th Edition) ve SGK tüzüğünde yer alan bazı arızaların ağırlık ölçülerinin karşılaştırılması.....	90

## ŞEKİLLER

Şekil-1: SGK'nın yıllara göre iş kazaları sayısı.....	6
Şekil-2: SGK'nın yıllara göre meslek hastalıkları sayısı.....	8
Şekil-3: Olguların kadın ve erkek cinsiyette yaş aralığına göre dağılımı.....	57
Şekil-4: Anabilim Dalımızdan maluliyet raporu düzenlemesini isteyen makamların dağılımı.....	58
Şekil-5: Olguların olay türlerine göre dağılımı.....	58
Şekil-6: Arızası olan olguların arıza sayılarına göre dağılımı.....	62



## SİMGELER ve KISALTMALAR

- ATK : Adli Tıp Kurumu
- AHM : Asliye Hukuk Mahkemeleri
- ATM : Asliye Ticaret Mahkemeleri
- Bkz. : Bakınız
- CRPDs : Birleşmiş Milletler Engellilerin Hakları Komitesi
- CMK : Ceza Muhakemeleri Kanunu
- CSO : Commissioners Standard Ordinary-Olağan Standart Komiserleri
- DİE : Devlet İstatistik Enstitüsü
- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- EGM : Emniyet Genel Müdürlüğü
- GSMH : Gayrı Safi Milli Hasıla
- HMK : Hukuk Muhakemeleri Kanunu
- HUMK : Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu
- ICD : Uluslararası hastalık sınıflaması
- ICF : İşlevselik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması
- ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü
- İM : İş Mahkemeleri
- İSG : İş Sağlığı ve Güvenliği
- JGnK : Jandarma Genel Komutanlığı
- KDAY : Kesici-Delici Alet Yaralanması
- N.E.Ü. : Necmettin Erbakan Üniversitesi
- PMF : Population Male Female
- PTSD : Post Travmatik Stres Bozukluğu
- RİP : Resmi İstatistik Programı
- s. : sayfa
- SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu
- SSA : Sosyal Güvenlik Kurumu (ABD)
- T.C. : Türkiye Cumhuriyeti
- TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
- UYAP : Ulusal Yargı Ağı Bilişim Sistemi
- vb. : ve benzeri

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlıklı bir yaşamın sağlanabilmesi için insanın çevresi ile bir bütün olarak ele alınması, sağlığı tehdit eden her unsurun bu çevre ile birlikte değerlendirilerek tehlikelerin önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin tüm risklerini ortadan kaldıracak şekilde sunulması sosyal devlet olmanın bir gereğidir.

Çalışma hayatıyla ilgili bütün süreçler, çalışanın ruhsal, sosyal ve bedensel yönden tam bir iyilik halinde çalışmasını sürdürmesini sağlamak amacıyla bir takım kurallar ile düzenlenmiştir. İş sağlığı ve güvenliği (İSG) mevzuatı olarak adlandırılan bu süreçlerde devlet, denetleyen ve kural koyan olarak hem çalışanı hem de işvereni ile vatandaşını korumaktır (1).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) özürüllüğü iş boyutu ile değerlendirmekte; fiziksel ve zihinsel yeteneklerin azalması sonucu, uygun bir iş elde etme veya koruma olanağında ileri derecede azalma olan kişiyi özürüllü olarak tanımlamaktadır (2).

Özürüllü kişilerin ekonomik ve sosyal güvenlik ile yaşamalarını uygun bir düzeyde sürdürmeleri, yetenekleri ölçüsünde çalışma veya yararlı, üretici ve kazanç sağlayıcı bir meslek sahibi olmalarını ve toplumsal gelişime katkıda bulunmalarını sağlamak amacıyla yapılan çeşitli düzenlemelerden yararlanabilmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca özürüllüğe neden olan durumdan (kaza, hastalık) dolayı devam eden yasal süreç nedeniyle (ceza soruşturması, maddi tazminat) durumlarının saptanması gereklidir. Bu amaçla ilgili kuruluşlar tarafından hazırlanmış çeşitli tüzük ve baremlerden yararlanılmaktadır.

Yasal süreç içerisinde, mahkemeler ve savcılıklar tarafından sorulan adli tıp ile ilgili konularda teknik ve bilimsel görüş bildirmek üzere Adalet Bakanlığı'na bağlı resmi bilirkişilik kuruluşu olan Adli Tıp Kurumu kurulmuştur. Bunun yanısıra Üniversiteler, Adli Tıp Uzmanları ve tıbbın ilgili diğer uzmanlık dalları da yer almaktadır.

Meslekte kazanma gücü kaybı (maluliyet) oranı belirlenirken, kişinin sosyal güvenlik yönünden bağlı olduğu kuruluşun yürürlükteki mevzuat hükümlerinden yararlanılmaktadır.

Mevcut mevzuat hükümleri ve çizelgelerde bazı klinik tabloların bulunmaması, bazı tabloların farklı yorumlanmaya açık olması nedeniyle uygulamada adli hatalar ve resmi bilirkişi makamlarına göre farklı maluliyet oranları ortaya çıkabilmektedir. Başka ülkelerde kullanılan baremlerin bilinmesinin ve yapılacak karşılaştırmalı çalışmaların, daha nesnel kriterler oluşturulmasında yeni açılımlar sağlayacağı açıktır. Çalışmamızın bu yönüyle, maluliyet konusunda yapılacak yeni çalışmalara ışık tutması ve maluliyet tespitinde kullanılan yürürlükteki yönetmelikler ile ilgili karşılaşılan sorunların çözümüne katkı sağlaması hedeflenmiştir.

Bu çalışmada, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından, iş kazaları ve meslek hastalıkları yanı sıra kasten yaralama veya taksirle yaralama (trafik kazaları, tıbbi uygulama hataları, ateşli silah yaralanmaları...) gibi olaylar sonucu meydana gelen arızaların kişide ne oranda meslekte kazanma gücü kaybına neden olduğunu saptamak amacıyla kullanılan, Sosyal Güvenlik Kurumu için hazırlanmış, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri, diğer ülkelerde kullanılan benzer baremlerle karşılaştırılarak, olumlu ve olumsuz yönleri ile bu konuda karşılaşılan problemlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tanımlamalar

Maluliyet, Arapça kökenli bir kelime olmakla birlikte; sağlam olmayan, hastalık ve sakatlık anlamına gelen illet sözcüğünden gelmektedir (3). Her ne kadar maluliyet, sözlük anlamında hastalık ve sakatlık kelimeleri ile aynı kökenden geliyor olsa da kavramsal açıdan farklı bir içeriğe sahiptir. Maluliyet, sürekli bir iş göremezlik durumunu ifade etmektedir. Her maluliyet bir sürekli iş göremezlik olmasına rağmen, her sürekli iş göremezlik durumu maluliyet değildir. Sadece bazı nitelikte olan sakatlıklar maluliyet kavramının unsurunu oluşturabilmektedir. Doğuştan (belirli bir düzeyde olan) sakatlıklar ve kişinin çalışma hayatına etkisi bulunmayan sakatlıklar, maluliyet kavramının unsurunu oluşturmamaktadır. Ayrıca, maluliyet kavramının oluşabilmesi için maluliyetin unsurunu oluşturan hastalık veya arızanın (4) kişinin ilk defa sigortalı olarak çalıştığı tarihten sonraki bir zaman diliminde meydana gelmesi veya bu tarihten sonra belirli bir seviyeye gelmesi gerekmektedir.

Hukuki açıdan maluliyeti çok genel olarak “kişinin ilk defa sigortalı olarak çalışmaya başladığı tarihten sonra meydana gelen veya bu tarihten sonra belirli bir seviyeye gelen fiziksel ya da zihinsel hastalığının yahut arızasının (sakatlığının) belirli oranda sürekli iş göremezlik oluşturması durumu” olarak tanımlanabilir (5).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) uluslararası özürlülük, yetersizlik ve engellilik tanımlarını geliştirmiştir. Bu sınıflandırma dünya çapında birçok ülke tarafından geniş kapsamlı olarak kullanılmaktadır.

**Yetersizlik (Impairment):** Fizyolojik, anatomik veya psikolojik yapının fonksiyon (işlevsellik) normalden sapması ya da kaybı durumudur. Organ seviyesindeki bozuklukları da kapsamaktadır.

**Özürlülük (Disability):** Sağlığın bozulması sonucu oluşan yetersizlikten dolayı herhangi bir yeteneğin normal bir kişiye göre azalması veya kaybedilmesidir. Bireysel düzeydeki bozuklukları ifade eder. Sakatlıklar geçici (enfeksiyon, bulaşıcı hastalık), sürekli (körlük, zeka geriliği) ve ilerleyen tipte (dejeneratif hastalıklar, kalp yetmezliği) olabilirler.

**Engellilik-Maluliyet (Handicap):** Özürlülük ya da yetersizlik nedeniyle, kişinin cinsiyet, yaş, kültürel ve sosyal durumuna göre normal kabul edilen yaşantısını yerine getirememesi durumudur (6, 7).

Çeşitli travmalar (trafik kazası, yaralama, iş kazası, vb.) sonucu vücutta meydana gelen yaralanma her zaman tam olarak iyileşmemekte ve sekel veya arıza bırakabilmekte olup kalan arıza kişinin günlük ve mesleki yaşamını etkileyecek düzeyde olabilmektedir.

Adli Tıp açısından maluliyet; her türlü etki ile vücutta meydana gelen ya da getirilen yaralanmaların veya 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 (8).

## 2.2. Etyoloji

DSÖ'ye göre, kaza insanın kontrolü dışında aniden gelişen, dış güçlerin etkisiyle ortaya çıkarak, insanın o andaki kapasitesi ile baş edemediği, fiziksel ve ruhsal zararlanmaya yol açan olaylardır.

Maluliyet nedenlerine baktığımızda ilk olarak karşımıza iş kazaları, meslek hastalıkları ve trafik kazaları çıkmaktadır. Ancak bunların dışında yasal mevzuatta yer verilmeyen maluliyet nedenleri de vardır. Yaralama, kesici-delici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, tıbbi uygulama hatası (malpraktis), emekli olmak amacıyla maluliyet raporu almak istemesi, mobbing gibi nedenler maluliyet nedenleri arasında sayılabilir.

Yaşama hakkı, en temel insan hakkıdır. Meslek hastalıkları ve iş kazaları, çalışma hayatının en önemli sorun alanlarından biridir. ILO'nun kaynaklarına göre her yıl 1.2 milyon erkek ve kadın meslek hastalıkları ve iş kazaları nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Yine aynı kaynaklara göre; her yıl 250 milyon insan iş kazaları, 160 milyon insan ise meslek hastalıkları sonucu ortaya çıkan zararlara maruz kalmaktadır. Meslek hastalıkları ve iş kazalarının ekonomik maliyeti dünya milli gelirinin %5'ine ulaşmaktadır (ILO,

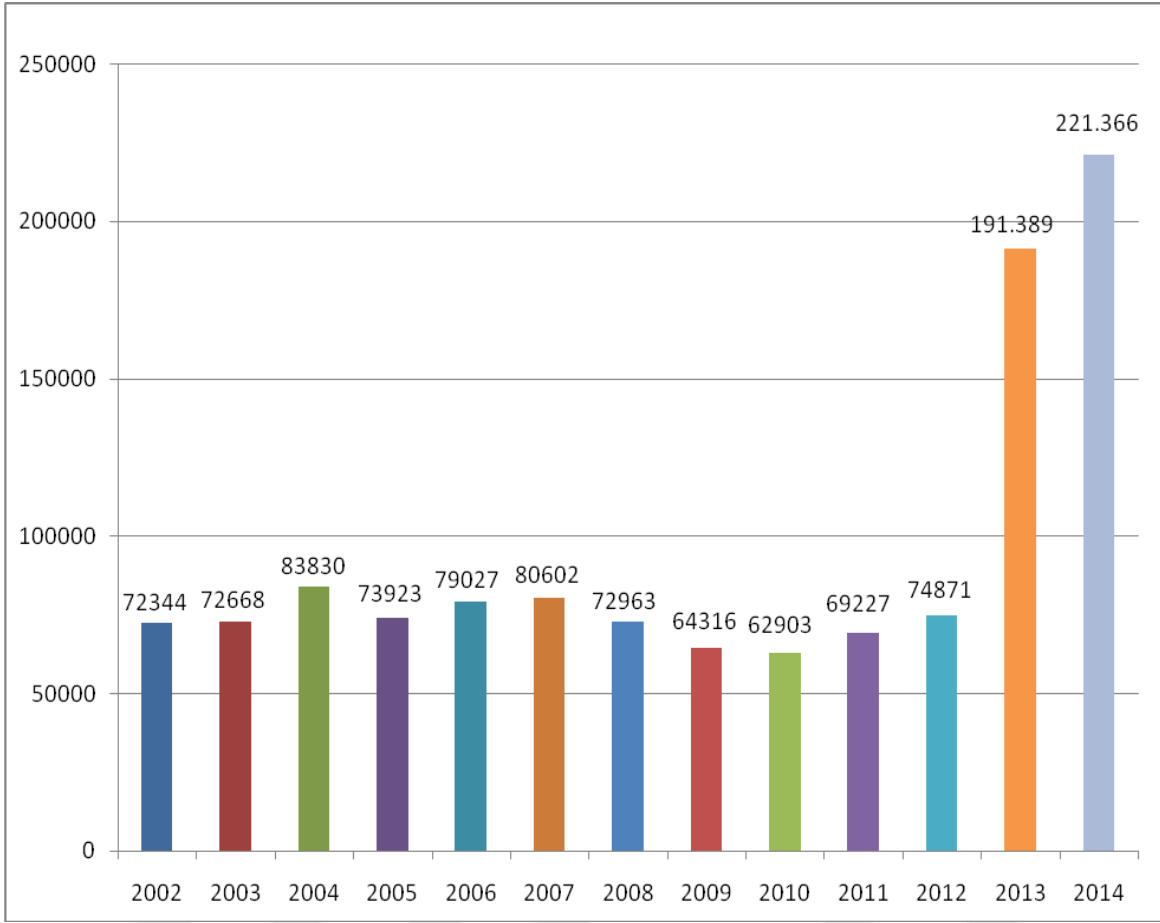
2009:2). Daha sağlıklı ve daha güvenli işyeri ortamı, daha verimli bir çalışmanın da ön koşuludur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde İSG, toplumsal kalkınmanın belirleyici unsurları arasında yer almaktadır (1).

Çalışma hayatında, olayın hukuken bir iş kazası niteliği taşıyıp taşımadığına ve iş kaybına yol açıp açmamasına bakılmaksızın, işyerinde 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. (8).

İş kazaları ülkemiz ve bütün dünya ülkelerinde önemli özürllük nedenlerinden birisidir. DSÖ verilerine göre dünyada sakatlığa yol açan nedenler arasında iş kazaları % 2.9'luk bir paya sahiptir (8).



**Şekil-1:** SGK'nın yıllara göre iş kazaları sayısı (9).



Meslek hastalığı, sigortalının yaptığı ya da çalıştığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin işleyiş koşulları yüzünden uğradığı sürekli veya geçici hastalık, ruhsal ya da bedensel sakatlık halleridir (10).

Şekil-1’de son yıllarda iş kazalarındaki büyük orandaki artış göze çarpmaktadır. 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 göstermiştir. Bu artışın muhtemel nedeni 2013 yılından itibaren Avrupa Birliği standartları da dikkate alınarak iş kazası bildirim formunun elektronik ortamda alınmaya başlanması olarak görülmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) istatistik yıllıkları sektör bazında incelendiğinde, iş kazalarının en yoğun yaşandığı ve işe bağlı sağlık sorunlarına maruz kalanların en yüksek olduğu sektörlerin “taş ocakçılığı ve madencilik”, “gaz, elektrik, buhar, kanalizasyon ve su” ile “inşaat” sektörleri olduğunu ortaya koymaktadır. İşe bağlı

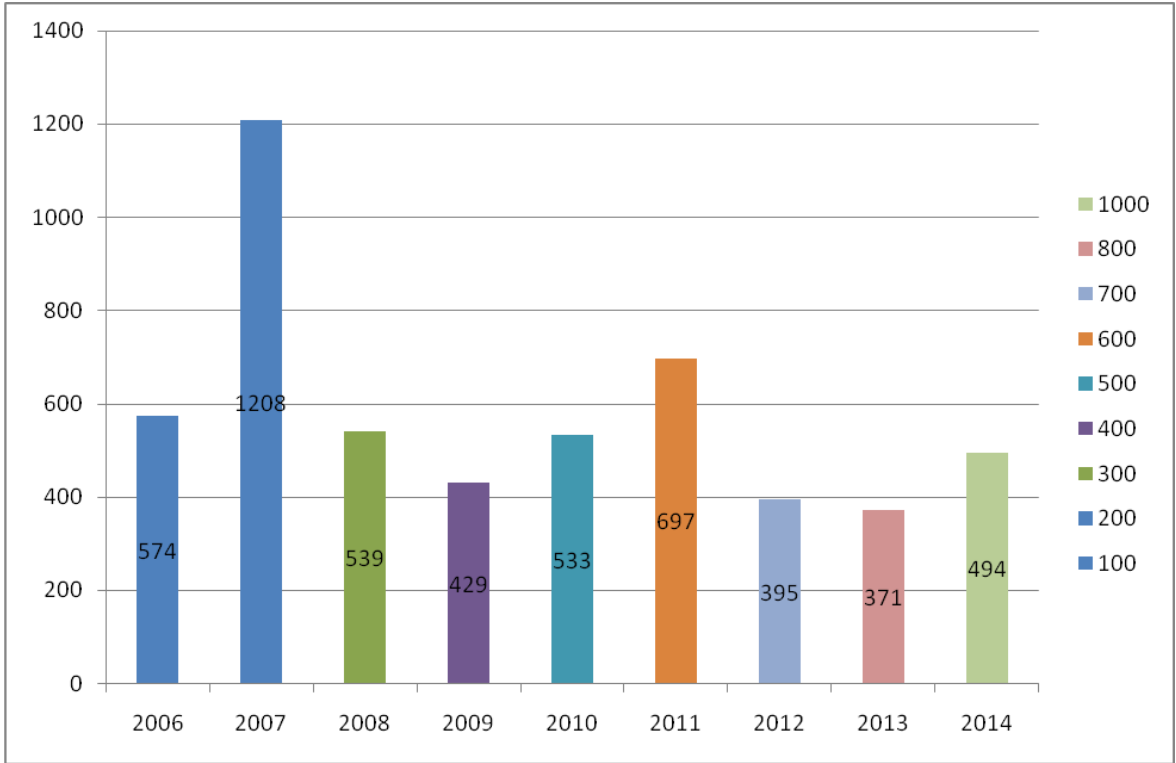
sağlık problemlerinin ağırlıklı olarak “sırtı veya beli etkileyen kemik, kas ve eklem sorunları” ile “depresyon, stres veya anksiyete sorunları”ndan kaynaklandığı belirlenmiştir. Yaş grupları göre değerlendirildiğinde, işe bağlı sağlık problemlerinin en yüksek olduğu yaş grubunun 35-54 yaş grubu olduğu saptanmıştır (11).

İş kazası sonucu oluşan yaralanmanın vücuttaki yeri incelendiğinde 2007-2014 yılları arasında değişmeyerek en fazla üst ve alt ekstremite (kollar ve bacaklar) bölgelerinde meydana geldiği tespit edilmiştir. Yaralanma çeşitlerine bakıldığında büyük çoğunluğunu yüzeysel yaralanmalar ve açık yaralar ile ezik ve çürükler oluşturmaktadır. Vücutta meydana gelen kırıkların ise 3. sırada olduğunu görmekteyiz.

Verilere göre faaliyet grupları bazında sıralama yapıldığında, 2010 yılında en fazla iş kazasının Kömür ve Linyit Çıkartılması başta olmak üzere Makine ve Teçhizatı Hariç Fabrikasyon Metal Ürünleri İmalatı ve Ana Metal Sanayi faaliyetlerinde olduğu görülmüştür.

Meslek hastalıkları bir diğer önemli sorundur. Pek çok işçi meslek hastalığına yakalandığının farkında bile değildir. Meslek hastalıkları işten ayrıldıktan sonra da ortaya çıktığından doktorlar ve kişiler tarafından genellikle sıradan bir hastalık gibi değerlendirilerek fark edilememektedir (12). Meslek hastalığının işten ayrıldıktan sonra ortaya çıkması halinde, konunun iş ve sosyal güvenlik mevzuatı açısından soruşturulması aşamasında, işyerinin kapalı olması ya da işçinin çalıştığı sürelerdeki iş sağlığı ve güvenliği koşullarının ya da işleyiş koşullarının tespit edilememesi, meslek hastalıklarının tanısını da zorlaştırmaktadır. Harrington teorisine göre, Türkiye'de tahmin edilen meslek hastalığına yakalananların sayısı 36.000'dir (13). Diğer taraftan, 2006-2007 yılları arasında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan araştırmaya göre işe bağlı sağlık sorunu yaşayanların sayısının 914.000 olarak tespit edilmesine karşılık, SGK tarafından 2008 yılında işlemi tamamlanan meslek hastalığı vakası sayısının 539 (Bkz. Şekil-2) olması, meslek hastalığı bildirimlerinde yaşanan sorunları ortaya koyması bakımından dikkate değerdir (12, 13).

**Şekil-2:** SGK'nın yıllara göre meslek hastalıkları sayısı (9).



Meslek Hastalıkları sonucu teşhis olunan hastalıklara bakıldığında başta silikozis ve silikotüberkülozis olmak üzere Nitröz Gazları, Kurşun ve Kurşun Tozları, Fosfor ve Anorganik Fosfor Bileşikleri, Arsenik ve Bileşikleri göze çarpmaktadır. Şekil-2'de meslek hastalığı sayısının yıllara göre dağılımını göstermektedir. 2014 yılı verilerine göre meslek hastalığına tutulanlar en fazla solunum sistemi hastalıkları, kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları, kömür işçisi pnömokonyozu ve kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları tanıları almıştır.

Trafik kazaları, tıbbi boyutu kadar, ekonomik, hukuki, sosyal boyutlarıyla da dikkat çeken önemli bir toplumsal problemdir. Dünyada trafik kazalarında ölen kişi sayısının 1 milyon/yıl, yaralanan kişi sayısının ise 15 milyon/yıl üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (14). DSÖ'ye göre ise her yıl yaklaşık olarak 1.25 milyon insan karayolu trafik kazaları sonucu yaşamını yitirmektedir. Ölümün %90'ının dünyadaki araçların yarısına sahip olan orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana geldiğini ortaya koymaktadır. Her yıl 20 ile 50 milyon arasındaki pek çok insanda ölümcül olmayan yaralanma sonucu sakatlık (engellilik) oluşmaktadır. Karayolu trafik kazaları kazazedelere, ailelerine ve ülkelerine önemli ekonomik kayıplara neden olmaktadır. 2010 yılı tahminlerine göre trafik kazaları Gayri Safi Milli Hasıla'nın (GSMH) %3'ünü oluşturmaktadır. Bu oran düşük ve orta gelirli

ülkelerde %5'e kadar artmaktadır (15).

Trafik kazası sonucu uzuv kaybının veya ağır sakatlığın fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak kişinin üzerinde bir felaket etkisi vardır. Engellilik ile sonuçlanan yaralanma bozuklukları; psikolojik travma, omurilik yaralanması nedeniyle felç, bacaklarda kısmi veya tam amputasyon, körlük ve sağırılık gibi duyu kayıpları, nöro-travma nedeniyle fiziksel ve/veya zihinsel sınırlamalar, hareket kısıtlılığı ile sonuçlanan fiziksel uzuv deformasyonu şeklinde tanımlanmıştır (16).

Trafik kazaları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de doğal kaynaklı olmayan ölümler arasında ilk sıradaki yerini almaktadır (17-20). Ulaşım sektörü, günümüzde insanlara demiryolu, denizyolu, havayolu gibi oldukça fazla seçenek sunmasına rağmen, ülkemizde daha çok "karayolu ulaşımı" kullanılmaktadır. Ülkemizde yolcu ve yük taşımacılığının yoğun bir şekilde kara yoluyla yapılması, buna paralel olarak güvenli bir trafik ortamının tam olarak sağlanamaması, trafik kazalarının daha sık olmasına neden olmaktadır. Trafik kazaları sonucunda ise; ölümler, yaralanmalar, sakatlıklar, büyük ekonomik kayıplar meydana gelmektedir.

**Tablo-1:** Türkiye'de yıllara göre trafik kazası, ölü ve yaralı sayısı (21-23)

Yıl	Toplam Kaza Sayısı*	Maddi hasarlı kaza sayısı	Ölümlü, yaralanmalı kaza sayısı	Ölü sayısı <sup>(1)</sup>	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

Kaynak: Jandarma Genel Komutanlığı ve Emniyet Genel Müdürlüğü

**(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.**

Protokollere göre; karayolu trafik kaza bilgileri Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM) ve Jandarma Genel Komutanlığı (JGnK) tarafından TÜİK'e manyetik ortamda iletilmekte ve her yıl TÜİK tarafından yayın haline getirilerek kullanıcılara sunulmaktadır. Karayolu trafik kazası istatistiklerine ilişkin veriler EGM ve JGnK idari kayıtlarından derlenmekte ve Resmi İstatistik Programı (RİP) kapsamında TÜİK tarafından yıllık olarak yayımlanmaktadır. Tablo-1'de 2002-2015 yılları arasında trafik kazasına bağlı toplam ölen kişi sayısı 61.540, yaralanan kişi sayısı 2.851.092'dir. Tablodaki toplam kaza sayısına tarafların kendi aralarında anlaşarak tutanak düzenledikleri maddi hasarlı kazalar da dahil edildiğinden 2008 yılından itibaren sonraki yıllarda kayıtlı toplam trafik kazaları sayısında önemli sayıda artış dikkat çekmektedir. Bunun yanında nüfus artışının ve karayollarındaki araç sayısındaki artışın da etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Karayolu trafik kazası istatistiklerindeki ölü sayılarında 2015 yılına kadar sadece

kaza yerinde tespit edilen ölümler hesaplanmıştır. EGM, JGnK, Sağlık Bakanlığı ve TÜİK işbirliğinde yürütülen trafik kazası istatistiklerindeki ölüm verilerinin uluslararası tanımlara uyumlu hale getirilmesi yönündeki çalışmaların tamamlanması neticesinde 2015 yılı istatistiklerine trafik kazasında yaralanıp sağlık kuruluşlarına sevk edilenlerden kazanın sebep ve tesiriyle **30 gün** içinde ölen kişilere ait istatistikler de dahil edildiğinden 2015 yılına ait trafik kazası sonucu ölümlerin önceki yıllara göre artış göstermiştir.

Avrupa Birliği Ülkeleri ile Türkiye'de yüzölçümü ve nüfus dağılımlarına göre trafik kazası sonuçları incelendiğinde ölü sayılarının en fazla Almanya, İtalya, Polonya ve Türkiye'de; yaralı sayılarının ise Almanya, İtalya, İngiltere ve Türkiye'de en fazla olduğu görülmektedir (Tablo-2).

Tayland'da trafik kazaları %9'luk oran ile özür lülüğün üçüncü büyük nedenlerinden birisidir. Trafik kazalarında yaygın olarak görülen bozukluklar ise kuadripleji, parapleji, beyin dokusunda hasar, amputasyon ve davranış bozuklukları olarak tespit edilmiş ve kazalardaki en riskli yaş grubunun ise 15-44 yaş olduğu gözlemlenmiştir (24).

**Tablo-2:** Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri'ndeki yüzölçümü ve nüfus dağılımlarına göre trafik kazasına bağlı ölü ve yaralı sayıları, 2011. [Ölümlü, yaralanmalı kaza] (23)

Ülke	Yüzölçüm (km <sup>2</sup> )	Nüfus (Bin)	Ölü				Yaralı		
			Trafik kaza sayısı	Kaza		Nüfusa sayısına	Kaza		
				Sayı	oranı		Sayı	oranı	oranı
				%	%		%	%	
Belçika	30 528	11 001	42 050	858	0,08	20	55 128	5,01	1 311
Danimarka	43 094	5 561	3 525	220	0,04	62	4 039	0,73	1 146
Almanya	357 022	81 752	306 266	<b>4 009</b>	0,05	13	<b>392 365</b>	4,8	1 281
Yunanistan	131 957	11 123	13 849	1 141	0,1	82	17 259	1,55	1 246
İspanya	505 992	46 667	83 027	2 060	0,04	25	115 850	2,48	1 395
Fransa	551 500	64 979	65 024	3 963	0,06	61	81 251	1,25	1 250
İrlanda	70 273	4 571	5 230	186	0,04	36	7 235	1,58	1 383
İtalya	301 318	59 365	205 638	<b>3 860</b>	0,07	19	<b>292 019</b>	4,92	1 420
Lüksemburg	2 586	512	962	33	0,06	34	1 341	2,62	1 394
Hollanda	41 526	16 656	10 778	546	0,03	51	5 813	0,35	539
Avusturya	83 858	8 404	35 129	523	0,06	15	45 025	5,36	1 282
Portekiz	91 982	10 573	32 541	891	0,08	27	41 960	3,97	1 289
Finlandiya	338 145	5 375	6 408	292	0,05	46	7 931	1,48	1 238
İsveç	449 964	9 416	16 116	319	0,03	20	22 360	2,37	1 387
İngiltere	242 900	63 023	157 068	1 960	0,03	12	<b>210 741</b>	3,34	1 342
Çek Cumhuriyeti	78 866	10 487	20 486	772	0,07	38	25 548	2,44	1 247
Estonya	45 227	1 330	1 492	101	0,08	68	1 877	1,41	1 258
Letonya	64 589	2 075	3 386	179	0,09	53	4 224	2,04	1 247
Litvanya	65 300	3 053	3 266	296	0,1	91	3 919	1,28	1 200
Macaristan	93 030	9 986	15 827	638	0,06	40	20 205	2,02	1 277
Malta	316	415	348	21	0,05	60	519	1,25	1 491
Polonya	312 685	38 530	40 069	<b>4 189</b>	0,11	105	49 506	1,28	1 236
Slovenya	20 273	2 050	7 257	141	0,07	19	9 992	4,87	1 377
Slovakya	49 036	5 392	5 378	324	0,06	60	7 045	1,31	1 310
Bulgaristan	110 994	7 369	6 638	657	0,09	99	8 301	1,13	1 251
Kıbrıs	9 251	840	1 058	71	0,08	67	1 559	1,86	1 474
Romanya	238 391	20 199	26 647	2 018	0,1	76	33 490	1,66	1 257
Türkiye	774 815	74 724	131 845	<b>3 835</b>	0,05	29	<b>238 074</b>	3,19	1 806

### **2.3. Yasal Düzenlemelerde Maluliyet**

Sosyal devlet, riskler konusunda ortaya çıkabilecek sorunları anayasal düzenlemeler ile çözerek, insanların hayatın tüm alanlarında yaşamlarını sağlıklı ve mutlu bir şekilde sürdürmelerini sağlamakla yükümlüdür. Devlet her ne kadar koruyucu, gözetici olsa da bazen ortaya çıkan olumsuzlarda bireyin sağlığındaki bozulmaların (maluliyet ya da engellilik) oranlarını belirleyerek mağduriyeti bir nebze gidermeye çalışması gerekmektedir.

Bu amaçla 07.07.1945 tarihinde ilgili tanımlamalar kabul edilerek 01.07.1946 tarihinde yürürlüğe giren 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu ve 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı Kanun ile sigortalıların işyerinde çalışırken meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları ile sonuçları düzenlenmeye çalışılmıştır (25). Son olarak 31.05.2006 tarihli ve 5510 sayılı Kanununun 107. maddesi hükmüne dayanılarak 11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı resmi gazetede Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ile 03.08.2013 tarihli ve 28727 Resmi Gazetede Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği yayımlanmıştır.

#### **2.3.1. Maluliyet Hesaplanmasında Uygulanacak Mevzuat**

##### **2.3.1.1. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarında Uygulanacak Mevzuat**

22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 01.10.2008 tarihine kadar gerçekleşmiş vak'a ve olaylarda,

11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 01.10.2008 tarihinden sonra gerçekleşmiş vak'a ve olaylarda,

03.08.2013 tarihli ve 28727 Resmi Gazete'de Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 30.03.2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmış Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik 03.08.2013 tarihinden sonra gerçekleşmiş vak'a ve olaylarda uygulanacaktır.



### **2.3.1.2. Trafik kazalarında uygulanacak Mevzuat**

22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 01.10.2008 tarihine kadar gerçekleşmiş vak'a ve olaylarda,

11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 01.10.2008 tarihinden sonra gerçekleşmiş vak'a ve olaylarda,

30.03.2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik 01.06.2015 tarihinden sonra meydana gelen trafik kazalarında uygulanacaktır (26).

### **2.3.1.3. İş Kazası ve Meslek Hastalıkları ile Trafik kazaları dışındaki vak'a ve olaylara uygulanacak Mevzuat**

22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 01.10.2008 tarihine kadar gerçekleşmiş vak'a ve olaylarda,

11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 01.10.2008 tarihinden sonra gerçekleşmiş vak'a ve olaylarda uygulanacaktır.

### **2.4. Borçlar Kanunu ve Karayolları Trafik Kanunu Açısından Maluliyet**

2918 sayılı Kanununun 26.04.2016 tarih ve 29695 sayılı Resmi Gazetede yapılan değişikliğe göre; zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamındaki tazminatlar bu Kanun ve bu Kanun çerçevesinde hazırlanan genel şartlarda öngörülen usul ve esaslara tabi olacak, söz konusu tazminatlar ve manevi tazminata ilişkin olarak bu Kanun ve genel şartlarda düzenlenmeyen hususlar hakkında 11/1/2011 tarihli ve 6098 sayılı Türk Borçlar Kanununun haksız fiillere ilişkin hükümleri uygulanacaktır.

01.06.2015 tarihinde 14.05.2015 tarihli ve 29355 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları yürürlüğe girmiş olup 26.04.2016 tarihinde ise 26 Nisan 2016 Tarihli ve 29695 Sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 6704 sayılı kanun ile 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 90. maddesinde yapılan değişiklikle zorunlu mali sorumluluk sigortası

kapsamındaki tazminatların önce 2918 sayılı kanun ve bu kanun çerçevesinde hazırlanan genel şartlarda öngörülen usul ve esaslara tabidir şeklinde yapılan düzenleme gereğince maluliyet oranlarının 30/3/2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik çerçevesinde tespit edilmesi gerekecektir.

#### **2.4.1. Karayolları Trafik Kanunu Açısından Maluliyet**

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 ilgililerin hak ve yükümlülüklerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. Karayolları Trafik Kanununa göre motorlu aracı işleten kişiye **sigortalı** denmektedir.

Karayolları Trafik Kanunu; 85 ile 86. maddeleri bir motorlu aracın kullanımı sırasında meydana gelen yaralanma ve ölümler karşısında kusurla ilişkili bir hukuki sorumluluk tanımlamakta, 91. maddesi ile de bu sorumluluğun her vasıta için karşılanması amacı ile trafik sigortası olarak bilinen mali sorumluluk sigortası yaptırılmasını zorunlu kılmaktadır (27).

Sigortalı, poliçede tanımlanan motorlu aracın işletilmesi sırasında, 3. şahısların ölümüne veya yaralanmasına veya bir şeyin zarara uğramasına sebebiyet vermiş olmasından dolayı, 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'na göre sigortalıya düşen hukuki sorumluluk çerçevesinde bu Genel Şartlarda içeriği belirlenmiş tazminatlara ilişkin talepleri, kaza tarihi itibarıyla geçerli zorunlu sigorta limitleri dahilinde karşılamakla yükümlü kılınmıştır.

Bu Genel Şartlar kapsamındaki teminat türleri şunlardır;

- a) Maddi Zararlar Teminatı
- b) Sağlık Giderleri Teminatı
- c) Sürekli Sakatlık Teminatı
- d) Destekten Yoksun Kalma (Ölüm) Teminatı

**Sağlık giderleri teminatı**, 3. kişinin trafik kazası dolayısıyla bedenen eski haline

dönmesini teminen organ ile protez bedelleri de dahil olmak üzere yapılan tüm tedavi giderlerini içermektedir. Kaza nedeniyle mağdurun tedavisine başlanmasından itibaren mağdurun sürekli sakatlık raporu alana kadar tedavi süresince ortaya çıkan bakıcı giderleri, tedaviyle ilgili diğer kaçınılmaz giderler ile trafik kazası sebebiyle çalışma gücünün kısmen veya tamamen azalmasına bağlı giderler sağlık gideri teminatı kapsamındadır. Sağlık giderleri teminatı Sosyal Güvenlik Kurumunun sorumluluğundadır.

**Sürekli sakatlık teminatı**, üçüncü kişinin sürekli sakatlığı dolayısıyla ileride ekonomik olarak uğrayacağı maddi zararları karşılamak üzere, bu genel şart ekinde yer alan esaslara göre belirlenmektedir. 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. Söz konusu tazminat miktarının tespitinde sakat kalan kişi esas alınmaktadır.

Sürekli sakatlık tazminatının hesaplanmasında (Bkz. Ek-4) maluliyet oranının Tablo-3'te denk geldiği aralıktaki katsayı nispetinde asgari net ücret dikkate alınarak **bakıcı gideri** hesaplanmaktadır.

**Tablo-3:** Bakıcı gideri hesaplanmasında asgari net ücrete uygulanacak katsayı oranları.

Maluliyet Oranının Aralığı (%)		Asgari Net Ücrete Uygulanacak Yüzde (%)
0	69	0
70	79	50
80	89	75
90	100	100

Sürekli sakatlık tazminatına ilişkin sakatlık oranının belirlenmesinde, **Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik** doğrultusunda hazırlanacak sağlık kurulu raporu dikkate alınmaktadır.

**Destekten yoksun kalma (Ölüm) teminatı** ise 3. kişinin ölümü nedeniyle ölenin desteğinden yoksun kalanların destek zararlarını karşılamak üzere bu genel şart ekinde (Bkz. Ek-5) yer alan esaslara göre belirlenecek tazminattır. Söz konusu tazminat miktarının tespitinde ölen kişi esas alınmaktadır.

Ülkemizde Devlet Hastanelerinden ücretsiz olarak Üniversite ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden ise belli bir ücret karşılığında Özürlü/Engelli Sağlık Kurulu Raporu verilmektedir. Şahsın durumuna göre ilgili bölümlerin Kulak Burun Boğaz Sistemi, Zihinsel, Ruhsal, Davranışsal Bozukluklar, Deri, Hematopoetik Sistem, Kardiyovasküler Sistem, Görme Sistemi, Sindirim Sistemi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ürogenital Sistem, Endokrin Sistem, Solunum Sistemi, Yanıklar, Onkolojik Hastalıklar, Sinir Sistemi, Kas İskelet Sistemi açılarından muayenesi sonucu ilgili hastanenin sağlık kurulu heyeti tarafından Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik Ek-2'deki Özur Oranlarını gösteren cetvel kullanılarak kişinin özür oranı belirlenmektedir. Özur Oranları Cetveli'nde özürlülük ölçütü olarak kişinin özrü nedeniyle yaşadığı fonksiyon kaybı ve günlük yaşam aktivitesine etkisi değerlendirilmektedir. Tıbbi ve kalıcı bozukluk hem fonksiyonel hem de anatomik olarak değerlendirilmektedir. Özur oranları belirlenirken mevcut tıbbi bozukluğun ciddiyetine göre kişinin özür oranları ve günlük yaşam aktivitesine getirdiği kısıtlama cetvelde % oranlar olarak belirlenmiştir. Eğer iki veya daha fazla organ sisteminden kaynaklanan bir özür varsa Ek-3'teki Balthazard Hesaplama Tablosu kullanılmaktadır. Bu tablonun oluşturulma biçiminden dolayı büyük olan özür oranı değeri tablonun sol dikey kenarına koyularak tablonun altındaki küçük değere gelene kadar sırayı takip edip kesişme noktasından kişinin özür oranı tespit edilmektedir.

30 Mart 2013 tarih ve 28603 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelikte yetkili sağlık kuruluşları, sağlık kurulları, rapor düzenleme usul ve esasları ile özür durumuna göre çalışma gücü kayıp oranları özürlü kişinin mevcut durumu ile çalışma gücü kaybı oranı direkt olarak belirlenmektedir. Özürlünün özel tertibatlı araç, tekerlekli sandalye, akülü araç, işitme cihazı, H sınıfı ehliyet, özel eğitim, özürlü kimliği, protez, ortez veya yardımcı cihaz kullanması, vergi indiriminden faydalanması, ayrıca özür durumuna göre çalışma gücü kaybı oranı belirlenmektedir. Hastalıklar, listede genellikle hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılmakta ve çalışma gücü kaybı oranı kişinin yaşı ve mesleği göz önüne alınmadan yüzde olarak belirlenmektedir. Bu tür raporların düzenleneceği sağlık kuruluşları da yönetmelikte listelenmektedir. Bu kurullarda iç hastalıkları, genel cerrahi, göz hastalıkları, kulak burun boğaz, nöroloji ve/veya psikiyatri uzmanlarının bulunması, görüşülecek özürün bir başka dalı ilgilendirmesi durumunda ilgili dal uzmanının da bulunması yönetmelikte zorunlu kılınmaktadır (28).

## 2.5. Sosyal Güvenlik Mevzuatı Açısından Maluliyet

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun amacı sigortalı sayılanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları veya hak sahibi çocuklarının **çalışma gücü veya meslekte kazanma gücü kayıp oranlarının tespitine** ilişkin esas ve usulleri düzenlemektir. Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre sigortalı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları veya hak sahibi çocuklarını kapsamaktadır. Yönetmeliğe göre kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödemesi gereken kişiye sigortalı denmektedir. Bu yönetmelik; sigortalıların iş kazası ile meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik hallerinin meslekte kazanma gücünü ne oranda azaltacağı, hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı, sigortalıların hangi hallerde çalışma gücünün en az %60'ını kaybettiği, sigortalı sayılanların özürlü çocuklarının hangi hallerde başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda sayılacakları, çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranının tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi, sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış iken ölenlerin ölümünün iş kazası veya meslek hastalığı sonucu olup olmadığının tespiti gibi hususların tespitine ilişkin usul ve esasları kapsamaktadır (29).

Yönetmelikte iş kazası; sigortalıyı hemen veya sonradan, bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaylar, meslek hastalığı ise; sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleri olarak tanımlanmıştır. Meslek hastalıkları; kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları, mesleki cilt hastalıkları, pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları, mesleki bulaşıcı hastalıklar ve fizik etkenlerle olan meslek hastalıkları olmak üzere beş grupta toplanmıştır.

İlgili yönetmeliğin 12. maddesine göre iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını kaybeden sigortalılar malul sayılmaktadır.

### 2.5.1 Başka Birinin Sürekli Bakımına Muhtaç Olma Halleri

İlgili yönetmeliğin 15. maddesinde sigortalıların ve özürlü çocuklarının başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda sayılacağı haller;

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

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 veya yok hükmünde olması.

e) Bir kolun omuzdan ve bir bacağın kalçadan kaybı veya yok hükmünde olması.

f) Her iki bacağın alttan en az 1/3'ünün kaybı veya yok hükmünde olması.

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, tuvalet ve kişisel hijyen ihtiyaçları gibi günlük yaşam aktivitelerinin sağlanamaması.

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

## **2.5.2 Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı (Maluliyet) Tespitinde Kullanılan Cetveller**

Meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespit cetvellerinde yer alan A, B, C, D ve E cetvellerine göre yapılmaktadır.

A cetveli; meslek hastalıkları ve iş kazalarının neden olduğu arızaları vücuttaki yerlerine göre sınıflandıran aşağıdaki 14 listeden oluşmaktadır. Her liste üç sütundan oluşup bunlardan; 1. sütun arıza sıra numarasını, 2. sütun arızanın çeşidini, 3. sütun arızanın ağırlık ölçüsünü göstermektedir.

a) I. Baş arızaları (Kafa kemikleri, Nöroloji, Nöroşirürji, Psikiyatri arıza ve hastalıkları)

b) II. Göz arızaları

c) III. Kulak arızaları

d) IV. Yüz arızaları

e) V. Boyun arızaları

f) VI. Göğüs hastalıkları

- g) VII. Omuz ve kol arızaları
- h) VIII. El bileği ve el arızaları
- i) IX. El parmak arızaları
- j) X. Omurga arızaları
- k) XI. Karın hastalık ve arızaları
- l) XII. Pelvis ve alt ekstremitte arızaları
- m) XIII. Endokrin, metabolizma, kollagen doku, periferik damar hastalıkları, hematolojik ve romatoid hastalıklar
- n) XIV. Deri arızaları ve yanıklar

şeklinde listelenmiştir.

B cetveli; sigortalının çalıştığı iş kolları ve iş çeşidi veya meslek listelerini içermektedir. Her listede iki sütun mevcut olup bunlardan; 1. sütun iş çeşitlerini ya da meslek, 2. sütun meslek grup numaralarını göstermektedir.

C cetveli; sürekli iş göremezlik simgelerini göstermekte olup A cetvelindeki listelere paralel olarak vücuttaki yerine göre 14 tabloyu ihtiva etmektedir. Her bir tabloda sol kenardaki sütunda arıza sıra numaraları, üstteki satırda 1'den 52'ye kadar meslek grup numaraları ve bunların kesiştikleri noktalarda sürekli iş göremezlik simgeleri bulunur.

D cetveli; arızaların ağırlık ölçülerine ve sürekli iş göremezlik simgelerine göre meslekte kazanma gücünün azalma oranını bulmaya yaramaktadır. Bu cetvelin sol kenarındaki sütun 0'dan 65'e kadar arıza ağırlık ölçülerini üstteki satır A'dan R'ye kadar arızaların sürekli iş göremezlik simgelerini, bunların kesişme noktaları 1'den 100'e kadar meslekte kazanma gücünün azalma oranını göstermektedir. Bu cetvele göre bulunan oran, 38-39 yaşlarındaki bir sigortalının meslekte kazanma gücünün azalma oranıdır.

E cetveli; D cetveline göre sigortalının yaşına ve bulunan orana göre meslekte kazanma gücünün azalma oranını tespitte yaramaktadır. Sigortalının yaşına göre meslekte kazanma gücü azalma oranı tespitinde; sürekli iş göremezlik hâlinin olduğu **ilk rapor tarihindeki yaş** esas alınmaktadır. Ancak sigortalının sağlık durumunda sürekli iş göremezlik açısından bir değişiklik olmuş ise, bu değişikliğin rapor ile saptandığı tarihteki yaşı esas alınmaktadır. Bu cetvelin solundaki sütun 38-39 yaşlara ait meslekte kazanma gücünün azalma oranını, üstteki satır 21'den 64'e kadar olan yaşları, bunların kesiştikleri

noktalar ise, meslekte kazanma gücündeki azalmanın yaşlara göre oranlarını göstermektedir.

### **2.5.3. Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranının (Maluliyet) Hesaplanması**

A cetvelindeki vücudun çeşitli sistemlerine ya da bölgelerine göre hazırlanmış olan 14 arıza listesinden sigortalının arızası bulunmaktadır. Bu arızanın sağındaki arıza ağırlık ölçüsü ile solundaki arıza sıra numarası bir kenara kaydedilmektedir.

B cetveli listelerinde önce sigortalının iş kolu, sonra bu iş kolu içindeki iş çeşidi ya da meslek bulunur. Bunun karşısındaki meslek grup numarası da bir yere yazılır. Sigortalının iş çeşidi ya da meslek bu listelerde bulunmadığı takdirde iş ya da mesleğinin benzeri veya en yakını esas alınır.

Sürekli iş göremezlik simgesini gösteren C cetvelinin arızaya uygun tablosunun sütündeki arıza sıra numarası ile satırdaki meslek grup numarasının kesiştiği noktadaki sürekli iş göremezlik simgesi bulunarak bir tarafa kaydedilir.

D cetvelinin sütununda yukarıda tespit edilen arıza ağırlık ölçüsü ile satırındaki meslek simgesinin kesiştiği noktadaki sayı 38-39 yaşlara ait meslekte kazanma gücünün azalma oranını göstermektedir.

Tespit edilen bu meslekte kazanma gücü azalma oranının sigortalının yaşına uygun oranını bulmak için E cetvelinden yararlanılmaktadır. Bu cetvelin sütununda bulunan meslekte kazanma gücünün azalma oranı ile üstteki satırında bulunan sigortalının sürekli iş göremezlik hâlinin tespiti tarihindeki yaşının kesiştiği noktadaki sayı, bu yaşa uyan sürekli iş göremezlik nedeniyle meslekte kazanma gücünün azalma oranıdır.

Birden fazla sistemi ilgilendiren sekel bulgu varsa, bu maddenin (a), (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen işlemler her bir sekel bulgu için ayrı ayrı uygulanır ve Balthazard Formülü kullanılarak birleştirilir.



#### **2.5.4. Maluliyet oranının tespitinde fark hesabı**

Tek veya birden fazla arızanın müşterek etkisi hesaplanarak yapılan maluliyet değerlendirmeleri daha kolay olmakla birlikte, daha önceden aynı bölgede sekel, arıza kalmış olgularda durum biraz güçleşmektedir. Bu tür olgular değerlendirilirken; kişinin tüm tıbbi evrakının ayrıntılı olarak incelenmesi, olay öncesi ve sonrası farkların irdelenmesi, doğru maluliyet oranlarının belirlenmesi ve ödenecek tazminat değerleri bakımından önem arz etmektedir. Burada önemli olan konulardan birisi kişinin eski sekeline ait bütün verilerin net ve açık olmasıdır (30).

Aynı bölge yaralanmalarında maluliyet hesabı yapılırken, olay öncesi ve sonrası aradaki farkı almak gerekirken, farklı bölge lezyonlarında ise birden fazla durumu açıklayıcı bir şekilde maluliyet oranı vermek gerekir. Aynı bölge lezyonları üzerine yeni arıza veya arızalar gelişmiş ise mahkemece sorulan olaya bağlı maluliyet hesabının fark esasına dayalı yapılması gerekmektedir. Örneğin; iş kazası sonucu sağ gözünde görme kaybı gelişen şahsın kaza öncesi görme keskinliği 0,5 ise yönetmelikteki tam görme kaybının maluliyeti hesaplanarak bulunan orandan, 0,5 oranında görmenin neden olduğu maluliyet oranı çıkarılarak gerçek maluliyet oranının hesaplanması gerekir.

#### **2.5.5. Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranının (Maluliyet) Hesaplanmasında İlliyet Bağı**

Meslek hastalığı ya da iş kazası sayılmayacak bir olaydan veya doğuştan (konjenital) ileri gelmiş herhangi bir arızası bulunan sigortalının sonradan bir meslek hastalığı veya iş kazası sonucu sürekli iş göremezliğe uğraması hâlinde, meslekte kazanma gücü azalma oranı aşağıdaki şekilde hesaplanır.

Sigortalının meslek hastalığı veya iş kazası sayılacak veya sayılmayacak olaylardan veya konjenital olarak meydana gelmiş her türlü arızalarının neden olduğu meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı bulunur.

Sigortalının meslek hastalığı veya iş kazası sayılmayacak bir olaydan veya doğuştan ileri gelmiş arızalarının sebep olduğu meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı, bu fıkranın (a) bendinde tespit edilen toplam orandan çıkarılır; kalan, meslek

hastalığı ya da iş kazası sonucu meslekte kazanma gücü azalma oranıdır.

Ancak, sigortalının işe alınmadan önce mevcut olan veya işe alındıktan sonra meslek hastalığı ya da iş kazası sonucu olmayarak meydana gelen arızaları, yapmakta olduğu işteki kazanma gücünü etkilememesi hâlinde, bu arızalar kazanma gücü toplam azalma oranının hesabında dikkate alınmaz (31).

#### **2.5.6. Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranının (Maluliyet) Hesaplanmasında Balthazard Formülünün Uygulanması**

A Cetveli listesinde yazılı arızalardan birden fazlasının bir arada bulunması veya eski bir arızaya yenisinin eklenmesi durumunda meslekte kazanma gücünün ne oranda azalacağı, Balthazard Formülüne göre aşağıdaki şekilde hesaplanır.

- Sigortalıdaki arızaların meslekte kazanma gücünü azaltma oranları ayrı ayrı tespit edilir.

- Bu oranlar, en yüksekinden başlanarak sıraya konur.

- En yüksek oran, sigortalının çalışma gücünün tümünü gösteren %100'den çıkarılır.

- Bu çıkarmada kalan miktar, sırada 2. gelen meslekte kazanma gücü azalma oranı ile çarpılarak 100'e bölünür, çıkan sonuca en yüksek meslekte kazanma gücü azalma oranı eklenir ve böylece 1. ve 2. arızaların meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı bulunmuş olur.

- Sigortalının arızası ikiden fazla ise 1. ve 2. arızaların meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı birinci sıraya ve 3. sıradaki arızanın meslekte kazanma gücü azalma oranı 2. sıraya alınarak yukarıdaki işlem tekrarlanır.

Bununla birlikte, A Cetveli listelerinde ayrı ayrı gösterilen çeşitli arızalar, bu listelerde yer alan bir hastalık veya arızanın doğal sonucu iseler, bunlar, ayrı nedenlere bağlı arızalar gibi ele alınarak haklarında bu madde hükümlerine göre işlem yapılmaz. Yani bir olaya bağlı birden fazla arıza veya hastalık meydana gelmiş ise maluliyet hesaplanmasında bu hastalık ya da arızalardan arıza ağırlık ölçüsü en yüksek olanı alınmaktadır.

Kısaca özetlemek gerekirse; İlgili yönetmelikte A-E arasında cetveller

bulunmaktadır. Maluliyet hesaplaması yapılırken öncelikle yönetmelikten kişinin meslek grup numarası B cetvelinden tespit edilir. Daha sonra maruz kaldığı olaya bağlı sekel halini almış arızaları A cetvelinden belirlenir. Birden fazla arıza olması durumunda Balthazard formülü uygulanır ( $100 - \text{büyük} \times \text{küçük} / 100 + \text{büyük}$ ). C cetvelinden arıza sıra numarasına karşılık gelen yerdeki simge tespit edilir. Daha sonra D cetvelinden tespit edilen simgede arıza ağırlık ölçüsünün aldığı değere bakılır. Bulunan değer meslekte kazanma gücü azalma oranıdır. Daha sonra E cetvelinden kişinin olay tarihindeki yaşı dikkate alınarak maluliyet oranı, yani meslekte kazanma gücü kaybı tespit edilir.

### **2.5.7. Meslekte Kazanma Gücü Azalma (Maluliyet) Oranı Ne İşe Yarar?**

Yüzde olarak ifade edilen bu oran aslında matematiksel bir ölçümü ifade etmektedir. Tespit edilen bu oran kişinin kazanacağı tazminat miktarını belirlemede aktüerya hesabında rol oynamaktadır. Maluliyet oranı; kişinin talep edeceği, neticesinde mahkemenin kararlaştıracığı tazminatın hesaplanmasında esas olmaktadır. Farklı barem ve kriterleri olmakla birlikte genel hatları ile; DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü) verileri veya PMF (Population Masculine Et - Femine), CSO (Commissioners Standard Ordinary-Sıradan Standart Komisyonlar) gibi tablolarda, olay tarihindeki yaşı girilen bireyin ortalama ölüm yaşı bulunmaktadır. Bulunan ölüm yaşı, emekli olacağı yaş (aktif çalışma dönemi), emeklilik sonrası döneme ait süreler tespit edilerek, pasif ve aktif dönem olarak ayrı ayrı toplam tazminat hesabı yapılmaktadır. Kişinin hayatı boyunca elde edeceği tüm gelirin, tespit edilen maluliyet oranıyla çarpılması sonucunda, maruz kaldığı olaya ait ödenecek tazminat hesabı ortaya çıkmaktadır. Olayda davacının herhangi bir kusuru varsa (örneğin trafik kazasına bağlı kusur tespit raporunda), kusuru oranında tazminatı azaltılmaktadır.

Bu yönetmelik meslek hastalığı ve iş kazaları sonucu oluşan arıza ve hastalıkların meslekte kazanma gücü kaybı (maluliyet) oranlarının tespitine ilişkin olarak düzenlenmiştir. Yasal mevzuatta yaralama, ateşli silah yaralanmaları, malpraktis, hayvan saldırısı gibi olaylar sonucunda meydana gelen arıza ve hastalıklarda maluliyet hesabına ilişkin herhangi bir yönetmelik bulunmamaktadır.

## **2.6. Tedavi Hakkı**

### **2.6.1. Trafik Kazalarında Yaralanan Kişilerin Tedavi Hakkı**

25/02/2011 tarihli ve 27857 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanununun 59’uncu maddesi ile 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun yeniden düzenlenen 98’inci maddesinde; “Trafik kazaları nedeniyle üniversitelere bağlı hastaneler ve diğer bütün özel ve resmî sağlık kurum ve kuruluşlarının sundukları sağlık hizmet bedelleri, kazazedenin sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.” ifadesine yer verilmiştir. Yine aynı Kanununun Geçici 1. maddesinde; “Bu Kanunun yayımlandığı tarihten önce meydana gelen trafik kazaları nedeniyle sunulan sağlık hizmet bedelleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.” şeklinde düzenleme yapılmıştır.

### **2.6.2. İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonucu Zarar Gören Kişilerin Tedavi Hakkı**

5510 sayılı Yasa madde 67’ye göre meslek hastalıkları ve iş kazası ve acil hallerde herhangi bir şart aranmaksızın sağlık hizmeti sunucusuna başvuran kişilere sağlık hizmeti sağlanacaktır. Söz konusu durum sosyal güvenlik sistemimiz açısından yeni ve olumlu bir uygulamadır. Çalışırken kaza geçirenler, iş kazası ve meslek hastalığı ya da acil durum kapsamında sağlık hizmetlerinden hiçbir bedel ödemediği yararlanacaklardır. Kişilerin prim borcunun bulunması veya sigortalı olmaması sağlık hizmetinden yararlanmasını olumsuz yönde etkilemeyecektir.

## **2.7. Ferdi Kaza Sigortası**

Ferdi kaza sigortası sigortalıyı sigorta süresi içerisinde maruz kalacağı kazaların sonuçlarına karşı temin etmektedir. Kaza tabirinden maksat harici ve ani bir hadisenin tesiri ile sigortalının iradesi dışında cismani bir arızaya maruz kalması veya ölmesidir (32).

Beklenilmeyen ve birdenbire bir şekilde yayılan gazların teneffüsünden, yanıklardan ve ani bir hareket neticesinde sinirlerin ve adale burkulması, incinmesi ve

kopmasından, yılan veya haşerat sokması sonucunda meydana gelen zehirlenmeler, ısırılma neticesinde meydana gelen kuduzdan mütevellit vefat hali veya cismani arızalar da kaza sayılmaktadır.

Her türlü hastalıklarla bunların sonuçlarının ve marazi bir halin, sigortanın kapsamına giren bir kaza neticesinde meydana gelmediği takdirde, sıcaklık, güneş çarpması, donma ve konjestion gibi tesirlerinin, herhangi ruh ve akıl haleti ile olursa olsun intiharın veya intihara teşebbüsün, aşikar sarhoşluğun, sigortanın kapsamına giren bir kazanın icap ettirmediği hallerde uyuşturucu madde kullanmanın, zararlı madde ve ilaç almanın, sigortanın kapsamına giren bir kazanın icap ettirmediği cerrahi müdahalenin (ameliyatın) ve her türlü ışın tatbikinin neden olduğu cismani arızalar ya da vefat hali kaza sayılmamaktadır (32).

Harp veya harp mahiyetindeki hareket, ayaklanma, isyan, ihtilal ya da bunlardan doğan iç kargaşalıklar; Grevlere, halk hareketlerine, lokavt edilmiş işçi hareketlerine, kavgalara iştirak; Cinayet ve cürüm ve işlemek ya da bunlara teşebbüs; Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması; 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj neticesinde oluşan veya bu etkilerini azaltmak ve eylemleri önlemek amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal bulaşma, kirlenme veya zehirlenmeler sebebiyle oluşacak bütün zararlar; Nükleer rizikolar veya nükleer, kimyasal ve biyolojik silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj; 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve buna bağlı sabotajlara katılmak gibi haller sigortadan hariç tutulmuştur (32).

### **2.7.1. Sigortanın Teminat Türleri**

Sigorta kapsamında vefat ve daimi maluliyet teminatlarına ek olarak, tedavi masrafları ve gündelik tazminat teminatlarının biri veya her ikisi verilebilmektedir.

#### **A) Vefat Teminatı**

İşbu poliçeyle temin edilen bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden

itibaren 1 sene zarfında ölümüne sebebiyet verdiği takdirde, sigorta bedeli poliçede gösterilen menfaatlara, yoksa kanuni hak sahiplerine ödenmektedir.

### **B) Daimi Maluliyet Teminatı**

Sigorta kapsamında meydana gelen bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren iki sene zarfında daimi surette maluliyetine sebebiyet verdiği takdirde tıbbi tedavinin sona ermesini ve daimi maluliyetin kat'î surette tesbitini takiben, daimi maluliyet sigorta bedeli Tablo-4'teki cetvelde belirtilen oranlarda kendisine ödenmektedir.

Tablo-4'teki cetvelde bahsedilmemiş bulunan maluliyetlerin oranı, daha az vahim olsalar bile, bunların önemlilik derecelerine göre ve cetvelde yazılı oranlara kıyasen tayin olunmaktadır. Daimi maluliyet nisbetlerinin tayininde Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliğinin aksine sigortalının meslek ve san'atı dikkate alınmamaktadır. Sigortalı sol eli dominant olduğu takdirde, aşağıdaki cetvelde sol ve sağ el için tayin olunan oranlar zıt olarak uygulanmaktadır (32).

### **C) Gündelik Tazminat**

Sigortalı, kaza neticesinde geçici olarak çalışamayacak duruma düşerse, kendisine poliçede yazılı gündelik tazminat ödenmektedir.

İşbu tazminat tıbbi tedavinin başladığı günden itibaren, sigortalının iyileşerek çalışabilecek duruma geldiği güne kadar ödenir, ancak bu süre 200 günü geçemez (32).

### **D) Tedavi Masrafları Teminatı**

Tedavi masraflarının da sigorta teminatına dahil olduğu poliçede ayrıca açıkça belirtilmiş olması koşuluyla sigortacı, kaza gününden itibaren 1 sene zarfında takdir edilmiş doktor ücreti ile banyo, ilaç, masaj, radyografi, hastahane ve diğer tedavi masraflarını (nakil ücretleri hariç) poliçede bu teminat için tesbit olunan ücrete kadar ödemektedir (32).

**Tablo-4:** Sigortalıya verilecek sigorta bedelinin daimi maluliyet nedenlerine göre oranları.

Daimi Maluliyet Nedenleri	Sigorta Bedelinin Yüzdesi (%)	
	Sağ	Sol
İki gözün tamamen kaybı	100	
İki kolun veya iki elin tamamen kaybı	100	
İki bacağın veya iki ayağın tamamen kaybı	100	
Bir kol veya bir el ile beraber bir bacağın veya bir ayağın tamamen kaybı	100	
Umumi felç	100	
Şifa bulmaz akıl hastalığı	100	
Kolun veya elin tamamen kaybı	60	50
Omuz hareketinin tamamen kaybı	25	20
Dirsek hareketinin tamamen kaybı	20	15
Bilek hareketinin tamamen kaybı	20	15
Baş parmak ile şahadet parmağının tamamen kaybı	30	25
Baş parmak ile beraber şahadet parmağından gayri bir parmağın tamamen kaybı	25	20
Şahadet parmağı ile beraber baş parmaktan gayri bir parmağın tamamen kaybı	20	15
Baş ve şahadet parmaklarından gayri üç parmağın tamamen kaybı	25	20
Yalnız baş parmağın tamamen kaybı	20	15
Yalnız şahadet parmağının tamamen kaybı	15	10
Yalnız orta parmağın tamamen kaybı	10	8
Yalnız yüzük parmağının tamamen kaybı	8	7
Yalnız küçük parmağın tamamen kaybı	7	6
Bir bacağın dizden yukarisından tamamen kaybı	50	
Bir bacağın dizden aşağısından tamamen kaybı	40	
Bir ayağın tamamen kaybı	40	
Bir ayağın bütün parmaklar dahil kısmen kesilmesi	30	
Bir kalçanın hareketinin tamamen kaybı	30	
Bir dizin hareketinin tamamen kaybı	20	
Bir ayak bileği hareketinin tamamen kaybı	15	
Bir ayak baş parmağının tamamen kaybı	8	
Kırılan bir bacağın iyi kaynamaması	30	
Kırılan bir ayağın iyi kaynamaması	20	
Kırılan bir diz kapağının iyi kaynamaması	20	
Bir bacağın 5 santimetre veya daha fazla kısılması	15	
Bir gözün tamamen kaybı veya iki gözün rüyet kudretinin yarı yarıya kaybı	25	
Her iki kulağın tamamen sağırlığı	40	
Bir kulağın tamamen sağırlığı	10	
Kırılan alt çenenin iyi kaynamaması	25	
Amudi fikarinin bariz inhına ile müterafik hareketsizliği (dikey omurun eğilme sonucu meydana gelen hareketsizliği)	30	
Göğüs kafesinde devamlı şekil bozukluğu yapan kaburga kırıklığı	10	

## 2.8. Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik

18.01.1993 tarihli ve 21469 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan bu yönetmeliğin amacı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile Yurt Dışında Görevli Personele Nakdi Tazminat Verilmesi ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun, Bazı Kamu Görevlilerine Nakdi Tazminat Verilmesi ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun, Olağanüstü Hal Kanunu, Devlet İstihbarat Hizmetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Kanunu, Kara Sınırlarının Korunması ve Güvenliği Hakkında Kanun ve Terörle Mücadele Kanununda belirtilen hallerde ölen, sakat kalan ve yaralananlara, bu kanunlara göre aylık bağlanması, nakdi tazminat verilmesi ve yapılacak diğer yardımların usul ve esaslarını düzenlemektir (33).

Asayişin ve iç güvenlik korunmasında, kaçakçılığın takip, men ve tahkikinde, tutuklu ve hükümlülerin sevk ve nakillerini veya trafik ve yol güvenliğini sağlamada, asayiş ve güveni ihlal eden eylemler nedeniyle yakalanan, gözaltına alınan, tutuklanan veya hükümlü bulunanların tedavi ve muayenelerinde, kaçakçılığın men, takip ve tahkiki maksadıyla mayınlanmış sahaların temizlenmesinde, Olağanüstü Hal Kanununun 28 inci maddesinde belirtilen iş ve görevlerin yerine getirilmesinde, Devlet istihbarat faaliyetlerinde, Devletin kara sınırlarının güvenliğinin sağlanması ve korunmasında ve terörle mücadele faaliyetlerinde görevlendirilen kamu görevlilerinin (JGnK, EGM ve Sahil Güvenlik Komutanlığı personelinin, Türk Silahlı Kuvvetler mensuplarının, Milli İstihbarat Teşkilatı mensuplarının, çarşı, mahalle ve kır bekçilerinin, Orman memurları ve personeli ile gümrük muhafaza memurlarının, sağlık personelinin, asayiş ve güvenliği ihlal eden eylemlerle, kaçakçılığa ilişkin olayların soruşturma ve kovuşturma işlemlerini yürüten askeri ve adli hakimler, Cumhuriyet başsavcısı ve savcıları ile askeri savcı ve yardımcılarının, mülkü idare amirleri gibi,) görev ve yardımları sırasında ve sonrasında maruz kaldıkları yaralanma ve hastalık neticesi ölmeleri halinde 2330 sayılı Kanunda belirtilen hak sahiplerine verilecek nakdi tazminat ile dul ve yetimlerine bağlanacak aylıkların, sakat kalmaları halinde kendilerine verilecek nakdi tazminat ile bağlanacak aylığın, yaralanmaları halinde ise kendilerine verilecek nakdi tazminatın ve yapılacak sağlık yardımı ve öğretimin esaslarını kapsamaktadır (33).

Türk Silahlı Kuvvetleri Personelinin uluslararası sahalarda ya da yabancı ülkelerde yapılan harekatta, manevra, eğitim veya tatbikatta görev alanların, bu görevler sırasında



yaralanmaları, sakat kalmaları veya ölmeleri halinde kendileri ile dul ve yetimleri hakkında da bu yönetmelik hükümleri aynen uygulanmaktadır.

Nakdi tazminatın tesbitinde esas alınacak aylık, tazminat verilmesine dair karar tarihindeki en yüksek devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) brüt tutarıdır. Ölüm halinde belirtilen aylığın 100 katı tutarı ölenin eşine, çocuklarına, anne ve babasına ödenir. Sakatlanma halinde Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca belirlenecek sakatlık derecesine göre;

a) Yaşamak için gerekli hareketleri yapmaktan aciz ve hayatını başkasının desteği ve yardımı olmaksızın sürdüremeyecek şekilde malul olanlara yukarıda belirtilen aylığın 200 katı tutarında ödeme yapılır.

b) Diğer sakatlanma durumlarında yukarıda belirtilen aylığın 100 katı tutarı esas alınarak Tablo-5'te gösterilen oranlarda ödeme yapılır (33).

**Tablo-5:** Diğer sakatlanma hallerinde sakatlık derecesine göre ödenecek tazminatın yüzdesi.

Sakatlık Derecesi	Ödenecek Tazminat Yüzdesi (%)
6	25
5	35
4	45
3	55
2	65
1	75

Sakatlık dereceleri, 5434 sayılı T. C. Emekli Sandığı Kanununun 5510 sayılı Kanun ile mülga hükümleriyle 5510 sayılı Kanunun 47. maddesi uyarınca vazife malulü olanlar hakkında uygulanan **Vazife Malullüklerinin Nevileri ile Dereceleri Hakkında Nizamname** hükümlerine göre saptanmaktadır.

Yaralanma durumunda, kurumlarınca sevk edildikleri ATK, askeri hastaneler, üniversite hastaneleri veya devlet hastaneleri tarafından verilen adli muayene raporlarında belirtilen yaralanmaların en ağır olanı üzerinden (farklı tanılar olması halinde) belirtilen aylığın 100 katı tutarın yaralanmanın;

a) Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olması halinde %3'ü, basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmaması halinde %5'i oranında,

b) Vücutta kemik kırığına neden olması ve kırığın kişinin yaşam fonksiyonlarına etkisinin hafif derecede olması halinde %7'si, orta derecede olması halinde %10'u, ağır derecede olması halinde % 15'i oranında,

c) Kişinin hayatını tehlikeye sokacak derecede olması halinde %20'si oranında,

d) Arıza bırakması halinde %20'sini aşmamak koşuluyla yaralanma derecelerinde belirtilen oranların iki katı tutarında ödeme yapılır (33).

## 2.9. Maluliyetin Adli Tıptaki Yeri

Adli Tıp, tıp ile hukuku birleştiren; tıp bilimleri içerisinde hukukun tıp ile ilgili konularını araştıran bilimdir. Adli Tıp doğası gereği çok disiplinli bir alan olup, bu alanda yer alan bilimlere “Adli Bilimler” denilmektedir. Adli bilimler başta “adli patoloji”, “adli toksikoloji”, “adli genetik” ve “adli psikiyatri” olmak üzere; bir çok bilim ve mesleğin “adli” konularını/disiplinlerini (adli diş hekimliği, adli mühendislik, adli belge incelemeleri, adli hemşirelik, kriminalistik, adli trafik, adli arkeoloji, tıp hukuku, adli fizik,...) içermektedir (34).

### 2.9.1. Adli Tıpta Bilirkişilik

**Bilirkişi**, çözümü, özel teknik ve bilgiye bağlı konularda yargıcın başvurduğu ihtisas sahibi kimse, **ehlivukuf** (35). Doktrinde bilirkişiyi ifade etmek üzere ekspertiz (36), ehlivukuf (37) ve bilirkişi (38) gibi farklı terimler kullanılmaktadır.

Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu (HUMK) madde 275'te mahkeme, çözümü teknik veya özel bir bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin görüş ve oyunun alınmasına karar vereceği belirtilmiştir. Hakimlik mesleğinin gerektirdiği hukuki ve genel bilgiyle çözümlenmesi mümkün olan konularda ise bilirkişi dinlenemeyeceği hüküm altına alınarak hakime hukuki konularda, bilirkişi dinlememe yükümlülüğü getirilmektedir (39). Aynı madde uyarınca çözümü gereken hususta ancak o konuda uzman olan kişiler bilirkişi olarak seçilebilecektir.

Bilirkişi incelemesine tarafların talebi üzerine veya re'sen karar verilebilmektedir. Buna göre hakim kural olarak her istinaf mahkemesi için hazırlanan bilirkişiler listesine danışarak seçtiği kişiyi belirtebilir. Bununla birlikte listede yer almayan bir bilirkişiye

başvurması hususunda hakime getirilmiş bir yasaklama yoktur (40).

**Resmi bilirkişilik**, bir yandan resmi kurum ve kuruluşlara bilirkişi olarak başvurulmasını, diğer yandan da Usul Kanunu ve diğer özel düzenlemeler uyarınca seçimi zorunlu olan bilirkişileri ifade eder (41). Hukukumuzda, HUMK m. 276/II uyarınca, adli tıp ile ilgili konularda resmi bilirkişilerin başında Adalet Bakanlığı'na bağlı kurulmuş ATK gelmektedir (42). ATK'nın yanısıra Üniversiteler, Jandarma Kriminal Laboratuvarları, Kriminal Polis Laboratuvarları, Yüksek Sağlık Şurası, adli tabipler de resmi bilirkişidir. Tıp ile ilgili konularda ATK dışında Yükseköğretim Kurumları (43) ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri de aynı görevi gerektiğinde yerine getirmektedir. Söz konusu resmi bilirkişiler arasında herhangi bir hiyerarşi bulunmadığı gibi, söz konusu bilirkişilerin raporlarının delil olarak değeri arasında da bir üstünlük bulunmamaktadır.

ATK Kanunu'nun 2. maddesinde, ATK'nın görevleri arasında, mahkemeler, hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen adli tıp ile ilgili konularda teknik ve bilimsel görüş bildirmek yer almaktadır.

Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu'nun Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (44) m. 8'in 4. fıkrasında Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu'nun sigortalılar hakkında vazife malullük derecesi, meslek hastalığı ve iş kazası sonucu sürekli iş göremezlik derecesi tespiti ile çalışma gücünün maluliyeti gerektirecek derecede kaybına ilişkin Kurumca verilen kararlardan itiraza konu olanları inceleyerek karara bağlayacakları belirtilmektedir. Yargıtay kararlarında da belirtilen bu hususlara ilişkin durumların tespiti yönünden davacının itiraz halinde sigortalının eski raporları ile birlikte Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu'nca incelenip değerlendirilmesi ve bu rapora da itiraz olması halinde ATK ile ilgili İhtisas Dairesi ve gerekirse Genel Kuruldan rapor alınması gerektiği belirtilmektedir (45).

Tarafın kendisinin belirlediği özel veya teknik bir konuda aldığı görüşe uzman görüşü; bu görüşü veren kişiye de **özel bilirkişi** denilmektedir. Taraf, iddia ve savunmalarını güçlendirmek, dilekçesinde belirttiği hususları temellendirmek amacı ile özel uzman görüşüne başvurabilmektedir (46).

Bilirkişi, kendisine sorulan sorulara cevap oluşturacak şekilde ve görüşünü tam

olarak açıklayıcı nitelikte ve anlaşılır (mümkün olduğunca tıbbi terimlerden uzak) bir rapor hazırlamalı; raporlarında çelişki olmamalı ve rapor, mahkeme ile tarafların değerlendirmesine imkan verecek şekilde hazırlanmalıdır.

## **2.9.2. Maluliyet Raporlarının Düzenlenmesi**

Bilindiği üzere “rapor düzenleme”, hekimlerin meslek hayatlarının ayrılmaz bir parçasıdır. Hekimlerin düzenledikleri raporlar, adli ve tıbbi raporlar olmak üzere genel olarak iki grupta ele alınabilir. Tıbbi raporlar; kişilerin istirahat ve sağlık durumlarının belirlenmesi, bazı ilaçları ne kadar süre ile kullanması gibi konuları içerirken; adli raporlar yargıya yansıyan ve kişinin sağlığını ilgilendiren her türlü olayda, adli mercilere yol gösteren raporlardır.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun çerçevesinde, mahkemeler, bilirkişi olarak Türkiye’de hekimlik yapma yetkisine sahip tüm hekimlere başvurabilirler. Dolayısıyla, ülkemizde hekimlik yapma hakkına sahip tüm hekimler adli olaylarda rapor düzenleme ve görev alma ile sorumludur (47).

Türk Ceza Kanunu Madde 280’de;

1-Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2- Sağlık mesleği mensubu deyiminden eczacı, ebe, tabip, diş tabibi, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Hekimler bu yasa çerçevesinde tedavi ettiği bir hastasının adli olgu niteliğinde olup olmadığını değerlendirerek ilgili hasta hakkında adli raporların düzenlenmesine dair kılavuz yardımıyla vücut diyagramlarına ve adli rapor formlarına düzenlediği Genel Adli Muayene Raporu ile polis aracılığıyla savcılığı bilgilendirmesi gerekmektedir.

Maluliyet raporlarının düzenlenmesi Adli Tıbbın rutin uygulamalarından biri olup tazminat davalarında başta ATK 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu olmak üzere Üniversitelerdeki Adli Tıp Anabilim Dallarından ve Adli Tıp Grup Başkanlığında ve Adli Tıp Şube Müdürlüğünde çalışan uzmanlarından başta maluliyet oranı olmak üzere geçici iş göremezlik, belgelenemeyen tedavi giderleri, sürekli bakıma muhtaçlık, bakıcı giderleri,

maluliyetin olay ile illiyet bağının olup olmadığı gibi hususlarda rapor düzenlemeleri istenmektedir (48).

## 2.10. Özürlülüğün Dünya Çapındaki Değerlendirmeleri

Özürlülük ölçümünün hukuk ve politika açısından önemli etkileri vardır. Özürlülüğü tüm boyutları ile kapsayacak bir model yok, ancak farklı amaçlara ve özürlülüğe çeşitli açılardan fayda sağlamak bağlamında farklı modeller sunulmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler için özürlülüğün ölçümü çok önemlidir. Çünkü dünyadaki engelli popülasyonun büyük bir oranı bu ülkelerde yaşamaktadır ve politika açısından sınırlı kaynakları optimal bir şekilde hedeflemek için bir ölçüm modeline ihtiyaç vardır. Bu da sadece nüfus düzeyinde özürlülük ölçümü için uygun modellerin kullanılmasıyla sağlanabilir.

Özürlülük ile ilgili çeşitli kavramsal modeller geliştirilmiştir. Uç noktalarında ‘Tıbbi’ ve ‘Sosyal’ olarak karakterize edilen modeller olmakla birlikte bir dizi melez modeller de bulunmaktadır. Hibrid modelin en bilineni İşlevselik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF)’dir.

Geçmiş zamana baktığımızda insanların engelli insanların özürlülüğü ile ilgili deneyimlerini açıklaması yönünde bir eğilim vardır. Engellilik, hastalık, yaralanma veya sağlık koşullarından kaynaklanan fiziksel bozukluklar olarak algılanmıştır<sup>49</sup>. Dolayısıyla müdahaleler, rehabilitasyon ve kurumsal bakım yanı sıra özel eğitim, mesleki eğitim ve sosyal refah gibi sosyal yardım programları da dahil olmak üzere, öncelikle tıbbi yaklaşım şeklinde olmuştur. Sosyal modelde, engelliliğin toplum tarafından inşa edildiği görülüyor. Dolayısıyla toplumsal çare birincil çare olarak görülmektedir. Engelli insanları işlevsel hale getirecek uyumlar toplumda belirlenebilir ve tutum değişikliği, fiziksel erişilebilirlik gibi değişikliklerle sakatlık iyileştirilebilir.

DSÖ 1980 yılında Cenevrede deneme amacı ile, sakatlıkla ilgili terimleri standartlaştırmak ve ortak bir dil oluşturmak amacıyla Bozukluklar, Yetiyitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH) isimli bir sınıflama sistemini ortaya koymuştur (50, 51). Bu sisteme göre:

Yetersizlik ya da özürlülük: “Kişinin psikolojik, anatomik yapı, fizyolojik ya da işlevlerindeki geçici yada kalıcı herhangi bir anormallik ya da eksiklik” (52, 53).

Sakatlık (Disability): “Yetersizlik sonucu oluşan ve normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan sınırlama ya da eksiklik” (52, 53).

Engellilik (Handicapped): “Yaş, cinsiyet, kültürel ve sosyal etmenlere bağlı olarak sakatlık ve özürlülük sonucu oluşan, o birey için normal olarak bir işlevin eksik kalması ya da yerine getirilememesidir” (52, 53).

### **Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD)**

ICD, diagnostik bir kodlama ve istatistiksel bir sınıflamadır ve bu noktadan hareketle yola çıkmaktadır. Burada, genellikle birbiri ile karıştırılabilecek durumlar ile etkenlerinin farklılığına göre düzenlenmiş bir hastalık grubu değerlendirilir. İstatistiksel sınıflamada ise birbirine benzer durum veya hastalıklar bir araya getirilip, taşıdıkları öneme göre tasnif edilmektedir. Buna ilave olarak her hastalık için o hastalığa özgü bir kod kullanılmaktadır. Bu yapısı sayesinde ICD, hem sağlık hizmetlerinin yönetiminde hem de epidemiyolojik çalışmaların kullanımında kolaylık sağlamaktadır. Hasta kaydı, hasta takibi ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklar ile ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslararası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı da vermektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere ICD'nin önemli bir fonksiyonu da hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktır. Bunlara ek olarak ICD, ölüm ve hastalık 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 (54, 55).

Son olarak geliştirilen ICD-10' un sınıflama yapısında 4 düzey bulunmaktadır. Her düzey, bir üsttekinin detaylandırılmış halidir. İlk düzey, hastalıkların genel olarak sınıflandırıldığı bölümlerden (örn; Bölüm I Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar), ikinci düzey, bölüm içindeki belli hastalıkların bir araya getirilmesi ile oluşan bloklardan (örn; A50-A64 Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıkları), üçüncü düzey blokları oluşturan hastalıkların tek tek ele alındığı 3 basamaklı hastalık kodlarından (örn; A54 Gonokok enfeksiyonu), dördüncü düzey, 3 basamaklı hastalık koduna bir basamak daha ilave

edilmesi ile oluşturulan 4 basamaklı hastalık kodlarından (örn; A54.3 Gözün gonokok enfeksiyonu) oluşmaktadır (54, 55).

### **İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)**

ICIDH'ye son şekli verilerek 2001 yılında "İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması" (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) adıyla yayınlanmıştır. ICF'in yeni versiyonunda tüm maddeler örneklerle açıklanarak daha kullanışlı hale getirilmiş, kodlamada nötr terminoloji kullanılmış, çevresel faktörlerin eklendiği bio-psiko-sosyal bir çerçeve oluşturulmuştur (51, 52). ICF'e göre "engelli" (handicap) terimi küçük düşürücü iması nedeni ile tümden çıkarılmış bunun yerine daha geniş kapsamlı bir terim olan "yetiyitimi" kelimesinin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu sınıflandırmaya göre, örneğin "zihinsel engelli" kişi yerine "öğrenme güçlüğü olan kişi" ifadesi kullanılmıştır (56).

ICF, beş ana unsurdan ve bunların tezahürlerinden ibarettir: 1) Beden yapısı ve bundan doğan sakatlıklar. 2) Beden fonksiyonu ve bundan doğan fonksiyonel bozukluklar. 3) Aktivite durumu ve bundan doğan rahatsızlıklar. 4) Sosyal katılım durumu ve bundan doğan engellilik. 5) Karmaşık faktörler (çevre, aile; kişi) ve bundan doğan çevresel, ailevi ve şahsi sorunlar. ICF ve ICIDH-10 arasında üç önemli fark bulunmaktadır: 1) Sakatlık yerine beden yapısı ve fonksiyonu (Fonksiyonluluk veya İşlevsellik), 2) Yetersizlik yerine aktivite, 3) Sosyal ve Çevresel Engellilik yerine sosyal katılım kavramları kullanılmaktadır. Böylece ICF modelinde özürünün eksik yönlerini belirlemekten öte mevcut potansiyelleri (güç kaynakları) ve bu potansiyellerin sosyal ve çevresel boyutları vurgulanmaktadır (57).

ICF, insan fonksiyon ve yetersizliklerini pek çok yönden değerlendirmektedir. İnsanların sağlık koşullarından bağımsız olan cinsiyet, sosyoekonomik düzey, ırk, din gibi özellikler nedeniyle oluşan sınırlamaları değerlendirmez. Sağlık sorunlarını hem sosyal hem de bireysel alanda değerlendiren evrensel uygulama imkanı olan bir sınıflandırma sistemi olan ICF, sadece özürlü bireyler için değil tüm bireyler için kullanılabilir. ICF, sadece özürlü bireyler için değil tüm bireyler için kullanılabilir.

ICF bileşenlerine baktığımızda sağlık bağlamı içinde;

**Vücut işlevleri**, vücut sistemlerinin fizyolojik işlevleridir (psikolojik işlevler de dahildir).

**Vücut yapısı**, vücudun kol ve bacaklar, organ ve diğer bölümleri gibi anatomik

kısımlarıdır.

**İşlev veya yapı bozuklukları**, vücut yapısı veya işlevlerinde önemli bir aykırılık ya da kayıp gibi problemlerdir.

**Etkinlik**, kişi tarafından bir görev ya da bir eylemin yerine getirilmesidir.

**Katılım**, hayatın içinde olmaktır.

**Etkinlik sınırlılıkları**, etkinlikleri yerine getirirken kişinin karşılaşılabileceği güçlüklerdir.

**Katılım kısıtlılıkları**, yaşam durumlarının içinde kişinin karşılaşılabileceği sorunlardır.

**Çevresel etmenler**, insanların yaşadığı ve yaşamlarını kurduğu sosyal, fiziksel ve düşünsel çevreyi oluşturur.

ICF'de 1. Bölüm'de İşlevsellik ve Yetiyitiminin bileşenleri 2 şekilde açıklanabilir. Bir yandan problemleri belirtmek için kullanılabilirler. (örneğin, geniş bir yelpazeyi kapsayan yetiyitimi terimiyle özetlenen aktivite kısıtlılığı, katılım sınırlılığı veya bozukluk); öte yandan, yine geniş bir yelpazeyi kapsayan İşlevsellik terimiyle, sağlık ve sağlık ile ilgili durumlarda bir sorun olmadığını belirtebilirler (56).

ICF'de 2. Bölüm'de Bağlamsal Faktörler şu şekilde açıklanabilir. Bağlamsal Etmenler, kişinin yaşamı ve yaşam tarzıyla ilgili bütün artalanı ifade eder ve hem çevresel hem de kişisel etmenleri kapsar (56).

ICF, sağlık ile ilgili bir sınıflandırma olmasına karşın, ilgili diğer sektörler tarafından da kullanılan bir sınıflamadır. ICF, farklı uygulamalar için çeşitli disiplinlerce kullanılabilir; sosyal güvenlik, sigorta, iş sağlığı ve insan hakları gibi alanlarda yapılacak araştırmalarda, eğitim ekonomi gibi alanlarda politika oluşturma ve planlama çalışmalarında uygulama alanları bulabilmektedir.

ICF yetiyitiminin ve işlevselliğin bir sınıflandırmasıdır. Sağlık ve sağlık ile ilgili alanları sistematik olarak gruplandırır. Her bir bileşen içinde, alanlar ortak özelliklerine göre (tipleri, kökenleri veya benzerlikleri gibi) daha ileri düzeyde gruplandırılır ve anlamlı bir biçimde sıralandırılır. Sınıflandırma bir dizi ilkeye göre düzenlenir. Bu ilkeler, düzeylerin birbirleriyle ilişkilerini ve sınıflandırmanın hiyerarşisini (düzey kümeleri) anlatır. Ancak ICF'in bazı kategorileri bir sıralama olmadan, hiyerarşik bir yol izlenmeksizin, bölümlerin eşit üyeleri olarak düzenlenmiştir. Sınıflandırmanın kullanımı ile ilgili yapısal özellikleri aşağıda belirtilmiştir (56).



1. ICF, sağlık ve sağlık ile ilgili alanların “dildeki” tanımları yerine standart tanımlarını verir. Bu tanımlar her bir alanın esas özelliklerini anlatır (örneğin özellikler, ilişkiler, ve nitelikler) ve her bir alan içinde nelerin hariç nelerin dahil oldukları ile ilgili bilgi verir. Tanımlar, değerlendirme için ortak olarak kullanılan sağlam noktaları içerir, öyle ki anket haline dönüştürülebilirler.

2. ICF, b, s, d ve e harflerinin Vücut İşlevleri, Vücut Yapıları, Aktiviteler ve Katılım ve Çevresel Faktörler anlamına geldiği alfanumerik sistem kullanır. Bu harflerden sonra sayısal kodlar gelir. Sayısal kodlar bölüm numarası ile başlar (tek rakam), bunu ikinci düzey (iki rakam), ve üçüncü ve dördüncü düzeyler (her biri bir rakam) takip eder.

3. ICF’de kategoriler öyle gruplandırılır ki, geniş kategoriler daha ayrıntılı alt kategorileri kapsayacak biçimde tanımlanır.

4. Herhangi bir kişi, her bir düzeyde bir dizi koda sahip olabilir. Bunlar birbirleri ile ilintili de olabilir, bağımsız da olabilir.

5. ICF kodları sağlık düzeyinin büyüklüğünü belirten niteleyicilerle tamamlanır (problemin ciddiyeti). Niteleyiciler, noktadan (veya seperatör) sonra gelen bir, iki ya da daha fazla sayı ile kodlanır. Herhangi bir koda, en az bir niteleyici eşlik etmelidir. Aksi takdirde, kodların bir manası olmaz.

6. Vücut Fonksiyonları ve Yapıları için ilk niteleyiciler, Aktiviteler ve Katılım için performans ve kapasite niteleyicileri ve Çevresel Faktörler için ilk niteleyiciler ilgili bileşendeki sorunun büyüklüğünü tanımlar.

7. ICF’de sınıflandırılan üç bileşen (Aktiviteler ve Katılım, Vücut Fonksiyonları ve Yapıları ve Çevresel Faktörler) aynı genel ölçek kullanılarak derecelendirilir. Bir problemin olması kullanıldığı yere bağlı olarak sınırlılık, kısıtlılık, bozukluk ya da engel anlamına gelebilir. Sınıflandırma alanı ile ilintili olarak aşağıda parantezler içinde verilmiş niteleyici kelimelerden uygun olanı seçilmelidir. (xxx ikinci-düzey alan numarası için). Bu derecelendirmenin evrensel olarak kullanılması için araştırmalar sonucu geliştirilecek değerlendirme yöntemlerine ihtiyaç vardır. Geniş yüzdelerlik dilimleri, performans

problemini, beden fonksiyonlarındaki bozukluğu kapasite sınırlılığını veya engeli derecelendirmek için kalibrasyona sahip değerlendirme araçları veya başka standartların bulunduğu haller için verilmiştir. Örneğin “problem yok” veya “tam problem” kodu verildiğinde, bu derecelendirmenin hata sınırı en fazla %5’dir. “Orta düzeyde problem” zamanın yarı yarıya olan kısmı ya da toplam zorluk derecelendirmesinde yarıya kadar olan kısım şeklinde tanımlanır. Bu yüzdeler, farklı alanlarda, toplum standartları yüzdeler dilimleri oluşturacak biçimde ayarlanacaktır.

xxx. 0 problem YOK	(hiç yok, yok, ihmal edilebilir)	% 0-4
xxx. 1 HAFİF düzeyde problem	(az, düşük)	% 5-24
xxx. 2 ORTA düzeyde problem	(orta, az çok)	% 25-49
xxx. 3 CİDDİ düzeyde problem	(yüksek, aşırı)	% 50-95
xxx. 4 TAM problem	(tamamen)	%96-100
xxx. 8 belirtilmemiş		
xxx. 9 uygulanamaz		

8. Çevresel faktörler durumunda, birinci niteleyici ya çevrenin pozitif etkilerinin, yani kolaylaştırıcıların veya negatif etkilerinin büyüklüğünü yani engelleri belirtmek için kullanılabilir.

9. Farklı kullanıcılar için, her bir maddenin kodlanmasına diğer tür bilgileri de eklemek kullanışlı ve uygun olabilir. Kullanılabilecek çok çeşitli ek niteleyiciler vardır.

10. Sağlık ve sağlık ile ilgili alanların tanımında o andaki durumdan söz edilir. Ancak, gidişi ve süreci tanımlamak amacıyla farklı zamanlar için kullanımı da mümkündür.

11. ICF’de kişinin sağlığı ve sağlıkla ilgili durumu, sınıflandırmanın iki bölümünü kapsayan kodlar düzeni halinde sunulur. Bu nedenle her bir kişinin bir rakam düzeyinde alabileceği kod sayısı en fazla 34 olabilir. Benzer bir şekilde iki düzey için bu sayı 362’dir.

**Çevresel Etmenler Bileşeni İçin Kabul Edilmiş Kodlama Biçimleri;** Çevresel Etmenler açısından, üzerinde anlaşmaya varılmış üç kodlama şekli kullanıma açıktır:

**Birinci seçenek;** Çevresel etmenler tek başlarına, vücut işlevleri, vücut yapıları

veya etkinlikler ve katılıma gönderme yapmaksızın kodlanırlar.

Vücut işlevleri \_\_\_\_\_

Vücut yapıları \_\_\_\_\_

Etkinlikler ve Katılım \_\_\_\_\_

Çevre \_\_\_\_\_

**İkinci seçenek;** Çevresel etmenler, her bir bileşen için kodlanır.

Vücut işlevleri \_\_\_\_\_ E kodu \_\_\_\_\_

Vücut yapıları \_\_\_\_\_ E kodu \_\_\_\_\_

Etkinlikler ve Katılım \_\_\_\_\_ E kodu \_\_\_\_\_

**Üçüncü seçenek;** Çevresel etmenler, etkinlikler ve katılım bileşeninde her bir maddede kapasite ve performans niteleyicileri için kodlanırlar.

Performans niteleyicisi \_\_\_\_\_ E kodu \_\_\_\_\_

Kapasite niteleyicisi \_\_\_\_\_ E kodu \_\_\_\_\_

Genellikle daha detaylı 4 basamaklı formu özel amaçlar için kullanılırken (örneğin; geriyatride, rehabilitasyon sonuçlarında), 2 basamaklı sınıflandırma araştırmalar ve klinik sonuçların değerlendirilmesi için kullanılabilir.

Birleşmiş Milletler, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya ve İtalya da özürlü servisleri sektörlerinin ulusal veri elde etmede, özürülülerin çevresel ve sosyal koşullarla ilişkili olarak bireysel kapasitelerinin daha uygun ve doğru yöntemlerle değerlendirilmesi bunun neticesinde daha iyi iş imkanlarının sağlanması için ICF'i kullanma çalışmalarına başlamıştır.

## 2.11. Amerika Birleşik Devletlerinde Tazminat Sistemleri İle İlgili Yasalar

Tüm eyaletlerde benzer özellikler taşıyan kanunlar uygulanmaktadır. Çalışan kişinin yaralanması veya meslek hastalığı sonucu saptanan maluliyetin, kalıcı veya geçici, kısmi veya tam oluşuna ve oranına bağlı olarak değişen miktarlarda tazminat ödenmekte, ölüm halinde kişinin yakınlarına gelir bağlanmaktadır (58).

ABD'de yaralı ve malul kişilerin tazminat durumları aşağıdaki sistemlere göre saptanmaktadır;

1. Kamu hukuku ( Tort Yasası )

2. Çalışanların Tazminat Yasası ( Eyalet içi sigorta sistemleri )
3. Sosyal güvenlik programı
4. Emekli askerler birliği programı
5. Federal işçi tazminat yasası (FECA)
6. Gemicilik ve liman işçileri yasası
7. Federal pnömokonyoz programı
8. Federal işveren sorumluluk yasası (FELA)
9. Jones yasası (denizcilik esnafı yasası)
10. Özel sigorta ve diğer organizasyonlar
11. Amerikan sakatlık yasası (ADA)
12. Aile tıbbi bakım yasası (FMLA)

Kamu hukukunda yaralı veya malul kişinin tazminat talebinin kabul edilebilmesi için, yasal yükümlülük altında bulunan işverenin yükümlülüğüne uymaması sonucu zararın meydana geldiğinin ve zararlar yükümlülük ihmali arasında illiyet bağı bulunduğunun kanıtlanması gerekmektedir.

1910 yılında New York eyaletinde yürürlüğe girdikten sonra işverenin ticari gizliliğini ihlal ettiği gerekçesi ile yüksek mahkeme kararıyla yürürlükten kaldırılan, 1911 yılında New Jersey’de tekrar yürürlüğe konan ve 1949 yılına kadar tüm eyaletlerde uygulanmaya konulan Çalışanların Tazminat Yasası halen tüm eyaletlerde uygulanmaktadır.

Sosyal güvenlik programı genel olarak Sosyal Güvenlik Sigortaları Gelirleri ve Tamamlayıcı Sosyal Güvenlik Gelirleri (SSI) olmak üzere iki kısımdan oluşur. Tamamlayıcı sosyal güvenlik gelirleri, bu programa dahil olan kişilerin maluliyet sigortası ve gelir vergilerinden oluşturulur. Ayrıca genel bütçeden de desteklenir.

Maluliyet geliri için başvuran kişinin güvenilir kanıtlarla eksikliğinin maluliyet düzeyinde olduğunu kanıtlaması gerekmektedir. Bu sisteme göre maluliyet tıbben saptanabilir, ölüme kadar veya en az 12 aydan daha fazla devam etmesi beklenen, gerçek anlamda kazanç elde etmektен yoksun bırakan fiziksel veya mental bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımı karşılayabilecek tıbbi durumlar arasında çeşitli ortopedik problemler, görme, konuşma, işitme bozuklukları, serebral palsy, kalp ve akciğer

hastalıkları, kanser, mental retardasyon, madde ve alkol bağımlılıkları, HIV enfeksiyonu, diabetes mellitus ve multipl skleroz sıralanmaktadır (59).

Çalışanların sigorta sistemleri gereği yetersizlik ve maluliyet oranının saptanması amacıyla bazı baremler kullanılmaktadır. 35 eyalette Amerikan Tıp Birliği (AMA) tarafından hazırlanmış Kalıcı Sakatlığın Değerlendirilmesi Kılavuzu'nun çeşitli baskıları kullanılırken (%60'ı 5. baskı), bazı eyaletlerin (California, Florida, İllinois, Minnesota, New York, Kuzey Carolina, Utah Wisconsin) kendi özel baremlerini kullandığı bildirilmektedir (60).

### **2.11.1. California Kalıcı Maluliyet Oranı Çizelgesi**

California çizelgesi; Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği'ne benzer şekilde, arıza listesi, meslek grup numaraları, arızanın mesleğe göre değerlendirilmesi tablosu ve yaşa göre değerlendirme tablolarından oluşmaktadır.

Arıza listesi; beyin ve sinir sistemi ile psikiyatrik hastalıklar tablosu, görme, işitme, yüz ve baş, konuşma ve özel duyu, deri, omuz ve üst ekstremiteler, el parmak amputasyonları, el parmaklarının hareket kısıtlılıkları, el kavrama gücü, göğüs, omurga, karın ile sırt (bel), alt ekstremiteler olmak üzere 14 başlıktan oluşmaktadır. Listelenmiş arızaya karşılık olan standart puan teorik olarak ortalama işçinin 39 yaşta ve vücudun bütün bölümlerinde ortalama mesleki gereklilikler ile sakatlığının derecesini göstermektedir. Yüzde olarak belirlenmiş olan bu puanın meslek ve yaşa uyarlaması yapılarak kalıcı maluliyet oranı bulunmaktadır.

Eğer yaralanan bölüm meslekte önemli ise oranın artırılması, bölüm meslekte göreceli olarak daha az önemli ise oranın azaltılması gerektiğinden; bu ayarlamaların yapılabilmesi için yaklaşık meslek grubunun tespit edilmesi gereklidir. Çizelge 44 meslek grubu içermektedir. Her grup 3 haneli rakamlardan oluşmaktadır. 1. Rakam görevin yoruculuğunu gösterir. Fiziksel yoruculuk 1'den 5'e kadar sıralanır, en ağırı 1'dir. 2. rakam mesleklerin geniş kategorilerinin paylaşıldığı tüm karakterlerini içermektedir. 3. rakam ise meslek grupları arasındaki farklılıkları göstermektedir.

Arıza listelerinde genellikle ilgili bölümün hafif, orta ve ağır değerleri bulunmakta

listede olmayan arızaların değerlendirilmesi ise çeşitli tablolarda düzenlenmiş katsayılarla verilen değerlerin karşılaştırılması sonucu hesaplanmaktadır.

Aynı uzvun birden fazla arızalarının birleştirilmesi için, her bir oran ayrı ayrı hesaplandıktan sonra daha düşük değerde olanların toplamının yarısı en yüksek değere eklenmektedir. Farklı listelerdeki arızaların birleştirilmesinde ise Balthazard formülü uygulanmakta ancak buna düşük olan değerlerin % 10'u eklenmektedir.

Bu çizelgede psikiyatrik bozukluklar, uygun olarak kapatılmış kafatası defektleri, çene-ağız-diş bozuklukları, el kavrama gücü, omurga (Tablo-6) ve alt ekstremitelerin (Tablo-7) fonksiyonel değerlendirmesinde yöntem açısından, ülkemizde kullanılan Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nden önemli ölçüde farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların önemli başlıkları aşağıya çıkartılmıştır.

#### **2.11.1.1. Maluliyet İndeksleri**

Maluliyet durumunun tespiti için objektif/subjektif indeks ve çalışma kapasitesi indeksi olmak üzere iki farklı indeks kullanılmaktadır. Duruma göre her iki indeks de kullanılabilir.

Objektif/subjektif indeks, objektif ve subjektif faktörlerin birleşiminden oluşur. Objektif faktörler fiziksel kayıp veya fonksiyon kaybı gibi direkt ölçülebilen faktörlerdir (amputasyon, hareket kısıtlılığı).

Subjektif faktörlerin çoğunun ortak yanı ağrının etkileri olduğundan direkt olarak ölçülemez veya gösterilemez. Ağrı, vücudun bazı bölümlerini etkileyen, aktivite ile artan yoğunlaşma ile karakterizedir. Örnek olarak ağır kaldırmada sırttaki sürekli hafif ağrı veya dirsek eklemesindeki şiddetli ağrı verilebilir. Subjektif faktörlerin oranları genellikle vücut bölümlerini içeren planlanmış çizelgelerden seçilen standart oranlardan elde edilmektedir.

Objektif yada subjektif faktörler tek başına bulunuyorsa objektif/subjektif indeks temel alınabilir. Çoğu vakada her ikisi de bulunmaktadır.

Bununla birlikte bazı durumlarda subjektif sakatlık değeri toplam sakatlığın büyüklüğü veya doğası gereği düşük ölçülebilecektir.

Diğer maluliyet indeksi olan çalışma kapasitesi, yaralanma öncesi spesifik çalışma fonksiyonları veya fonksiyon gruplarını uygulama kapasitesinin sakatlık sonrası duruma oranının tanımlanması ile elde edilir.

Çalışma kapasitesi indeksi kesin koşullardan daha ziyade, yaralanma öncesi ağırlık kaldırma kapasitesinin dörtte birinin kaybı gibi görece koşullarda sınırlılığı tanımlar.

Kılavuzda vücudun geniş fonksiyonel sistemleri ile uyumlu, çalışma kapasitesinin iki farklı bölümü bulunmaktadır. Omurga ve gövde kılavuzu (Tablo-6) boyun, sırt, pelvis, abdomen, kalp, göğüs ve akciğer yaralanmalarında, alt ekstremité kılavuzu (Tablo-7) ise kalça, bacak ve ayak yaralanmalarında kullanılmaktadır.

**Tablo-6:** Omurga ve gövde kılavuzu <sup>1,2</sup>.

<b>Çalışma Kapasitesi indeksi <sup>3</sup></b>	<b>Standart Puanlama</b>	<b>Subjektif Faktör indeksi <sup>4,5</sup></b>	<b>Standart Puanlama</b>
Çok ağır kaldırmının engellenmesi (Yaralanma öncesi kişinin kabul edilen kaldırma kapasitesinin yaklaşık % 25 kaybı. Toplam kaldırma eforu, ağırlık içeriği, mesafe, tahammül, sıklık, vücut pozisyonu vb faktörler ile kişisel özellikler göz önüne alınmış olmalıdır.)	%10	Tolere edilebilen ancak performansında dezavantaj yaratan sürekli hafif ağrı	%10
Çok ağır çalışmanın engellenmesi (Yaralanma öncesi kıvrılma, eğilme, bükülme, kaldırma, basma, tırmanma gibi fiziksel aktiviteleri uygulama kapasitesinde (kişinin ifadesine göre) yaklaşık % 25 kayıp)	%15		
Boyun ve sırtın tekrarlayan hareketlerinin engellenmesi (Yaralanma öncesi boyun veya sırtın fleksiyon, ekstansiyon, rotasyon ve yana eğilme (bending) kapasitesinde % 50 kayıp)	%15		
Ağır kaldırmının engellenmesi (Yaralanma öncesi kişinin ifadesinde olan kaldırma kapasitesinin yaklaşık % 50 kaybı)	%20		
Ağır kaldırma, tekrarlayan bending ve eğilmenin engellenmesi (Yaralanma öncesi ağırlık kaldırma, eğilme ve yana eğilme (bending) kapasitesinin % 50 sinin kaybı)	%25		
Ağır çalışmanın engellenmesi (Yaralanma öncesi eğilme, yana eğilme(bending), kaldırma, basma, tırmanma, çekme vb. fiziksel aktivitelerinin yaklaşık % 50 kaybı)	%30	Sürekli hafif – orta şiddette ağrı	%30
Önemli çalışmanın engellenmesi (Yaralanma öncesi eğilme, yana eğilme(bending), kaldırma, basma, tırmanma, çekme vb. fiziksel aktivitelerinin yaklaşık % 75 kaybı)	%40		
Hafif çalışma (Minimum fiziksel efor gerektiren ayakta durma,yürüme pozisyonunda iş yapabilme)	%50	Tolere edilebilen ancak performansta belirgin dezavantaja neden olan sürekli orta şiddette ağrı	%50
Yarı oturarak çalışma	%60		
Oturarak çalışma	%70		

1. İkisinden biri veya her ikisi kullanılabilir. Sonuçta daha yüksek olan esas alınır.

2. Doğru kanıtlar tespit edildiği zaman eklenen faktörler hesaba katılarak puanlamada değişiklikler yapılabilir.

3. Boyun, sırt, kalça, kalp, akciğer, karın maluliyetleri indeksi olarak çalışma kapasitesi listesi kullanılır.

4. Subjektif faktörler; boyun, sırt, kalça, kalp, akciğer, karın maluliyetleri indeksi olarak kullanılır.

5. Omurga ve gövde ağrılarında maluliyetin objektif faktörleri hesaba katılmalıdır.



**Tablo-7:** Alt ekstremitte kılavuzu <sup>1,2</sup>.

<b>Çalışma Kapasitesi İndeksi</b>	<b>Standart Puan</b>
Çömelme ve/veya diz çökmeyi engelleyen bozukluklar (Çalışanın yaralanma öncesi kapasitesinin yaklaşık % 90 – 100 kaybı)	%5
Tırmanmayı engelleyen bozukluklar (Çalışanın yaralanma öncesi kapasitesinin yaklaşık % 90 – 100 kaybı)	%10
Düz olmayan yerlerde yürümeyi engelleyen bozukluklar (Çalışanın yaralanma öncesi kapasitesinin yaklaşık % 90 – 100 kaybı)	%10
Çok ağır kaldırmayı engelleyen bozukluklar (Çalışanın yaralanma öncesi kapasitesinin yaklaşık % 25 kaybı)	%10
Tırmanma, düzgün olmayan zeminde yürüme, çömelme, diz çökme, emekleme, veya diğer aktiviteler gibi karşılaştırılabilir fiziksel eforları engelleyen durumlar	%20
Uzun süre ağırlık taşımayı engelleyen durumlar (Ayakta ve yürür pozisyonda çalışma zamanının yaklaşık % 75 olması ve % 25 zamanda oturmak istemesi)	%20
Ağır kaldırmayı engelleyen durumlar (Çalışanın yaralanma öncesi kapasitesinin yaklaşık % 50 kaybı)	%20
Ağır kaldırma, tırmanma, düzgün olmayan zeminde yürüme, çömelme, diz çökme, emekleme, veya diğer aktiviteler gibi karşılaştırılabilir fiziksel eforları engelleyen durumlar	%30
Ağır kaldırma, uzun süre ağırlık taşıma tırmanma, düzgün olmayan zeminde yürüme, çömelme, diz çökme, emekleme, veya diğer aktiviteler gibi karşılaştırılabilir fiziksel eforları engelleyen durumlar	%40
Ağırlığa dayanma zamanının yarı yarıya düşmesi (Zamanın yaklaşık yarısında ayakta ve yürüyerek çalışırken, kalan yarısında oturarak çalışmak istemesi)	%40
Sakatlık sonucunda yarı oturarak çalışma	%60
Sakatlık sonucunda oturarak çalışma	%70

1. Ortopedik alet ihtiyacı ile diğer elementlerden oluşan ihtiyaçlar hesaba katılabilir.
2. Eklenen faktörler kanıtlandığı zaman maluliyet oranında değişiklikler yapılabilir.

### 2.11.1.2. Psikiyatrik Bozuklukların Değerlendirilmesi

Psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi için çeşitli fonksiyonlar esas alınarak puanlamalar yapılmaktadır. Bunlar;

- 1.Kavrama yeteneği ve emirleri takip,
- 2.Basit, basmakalıp emirleri yerine getirme yeteneği,
- 3.Verilen görevi hızla ayırt etme ve koruma yeteneği,
- 4.Karmaşık ve çeşitli görevleri yerine getirme yeteneği,
- 5.Diğer insanlara aktarabilme ve geri alabilme yeteneği,
- 6.Etkileme yeteneği,
- 7.Genelleştirme, değerlendirme yeteneği ve kararlılık, hızlı olmayan denetim,
- 8.Onaylama, yönetme sorumluluğu taşıma, kontrol ve planlama yeteneğidir.

Bu fonksiyonların değerlendirilmesi psikiyatrik bozukluklar tablosu (Tablo-8) kullanılarak yapılmaktadır.

Tablonun kullanılması:

1- Tek fonksiyon yetersizliğinde; değer tablodan bulunan yüzde değer meslek ve yaşa göre uygulanarak sonuç bulunmaktadı.

Birden fazla fonksiyonun yetersizliğinde;

2- Grup I'deki yetersizliklerde tablodan bulunan her bir değer ayrı ayrı bulunduktan sonra küçük olan değer veya değerlerin toplamının yarısı büyük olan değere eklenerek bulunan sonuç meslek ve yaşa göre uygulanır.

3- Grup II'deki yetersizliklerde; tablodan bulunan her bir değer ayrı ayrı bulunduktan sonra küçük olan değer veya değerlerin toplamının 1/5'i büyük olan değere eklenerek bulunan sonuç meslek ve yaşa göre uygulanır.

4- Her iki grupta yer alan yetersizliklerde; 2.ve 3. adımda bulunan değerler

Grup I miktarı + { (45- [(Grup I miktarı / 300) x Grup II miktarı] } }

formülü kullanılarak bulunan sonuç meslek ve yaşa uygulanmaktadır. Meslek ve yaşa göre uygulamadan önce bulunan sonucun 3. adımda bulunan sonuçtan fazla olmaması gerekmektedir.

**Tablo-8:** Psikiyatrik bozukluklar tablosu.

Yetersizliğin Derecesi	Çalışma Fonksiyon Yetersizlik Değerleri							
	Grup I			Grup II				
	1	2	3	4	5	6	7	8
	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Minimal</b>	5	5	5	2	4	1	2	1
<b>Çok Hafif</b>	10	10	10	3	8	2	3	2
<b>Hafif</b>	20	20	20	8	19	4	8	4
<b>Orta</b>	30	30	30	12	29	6	12	6
<b>Orta- Ağır</b>	40	40	40	16	40	8	16	8
<b>Ağır</b>	50	50	50	20	50	10	20	10

### 2.11.1.3. Baş ve Yüzdeki Kozmetik Bozuklukların Değerlendirilmesi

Skar ve deformiteden dolayı yüzdeki bozukluklar (Tablo-9) değerlendirilirken fonksiyon kaybı mevcutsa hesaba dahil edilebilmektedir.

**Tablo-9:** Baş ve Yüzdeki Bozuklukların dağılımı.

Çok hafif – kayda değer olmayan deformite	%0
Hafif deformite	%5
Orta derecede deformite	%20
Ağır – çalışma yeteneğini önemli derecede engelleyen deformite	%50
Çok ağır – Çalışma yeteneğini önemli ölçüde engelleyen ve kişiyi başka zorluklarla karşı karşıya bırakan deformite	%80
Tek taraflı dış kulak kaybı	%10

### 2.11.1.4. El Kavrama Gücünün Değerlendirilmesi

Kavrama gücü zayıflığı amputasyon veya hareket kısıtlılığına eklenmemektedir. El kavrama gücünün kısmi kaybı, tam kayba göre yüzde olarak (%10, % 20 kayıp gibi) saptandıktan sonra, el kavrama gücünün kısmi kaybı tablosundan (Tablo-10) yararlanılarak kayıp yüzdesine karşılık gelen fraksiyon tam kayıpla çarpılarak hesaplanmaktadır.

Majör elde tam kayıp	%40
Minör elde tam kayıp	%36
Her iki elde tam kayıp	%85

**Tablo-10:** El kavrama gücünün kısmi kaybı dağılımı.

Kayıp yüzdesi	Fraksiyon
10	0
15	1/20
20	1/12
25	1/8
30	1/6
35	1/5
40	¼
45	3/10
50	1/3
55	2/5
60	4/9
65	½
70	3/5
75	2/3
80	¾
85	4/5
90	5/6
95	1

#### 2.11.1.5. Çene, Ağız, Diş Bozukluklarının Değerlendirilmesi

Çenenin hareket kısıtlılığı veya maloklüzyon sonucu çiğnemenin bozulmasında en geniş ağız açıklığı (kesici dişler arası mesafe) ölçülerek

1 1/2 inç	%0
1 1/4 inç	% 6
1 inç	% 12
¾ inç	% 18
½ inç	%24
¼ inç	%30

olarak değerlendirilmekte olup meslek ve yaşa göre uygulama yapılmaktadır (61).

#### 2.11.2. Kalıcı Sakatlığın Değerlendirilmesi Kılavuzu

Kalıcı Sakatlığın Değerlendirilmesi Kılavuzu yaralanma veya hastalık sonucu ortaya çıkan yetersizlik/bozukluk oranlarını kişinin günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen kısıtlılıkları esas alarak belirlemekte, yaş ve mesleği göz önüne almamaktadır. Kılavuzun temel değerlendirme birimi günlük yaşam aktiviteleri ölçüğüdür (Tablo-11).

**Tablo-11:** Günlük aktivite ölçeği.

Aktivite	Örnek
Kendi kendine bakım, kişisel hijyen	Diş fırçalama, saç tarama,banyo yapma, kendi kendine giyinme, yemek yeme, tuvalet ihtiyacını giderebilme
İletişim	İşitme, görme, yazma, konuşma,
Fiziksel aktivite	Ayakta durma, yürüme, oturma, merdiven çıkma
Duyusal işlevler	İşitme, görme, tat alma, koku alma, dokunma duyuları
Özel olmayan el aktiviteleri	Kavrama, kaldırma, dokunma ile tanıyabilme
Taşıma	Araç kullanma, ata binme
Seksüel fonksiyon	Orgazm, ereksiyon, ejakulasyon,
Uyku	Sakin, huzurlu uyku paterni

Bu kılavuzda vücut sistemlerine göre arızalar dört grupta değerlendirilmekte ve her grup hafiften ağıra doğru yüzde dilimler içermektedir. Her bir vücut bölümü kendi içinde, ait olduğu sisteme göre ve tüm vücuda göre oranlanarak değerlendirilmektedir. Örnek olarak baş parmak elin %40'ı, üst ekstremitenin %36'sı, tüm vücudun %22'sini oluşturmaktadır (58).

Özbay'ın çalışmasında Kaliforniya baremi ile ülkemizde kullanılan yönetmelik karşılaştırıldığında ve tüm arızalar göz önüne alındığında, her iki barem arasında önemli düzeyde ilişki ve %74,2 oranında uyumluluk bulunduğu, ayrıca Kaliforniya bareminde ülkemizde uygulanan yönetmeliğe göre psikiyatrik rahatsızlıkların, kişinin mevcut durumu ve yapması gerekli işlevler göz önüne alınarak daha geniş kapsamlı değerlendirildiği belirtilmiştir (62).

## 2.12. A.B.D.'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SSA)

Sosyal Güvenlik Kurumu, engelli insanlar için Destekleyici Güvenlik Geliri ve Sosyal Güvenlik Engellilik Sigortası olmak üzere iki önemli programı yönetir. Yararlanmaya hak kazanabilmek için, başvurunun hem tıp-dışı ve hem de tıbbi sakatlık kriterlerini karşılaması gerekir. Sakatlık için tıbbi standartlar, her iki program için de aynıdır ancak tıbbi olmayan standartları farklıdır.

Engelli Yetişkin; 18 yaş veya üzerindeki kişilerin herhangi bir tıbben belirlenebilir bir ruhsal veya fiziksel bozukluk nedeniyle ölümle sonuçlanabilen veya sonuçlanmış ya da en az 12 ay boyunca bireysel olarak herhangi bir önemli kazançlı faaliyette bulunamayan kimse olarak tanımlanmıştır.

SSA, sakatlığı belirlemek için kullandığı tıbbi kriterleri içeren Sosyal Güvenlik Açısından Özürlü Değerlendirme'yi ("Mavi Kitap") kullanmaktadır. Liste sık olarak güncellenmekte ve değiştirilmektedir.

Arızalar Listesinde A bölümüne, 18 yaş ve üzerindeki için başvurulmakta iken; B bölümü, çocuklar için ek tıbbi kriterler sağlamaktadır.

Liste yetişkinler için 1-14 arası, çocuklar için 100-114 arasında 14 vücut sistemine bölünmüştür. Listeler, çeşitli koşullardaki tanı kriterlerinin ve şiddet ve kötü prognozun objektif belirteçlerinin bir kombinasyonudur.

- Yetişkinler için Engelliler Listesi (63);
- 1- Kas-İskelet Sistemi
  - 2- Özel Duyular ve Konuşma
  - 3- Solunum Sistemi
  - 4- Kardiyovasküler Sistem
  - 5- Sindirim Sistemi
  - 6- Genito-üriner Sistem
  - 7- Hematolojik ve Lenfatik Sistem
  - 8- Deri
  - 9- Endokrin Sistem ve Obezite
  - 10- Multiple Vücut Sistemi
  - 11- Nörolojik
  - 12- Mental Hastalıklar
  - 13- Neoplastik Hastalıklar
  - 14- İmmun Sistem

- Çocuklar (18 yaş altı) için Engelliler Listesi;
- 1- Büyüme Bozukluğu
  - 2- Kas-İskelet Sistemi
  - 3- Özel Duyular ve Konuşma
  - 4- Solunum Sistemi
  - 5- Kardiyovasküler Sistem
  - 6- Sindirim Sistemi
  - 7- Genito-üriner Bozukluklar
  - 8- Hematolojik Hastalıklar
  - 9- Deri Hastalıkları
  - 10- Endokrin Bozukluklar
  - 11- Multiple Vücut Sistemi Bozukluk
  - 12- Nörolojik

- 13- Mental Hastalıklar
- 14- Malign Neoplastik Hastalıklar
- 15- İmmun Sistem Hastalıkları

Mental Hastalıklar kategorisinde ruh sağlığı bozukluklarının çeşitli türleri için tanı kriterleri ve şiddetinin standart sınıflandırması maddeler halinde sıralanmıştır.

- Günlük yaşam aktivitelerinin belirgin kısıtlanması ya da
- Sosyal işleyişinin sürdürülmesinde zorluklar ya da
- Konsantrasyon, devamlılık ve yürüyüşün sağlanmasında zorluklar ya da
- Her genişletilmiş süre için tekrarlanan dekompansementasyon bölümlerinden en az ikisini içermelidir.

SSA, semptomların etkisini gösteren bir belgenin geliştirilmesi sırasında ağrı, nefes darlığı veya yorgunluk gibi şikayetlerle ilgili olan tüm yolları araştırmaktadır. İnceleme ve diğer kaynaklarla sağlanan bilgiler aracılığıyla;

- İddia sahibinin günlük aktiviteleri,
- Ağrı veya diğer semptomların yeri, süresi, sıklığı ve şiddeti,
- Presipite ve agreve eden faktörler,
- Herhangi bir ilacın türü, dozu, etkililiği ve yan etkileri,
- Ağrı veya diğer semptomların hafifletilmesi için ilaçlardan başka tedaviler,
- İddia sahibinin ağrı veya diğer semptomları hafifletmek için kullandığı veya kullanmış olduğu her türlü önlem,
- Ağrı veya diğer semptomlar nedeniyle başvuranın işlevsel sınırlamaları ile ilgili diğer faktörler araştırılmaktadır.

### 2.13. Özürlülük Sıklığı

Dünya nüfusunun %64'ünün yaşadığı 70 ülkede 18 yaş ve üzeri kişiler arasında yürütülen Dünya Sağlık Araştırması verilerine göre özürlülük prevalansı %15,6 olarak hesaplanmıştır. Bu değer düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde %18,0 ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde %11,8 olduğu ifade edilmektedir (64).

DSÖ, Dünya'da özürlülük sıklığını % 10 (600 milyon) olarak bildirmektedir. Bu rakamın % 80'i gelir seviyesi düşük ülkelerde bulunmaktadır ve bu bireyler rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. HIV/AIDS, kronik hastalıklar, beslenme

yetersizliği, kazalar, savaş yaralanmaları vb. nedenlerle bu özürlü nüfusun giderek artacağı düşünülmektedir. DSÖ verilerine göre özür lülüğün ilk üç nedeni nöropsikiyatrik bozukluklar, yaralanmalar ve kardiyovasküler hastalıklar olarak sıralanmaktadır (65).

Orta/düşük ve yüksek gelirli ülkeler arasında sakatlığın dağılımında belirgin farklılıklar rapor edilmiştir. Tablo-12'de bazı orta/düşük ve yüksek gelirli ülkelerdeki ortalama prevalans sırasıyla % 15,5 ve % 2,9 olarak gösterilmiştir. Nüfusun yaş yapısı ve özür lülüğteki bilgi ve algı farklılıkları yüksek gelirli ülkelerde daha yüksek özür lülük oranlarına katkıda bulunuyor olsa da, düşük ve orta gelirli ülkelerde devre dışı bırakma koşulları olan enfeksiyon hastalıkları, kaza, yoksulluk ve resmi sağlık hizmetinin az kullanımından dolayı daha yüksek prevalansa yatkındır.

**Tablo-12:** Bazı yüksek ve düşük-orta gelirli ülkelerdeki özür lülük prevalansı (66).

<b>Yüksek Gelirli Olanlar</b>	<b>Yıl</b>	<b>%</b>	<b>Düşük/Orta Gelirli Olanlar</b>	<b>Yıl</b>	<b>%</b>
Avustralya	2003	20,0	Vietnam	2004	6,4
Yeni Zelanda	1996	20,0	Bangladeş	2005	5,6
Norveç	1995	17,8	Çin	1987	5,0
Kanada	1991	15,5	Şili	1992	2,2
İspanya	1986	15,0	Hindistan	2002	2,1
ABD	1994	15,0	Tayland	2002	1,7
Birleşik Krallık	1991	12,2	Filipinler	2000	1,2
İsviçre	1998	12,1	Uganda	1991	1,2
Hollanda	1986	11,6	Brezilya	1991	0,9
<b>Ortalama</b>		<b>15,5</b>			<b>2,9</b>

Yüksek ve düşük gelirli ülkelerdeki beklenen sakatlığın dağılımını gösteren raporlar arasındaki tutarsızlığın bir açıklaması Birleşmiş Milletler Engellilik İstatistikleri Özeti (1990) tarafından sunulmaktadır. 55 ülkede yapılan 63 araştırma sonucunda özür lülüğün kullanımının ve işleyişinin özür lülük dağılımının önemli bir belirleyicisi olduğu tespit edilmiş ve artan ülke geliri ile doğru orantılı olduğu bulunmuştur (49).

Az gelişmiş ülkelerden biri olan Türkiye nüfusunun ise yaklaşık olarak 7,5 milyonunu engelli bireylerin oluşturduğu söylenebilir. Engellilik, doğum öncesinde ve doğum esnasında genetik hastalık ya da çevresel faktörlerden kaynaklanacağı gibi, doğum sonrasında kaza ve hastalıklar, doğal afetler, savaş ve terör olayları gibi faktörlere bağlı olarak da gelişebilmektedir (67). TÜİK'in 2002 yılı verilerine göre Türkiye'de, toplam



nüfusun % 12,29'u özürlülerden oluşmaktadır.



### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışma Hazırlığı**

Maluliyet hesaplanmasında ülkemizde ve dünyada kullanılan cetvellerin değerlendirilmesi, maluliyet hesaplanmasında kullanılan SGK'nın Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ile ilgili karşılaşılan sorunlar, yasal olarak hazırlanan yönetmeliklerin tıbbi uygulanabilirliği gibi hususların araştırılması planlandı. Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi (N.E.Ü.) Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 30.09.2016 tarih ve 2016/675 sayılı karar ile tez projemiz onaylandı (Bkz. Ek-1).

#### **3.2. Vakaların Oluşturulması**

Ocak 2013-Haziran 2016 tarihleri arasındaki 3,5 yıllık dönemde N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Konya/Merkezdeki ve ilçelerindeki asliye ticaret, asliye hukuk, tüketici ve iş mahkemeleri tarafından gönderilen dosyalardaki belirtilen kişiler ve özel olarak maluliyet raporu isteminde bulunan kişiler çalışmaya dahil edildi.

Olgulara düzenlenen maluliyet raporları cinsiyet, olay türü, olayın meydana geldiği tarih, olay tarihindeki yaşı, olay tarihindeki mesleği, istem makamı, yaralanma bölgesi, arıza çeşidi, maluliyete neden olup olmadığı, D (38-39 yaş) ve E (yaşına) cetveline göre hesaplanan maluliyet oranları, hesaplamada balthazard uygulanıp uygulanmadığı, hesaplamada takdir kullanılıp kullanılmadığı, konulan tanı, yaralanmanın tıbbi iyileşme süresi, tanıda zorluk çekilen hususlar ve sürekli bakıma muhtaçlık açılarından retrospektif olarak tarandı ve hazırlanmış olan ankete (Bkz. Ek-2) göre değerlendirildi.

Olgularımıza ait maluliyet raporları Maluliyet ve Sağlık Kurulları Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (2008) ve Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği (2013)'nin usul ve esasları çerçevesinde düzenlendi.

### 3.3. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS versiyon 18.0 paket programına girildi ve verilerin frekans analizleri yapıldı. Demografik veriler minimum, maksimum, ortalama  $\pm$  standart sapma ve yüzde olarak tanımlayıcı bulgular elde edildi. Tüm testlerde  $P < 0.05$  düzeyi anlamlı olarak kabul edildi.

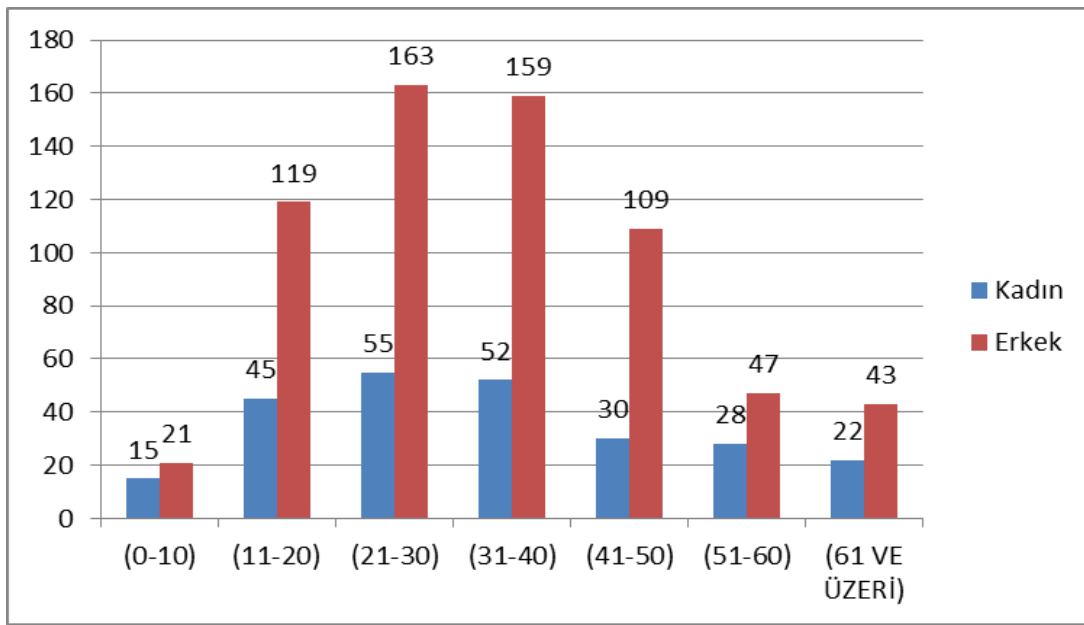
Elde edilen bulgular frekansları ve yüzde dağılımları ile tablolandırıldı ve ayrıca bazı değişkenlerin birbiriyle ilişkisini gösteren karşılaştırmalı bulgular da verildi.

İstatistiksel analizlerin daha sağlıklı yapılabilmesi ve elde edilen sonuçların daha verimli değerlendirilebilmesi amacıyla, anket formunda yer alan bazı sorulara ait cevap seçenekleri kendi içinde yeniden gruplandırılarak birleştirildi.

#### 4. BULGULAR

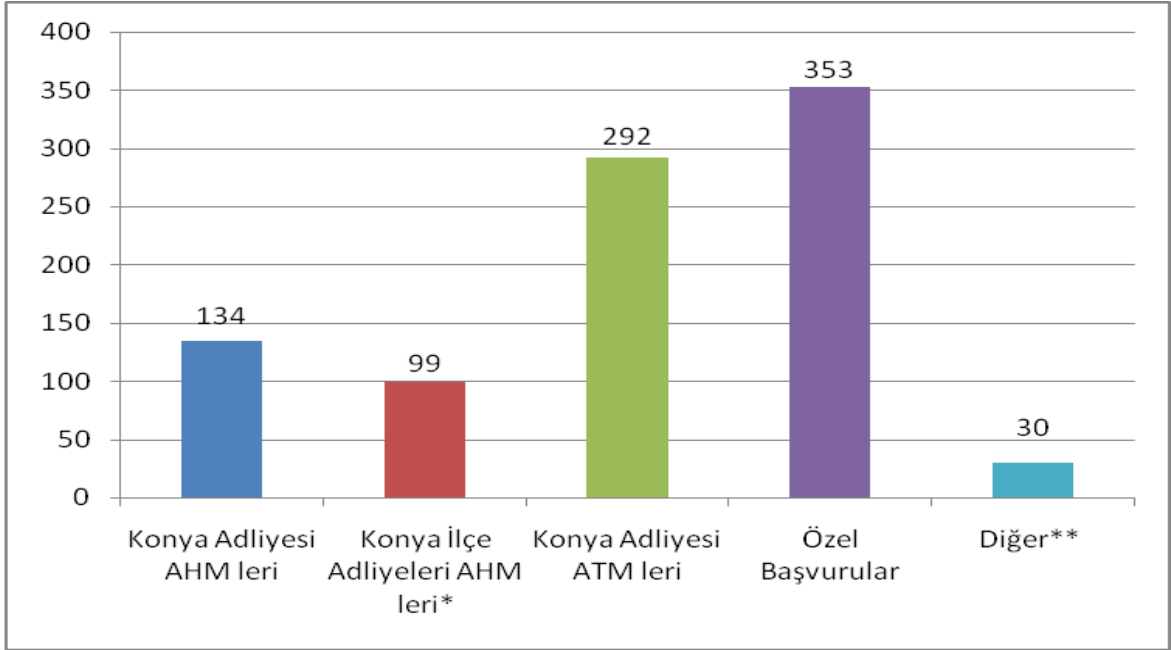
İncelemenin yapıldığı 3,5 yılda 908 maluliyet raporu düzenlendiği, rapor düzenlenen olguların 661'inin (%72,7) erkek ve 247'sinin (%27,2) kadın olduğu saptandı. Olguların yaşları 2 – 85 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $33,92 \pm 15,7$  idi. Onarlı yaş gruplarına ayrıldığında her iki cinsiyette de 21-40 yaş aralığında başvuru oranının (%47,2) en fazla olduğu görüldü (Şekil-3).

Şekil-3: Olguların kadın ve erkek cinsiyette yaş aralığına göre dağılımı.



Maluliyet raporu düzenlenmesi istenen olgular, farklı makamlarca Anabilim Dalımıza gönderilmiş ve özel başvurularla talep edilmiş olup %61,1'inin (n=555) Asliye Hukuk Mahkemeleri (AHM) ve Asliye Ticaret Mahkemeleri (ATM) başta olmak üzere Konya, Karaman ve Aksaray mahkemelerince istenildiği, %38,9'unun (n=353) ise özel başvurular olduğu görüldü (Şekil-4).

**Şekil-4:** Anabilim Dalımızdan maluliyet raporu düzenlemesini isteyen makamların dağılımı.

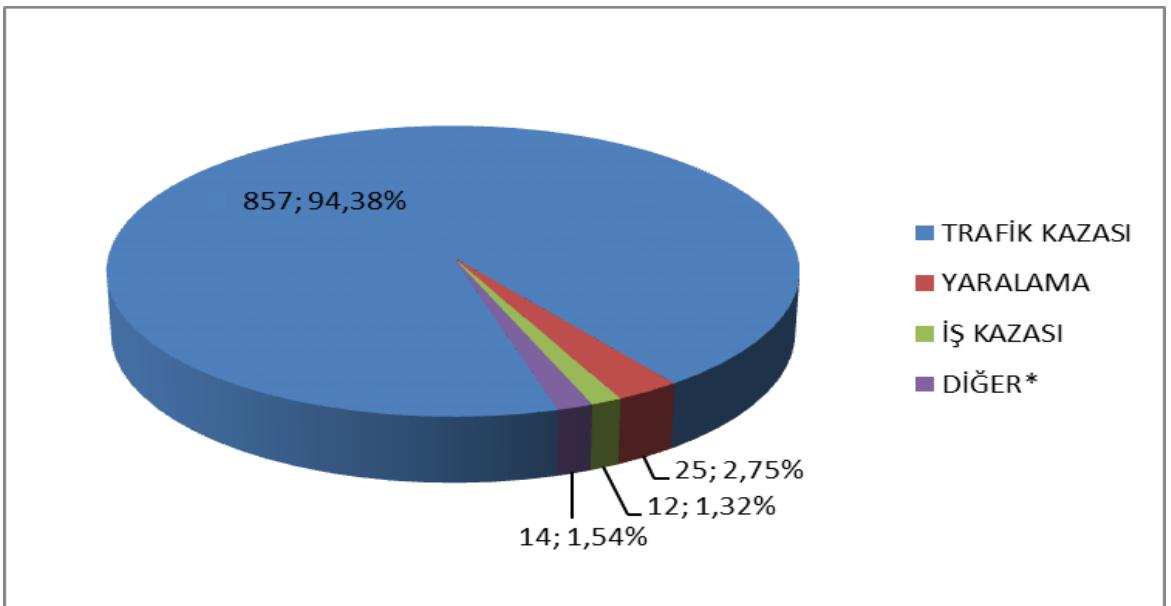


\*Akşehir, Ilgın, Ereğli, Kadınhanı, Beyşehir, Çumra, Hadim, Karapınar, Yunak, Sarayönü, Seydişehir.

\*\* Karaman 1. AHM, Konya 2. İş Mahkemesi, Eskişehir AHM, Sarıveliler AHM, Akşehir 1. ATM, Çumra ATM, Akşehir 2. ATM, Cihanbeyli ATM, Konya 2. Tüketici Mahkemesi, Aksaray 1. ATM, Konya 1. İş Mahkemesi (Asliye Hukuk Mahkemeleri=AHM, Asliye Ticaret Mahkemeleri=ATM).

Olay türüne göre en sık trafik kazası (%94,4; n=857) nedeniyle maluliyet raporu için başvuru yapıldığı görüldü (Şekil-5).

**Şekil-5:** Olguların olay türlerine göre dağılımı.



\* Kesici-delici alet yaralanması (KDAY), Ateşli silahla yaralanma, Köpek saldırısı, Ameliyat sonrası gelişen endoftalmi, Asansör boşluğuna düşme, Yüksekten düşme, Meslek hastalığı.

Meydana gelen olay ile Anabilim Dalımızdan rapor düzenlenmesi için istemde bulunulan zaman karşılaştırıldığında, 6 ay ile 16 yıl arasında değiştiği, olguların 565'inin (%62,2) ilk 2 yılda başvurduğu saptandı. Olay tarihi ile raporun düzenlendiği tarih arasında geçen süreler Tablo-13'te gösterildi. Olay tarihinden itibaren ilk 6 ayda rapor düzenlenen ve arızası olan olgular (56) incelendiğinde 21 olguda (%42) splenektomi, posterior füzyon, amputasyon gibi arızaları olduğu görüldü.

**Tablo-13:** Olay tarihi ile raporun yazıldığı tarih arasında geçen sürelerin ay ve yıl olarak dağılımı.

Geçen süre	Sayı (n)	Yüzde (%)
6 ay ve daha az	56	6,2
1 yıl	181	19,9
2 yıl	328	36,1
3 yıl	153	16,9
4 yıl	65	7,2
5 yıl	53	5,8
6 yıl	29	3,2
7 yıl	19	2,1
8 yıl	7	0,8
9 yıl	6	0,7
10 yıl	6	0,7
11 yıl ve üzeri	5	0,5
<b>Toplam</b>	<b>908</b>	<b>100,0</b>

Anabilim Dalımıza başvuran 908 olgunun olay tarihinde yaptıkları meslekler sorgulandığında, olguların 728'inin (%80,2) meslekte kazanma gücü kaybı (maluliyet) oranlarının tespitine ilişkin yönetmeliğin ek listede belirtilen iş kollarına göre düz işçi olarak değerlendirildiği görüldü. 514 (%56,6) olgunun ilgili yönetmelikte mesleğinin karşılığının bulunmaması nedeniyle meslek grup numaraları düz işçi olarak kabul edildiği görüldü. 47 olguda arızanın kişilerin meslek grup numaralarına göre maluliyeti düz işçiye göre daha düşük çıktığından meslek grup numaraları düz işçi olarak alındığı tespit edildi. 126 olguda meslek grup numaralarının ek listedeki iş kollarında tam karşılığı bulunmadığından mesleğine en yakın meslek grubunun seçildiği saptandı. Tablo-14'te olguların hangi mesleklerin hangi meslek grup numaralarına dahil edildiği gösterildi.

Olguların muayeneleri ve ilgili klinik bölümlere (Ortopedi, Nöroloji, Psikiyatri, Beyin Cerrahisi ve diğerleri) konsültasyonları sonrasında 908 olgunun 183'ünde (%20,2) herhangi bir arıza saptanmamış olup maluliyetinin olmadığına karar verildi. Bu olguların 3'ünde septum deviasyonunun olay ile illiyet bağının kurulamadığı saptandı.

**Tablo-14:** Olguların meslek grup numaralarına göre dağılımı.

Meslek Grup Numarası	Sayı (n)	Yüzde (%)
1*	728	80,2
3 (Bobinci, Baklava ustası)	2	0,2
4 (İnşaat işçisi, Duvar ustası, Şoför, Sağlık memuru)	6	0,7
6 (Boyacı, Pideci, Kapıcı, Kaynakçı, Tornacı, Aşçı yardımcısı, Ayakkabı imalatçısı, Mobilyacı)	20	2,2
7 (Alüminyum eşya ve malzeme yapımcıları)	1	0,1
8 (Bilgisayar tamircisi)	1	0,1
9 (Güvenlik Görevlisi (bekçi), Kapıcı, Astsubay, Polis Memuru, Asansör Montajcısı)	13	1,4
10 (Dökümcü, Montajcı, Sondaj işçisi)	7	0,8
11 (Elektrik Tesisatçısı)	3	0,3
12 (Aşçı, Terzi, Maden dökümcüsü, Dökümhanede işçi)	8	0,9
14 (Alçı Dekorasyonu)	1	0,1
16 (Berber, PVC ustası, Kaynakçı, Makina oparetörü)	11	1,2
18 (Minare ustası)	1	0,1
20 (Elektrik donatım işçileri, Yapım-Onarım montajcısı)	2	0,2
21 (İnşaat sıvacısı)	1	0,1
23**	49	5,4
24 (Öğretmen)	14	1,5
31 (Makine Teknisyeni, Doktor, Harita Teknisyeni, Elektrik teknikeri, Veteriner)	7	0,8
33 (Maden işçisi)	2	0,2
34 (Makine Mühendisi, İnşaat Mühendisi, Ziraat Mühendisi, Harita Mühendisi)	4	0,4
36 (Tren yolu yapımında kompresörcü)	1	,1
41 (Otobüs şoförü, Oto elektrikçi, Muavin)	26	2,9
Total	908	100,0

\* Düz işçi (Kahvehane işçisi, Demir doğramacı, Kömür paketleyicisi, Kömürcü, Hasta bakıcı, Özel güvenlik görevlisi, Memur, Komiser, Serbest meslek, Meclis Başkanı Danışmanı, Kapıcı, Pazarlamacı, Mermer işçisi, Temizlikçi, Demirci işçisi, PVC işçisi, Oto teypçisi, Kağıt toplayıcısı, Su tesisatçısı, Esnaf, Otomasyon işçisi, Tarım işçisi, Hamal, Oto tamircisi, İnşaat işçisi, Cam balkon işçisi, Elektrik teknisyeni, Hizmetli, Sekreter, Dağıtıcı, Kantarcı, Askeri er, Otelci, İlaç granül operatörü, Öğrenci, Ev hanımı, Emekli, Çiftçi)

\*\* İş idaresi işletenler, Kasiyer, Polis Memuru, Satış Danışmanı, Emanetçi, Pazarlamacı, Pazarcı, Satış Müdürü, Memur, Garson, Barmen, Mağaza Müdürü, Satıcı, Matbaa işçisi, Fotoğrafçı, Muhasebeci, Gazete Muhabiri, Astsubay, Galerici, Silahlı Güvenlik görevlisi, Postacı, Medaşa yönetici, Rehber, Market işletmecisi.

Olguların 725'inde (%79,8) maluliyet olduğu saptandı. 199'u (%27,4) kadın, 526'sı (%72,6) erkekti (Tablo-15). Olguların maluliyet durumu cinsiyete göre Ki-kare testi ile kıyaslandığında anlamlı fark bulunmadı ( $X^2=0,11$ ;  $P=0,74$ ).

**Tablo-15:** Olguların erkek ve kadın cinsiyetlerde maluliyet durumu kıyaslaması.

CİNSİYET	MALULİYET		Toplam
	VAR	YOK	
Kadın Sayısı	199	48	247
Yüzde (%)	80,6%	19,4%	100,0%
Erkek Sayısı	526	135	661
Yüzde (%)	79,6%	20,4%	100,0%
<b>Toplam</b>	<b>725</b>	<b>183</b>	<b>908</b>
<b>Yüzde (%)</b>	<b>79,8%</b>	<b>20,2%</b>	<b>100,0%</b>

Maluliyeti olan 725 (%79,8) olguda toplam 853 arıza saptandı. Arızaların meslekte kazanma gücü kaybı (maluliyet) oranlarının tespitine ilişkin yönetmelikte belirtilen listelere göre dağılımı Tablo-16'da verilmiş olup, en sık pelvis ve alt ekstremite arızalarına (%50,8) rastlandı. Olgularda ilgili yönetmelikte belirtilen listelerden 5. ve 13. listede (Boyun arızaları, Endokrin, Metabolizma, Kollagen Doku, Periferik Damar Hastalıkları, Hematolojik ve Romatoid Hastalıklar) bulunan arızalara rastlanılmadı.



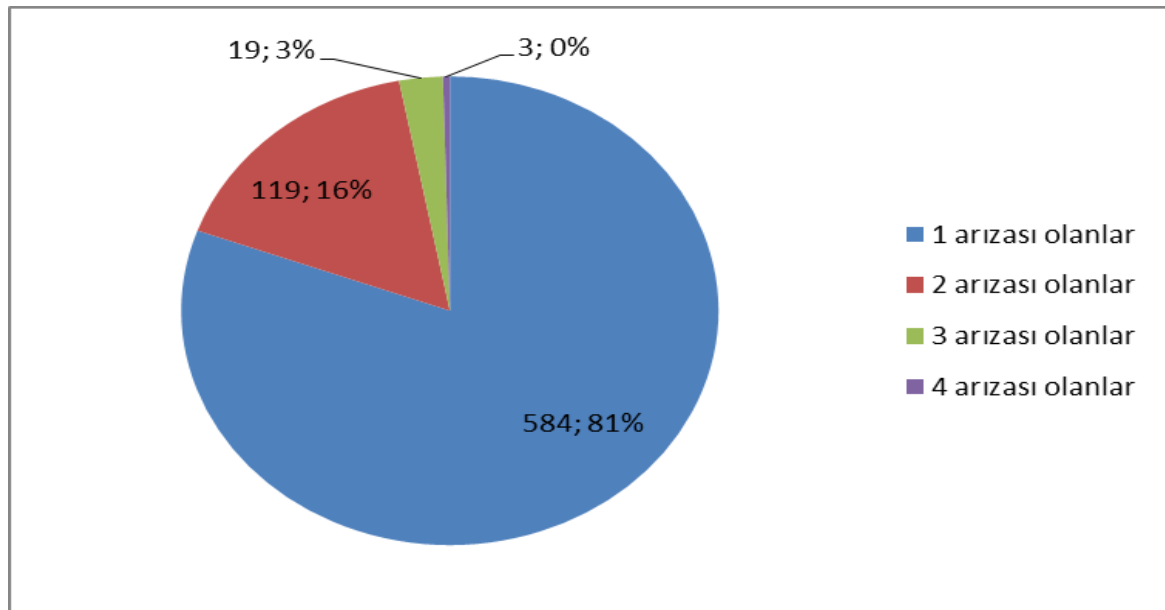
**Tablo-16:** Olgularda tespit edilen arızaların arıza çeşidine göre dağılımı.

Arıza Çeşidi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baş arızaları (1. Liste)	146	20,1%
Göz arızaları (2. Liste)	30	4,1%
Kulak arızaları (3. Liste)	8	1,1%
Yüz arızaları (4. Liste)	38	5,2%
Boyun arızaları (5. Liste)	0	0,0%
Göğüs Hastalıkları (6. Liste)	1	0,1%
Omuz ve kol arızaları (7. Liste)	108	14,9%
El bileği ve el arızaları (8. Liste)	22	3,0%
El parmakları arızaları (9. Liste)	17	2,3%
Omurga arızaları (10. Liste)	75	10,3%
Karın hastalıkları ve arızaları (11. Liste)	35	4,8%
<b>Pelvis ve alt ekstremitte arızaları (12. Liste)</b>	<b>368</b>	<b>50,8%</b>
Endokrin, Metabolizma, Kollagen Doku, Periferik Damar Hastalıkları, Hematolojik ve Romatoid Hastalıklar (13. Liste)	0	0,0%
Deri arızaları ve yanıklar (14. Liste)	5	0,7%
<b>Toplam*</b>	<b>853</b>	<b>100,0%</b>

\*Olgularda birden fazla arıza saptanması nedeniyle toplam arıza sayısı toplam olgu sayısından fazladır.

Maluliyeti olan olguların 141'inde (%19,4) birden fazla arıza olduğu görüldü. 119 olguda 2 arıza, 19 olguda 3 arıza, 3 olguda ise 4 arıza olduğu saptandı. Aynı zamanda 141 olguda birden fazla arıza olduğundan maluliyet hesaplanmasında Balthazard formülü uygulandığı görüldü (Şekil-6).

**Şekil-6:** Arızası olan olguların arıza sayılarına göre dağılımı.



Tüm olguların 616'sının (%67,8) olay nedeniyle ameliyat olduğu, 292'sinin ameliyat olmadığı saptandı. Ameliyat olanlar ile olmayanların maluliyet durumları karşılaştırıldığında ameliyat olanlarda maluliyet olma durumu anlamlı olarak yüksek bulundu ( $X^2=121,167$ ;  $P=0.00$ ) (Tablo-17).

**Tablo-17:** Ameliyat olanlar ile olmayanların maluliyet durumu kıyaslaması.

AMELİYAT OLMA DURUMU	MALULİYET		Toplam
	VAR	YOK	
Ameliyat olanların sayısı	554	62	616
Yüzde (%)	89,9%	10,1%	100,0%
Ameliyat olmayanların sayısı	171	121	292
Yüzde (%)	58,6%	41,4%	100,0%
<b>Toplam</b>	<b>725</b>	<b>183</b>	<b>908</b>
<b>Yüzde (%)</b>	<b>79,8%</b>	<b>20,2%</b>	<b>100,0%</b>

Ameliyat olanlar ameliyat sayılarına göre gruplandırıldığında 470'inin (%76,3) bir ameliyat olduğu, 146'sının (%23,7) birden fazla ameliyat olduğu görüldü (Tablo-18).

**Tablo-18:** Olgulardan ameliyat olanların ameliyat sayılarına göre dağılımı.

Ameliyat sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bir	470	76,3
İki	106	17,2
Üç-beş	28	4,5
Altı ve üzeri	12	1,9
<b>Toplam</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

Maluliyeti olan olguların arıza ağırlık ölçüleri D cetveline göre incelendiğinde oranın 3 ile 100 arasında değiştiği izlendi ve maluliyet oranlarının ortalaması  $25,5 \pm 20,7$  idi. E cetveline (yaşlarına) göre ise maluliyet oranının 2,1 ile 100 arasında değiştiği, ortalama ise  $24,4 \pm 20,8$  idi. Yaş ortalamasının  $33,92 \pm 15,7$  olması E cetvelinde oranın D cetveline göre %1 daha düşük olmasını açıklamaktadır. Kadın ve erkek cinsiyetlerde D ve E cetvellerindeki oranlarda anlamlı bir fark saptanmadı. (Kadın cinsiyette D cetveline göre maluliyet oranı ortalaması= $25,4 \pm 18,04$  / E cetveline göre maluliyet oranı ortalaması= $24,3 \pm 18,1$ ; Erkek cinsiyette D cetveline göre maluliyet oranı ortalaması= $25,5 \pm 21,7$  / E cetveline göre maluliyet oranı ortalaması= $24,4 \pm 21,7$ ; D cetveline göre  $P=0,97$ , E cetveline göre  $P=0,95$ ).

20 olgunun %100 malül olduğu ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç olduğu görüldü. %100 maluliyete ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç olmasına neden olan arızalar Tablo-19'da gösterildi. Arızaların tamamının Liste 1 ve 10'daki (Baş arızaları ve Omurga arızaları) arızalardan kaynaklandığı görüldü.

**Tablo-19:** Olgularda %100 maluliyete ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç olan arızaların dağılımı.

<b>Arıza çeşidi</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Kafa travmasına bağlı hemipleji gelişimi (inkontinans ile birliktelik gösteren)	7	35,0%
Omurga kırığına ve omurilik yaralanmasına bağlı parapleji gelişimi (inkontinans ile birliktelik gösteren)	5	25,0%
Kafa travmasına bağlı tetrapleji gelişimi	1	5,0%
Kafa travmasına bağlı organik psikoz gelişimi (tedavi ile çalışma olanağı vermeyen)	1	5,0%
Omurga kırığına ve omurilik yaralanmasına bağlı tetrapleji gelişimi	1	5,0%
Kafa travmasına bağlı tetraparezi gelişimi	2	10,0%
Kafa travmasına bağlı quadripleji gelişimi	1	5,0%
Omurga kırığına ve omurilik yaralanmasına bağlı tetraparezi gelişimi	1	5,0%
Omurga kırığına ve omurilik yaralanmasına bağlı paraparezi gelişimi (inkontinans ile birliktelik gösteren)	1	5,0%
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>

%100 maluliyeti olan olguların dışındaki 888 olgunun iyileşme süreleri adli tıp uygulamalarında yaşa göre standardize edilmiş Ek-3'teki Yetişkin ve Çocuklarda (0-6 Yaş, 7-16 Yaş) Fizyolojik Kemik Kırığı İyileşme Süreleri dikkate alınarak ay ve gün olarak Tablo-20'de gösterildi. İyileşme sürelerinin 15 gün - 36 ay arasında değiştiği görüldü. Olguların 407'sinde (%45,8) iyileşme süresinin 6 veya 9 ay olarak hesaplandığı saptandı.

**Tablo-20:** Olguların (%100 maluliyeti olanlar hariç) iyileşme sürelerine göre dağılımı.

<b>İyileşme süreleri</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
15 gün	47	5,3
1 ay	24	2,7
1,5 ay	20	2,3
2 ay	23	2,6
2,5 ay	1	0,1
3 ay	72	8,1
4 ay	121	13,6
<b>6 ay</b>	<b>188</b>	<b>21,1</b>
8 ay	13	1,5
<b>9 ay</b>	<b>219</b>	<b>24,7</b>
12 ay	58	6,5
18 ay	96	10,8
24 ay	5	0,6
36 ay	1	0,1
<b>Toplam</b>	<b>888</b>	<b>100,0</b>

Olguların yaralanmalarının iyileşme süreleri hesaplanırken yaş, ameliyat sayısı, psödoartroz, osteomyelit, enfeksiyon gibi hususlar dikkate alınarak gerektiğinde Ek-3'te gösterilen süreler takdiren uzatıldı.

Maluliyeti olan 725 olguda saptanan 853 arızanın 201'inde (%23,5) ilgili yönetmelikte kişinin arızasına karşılık gelen arıza bulunmakla birlikte o arızaya karşılık gelen anatomik kaybın veya fonksiyonun tamamı yitirilmediğinden açıklama yapılarak D cetveline göre hesaplanan maluliyet oranının takdiren belli oranlarda azaltıldığı görüldü (Tablo-21). Arızaların en fazla 2/3 oranında (%41,8) azaltıldığı tespit edildi. Ayrıca birden fazla arızası olan 11 olgunun arızalarında birden fazla takdiren azaltma uygulandığı saptandı.

**Tablo-21:** Arızalardaki E cetveline göre saptanan maluliyet oranlarında yapılan takdiren azaltma oranlarının dağılımı.

<b>Azaltılma oranları</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
1/2 oranında azaltılanlar	43	21,4%
1/3 oranında azaltılanlar	17	8,5%
1/4 oranında azaltılanlar	5	2,5%
1/5 oranında azaltılanlar	20	10,0%
<b>2/3 oranında azaltılanlar</b>	<b>84</b>	<b>41,8%</b>
2/5 oranında azaltılanlar	3	1,5%
3/4 oranında azaltılanlar	5	2,5%
4/5 oranında azaltılanlar	21	10,4%
5/6 oranında azaltılanlar	1	0,5%
6/7 oranında azaltılanlar	1	0,5%
7/8 oranında azaltılanlar	1	0,5%
<b>Toplam</b>	<b>201</b>	<b>100,0%</b>

## 5. TARTIŞMA

Adli Tıp uygulamalarında günlük hayatta sıklıkla trafik kazası, iş kazası ve meslek hastalığı gibi olaylarla karşılaşmaktadır. Bununla birlikte, bir başkasının kusur ya da sorumluluğunun bulunduğu herhangi bir kasıtlı eylemde (kesici-delici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, malpraktis gibi) yaralanmalar görülmekte ve bu yaralanmalar sonucu sağlığı bozulan kişilerce meydana gelen zararlar için ceza davalarının yanı sıra maddi ve manevi tazminat davaları açılabilir (48). Başta Türk Borçlar Kanunu, Türk Ticaret Kanunu ve Karayolları Trafik Kanununa göre kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren kişi bu zararı gidermekle yükümlü olup, meydana gelen zarardan tedavi giderleri, kazanç kaybı, çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar, ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar kastedilmektedir (68).

Çalışmamızda olguların 661'inin (%72,7) erkek ve 247'sinin (%27,2) kadın olduğu saptandı. İnce'nin çalışmasında 164 olgunun %95,1'inin erkek, %4,9'unun kadın, Güven'in çalışmasında 36 olgunun %97'sinin erkek, %3'ünün kadın olduğu, Aşıcıoğlu ve Forst'un çalışmasında erkek oranının %86, kadın oranının %14 olduğu, Özbay'ın 2117 olgu ile yaptığı çalışmada ise %81,5'inin erkek, %18,5'inin kadın olduğu belirtilmiştir (79, 69-73). Eşiyok ve arkadaşlarının çalışmasında 563 olgunun %64,7'sinin (n=364) erkek, %35,3'ünün (n=199) kadın olduğu saptanmıştır (74). Çalışmamızda da benzer şekilde erkek cinsiyetin maluliyet tespiti için daha çok başvurduğu tespit edilmiş olup bunun nedeninin, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erkeklerin kadınlara göre aktif iş hayatına daha fazla katılmalarından dolayısıyla travmaya daha fazla maruz kalmasından ve sosyal güvenlik sistemlerinden daha fazla yararlanmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Yıllar içerisinde kadın ile erkek oranları arasındaki farkın azalmasının kadınların da çalışma hayatında yıllar içerisinde daha çok rol almalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Olguların kaza geçirdikleri olay anındaki yaş grubuna bağlı dağılımları incelendiğinde, kazaların 21-30 ile 31-40 yaş gruplarında (n=429, %47,2) diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu saptandı. DSÖ'ye göre de iş kazalarının 30-39 yaş aralığında daha fazla olduğu belirtilmiştir (75). Özbay'ın çalışmasında olguların 20-49 yaş grubunda (%64,5) yoğunlaştığı belirlenmiştir (73). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında

her iki cinsiyette de 30-39 yaş aralığında başvuru oranının en fazla olduğu görülmüştür (76). Ways'in çalışmasında da kaza geçiren olguların çoğunluğu benzer biçimde orta yaş grubunda yoğunlaşmaktadır (77). Buna karşılık Skov çalışmasında iş kazalarının genç yaşlarda ortaya çıktığını bildirmektedir (78). Bulgumuzun ülkemizde genç nüfusun trafik kazaları ile iş kazalarına maruz kalmalarının fazla olması ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmada maluliyet raporu isteyen resmi makamlar arasında ilk sırada Asliye Hukuk Mahkemeleri (AHM) ile Asliye Ticaret Mahkemelerinin (ATM) (n=525, %94,5) birlikte yer aldığı görüldü. Birgen ve arkadaşlarının 1994-1998 yılları arasında 139 olgu ile yaptığı çalışmada AHM'ler ve İş Mahkemelerinin (İM) birlikte ilk sırada olduğu belirtilmiştir (8). Cantürk'ün 1993-2003 yılları arasında başvuran 32 olgu ile yaptığı çalışmada AHM, İM'nden sonra ikinci sırada gelmektedir (79). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında ise AHM'lerin ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (76). Bu durum mahkemelerin iş bölümü sahası ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda son iki yılda uygulamada AHM'lerinin görev ve sorumluluklarında yer alan trafik kazasına bağlı maluliyetin sigorta şirketi ile alacaklı arasındaki hakem rolünün ATM'lerine bırakılmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. İM'lerinin daha çok iş kazalarına ve meslek hastalığına bağlı davalarda rol almaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları için daha çok SGK il müdürlüklerinden görüş istenmesi ve uygulamanın da bu şekilde olmasına bağlanabilir. Çalışmamızda ayrıca mağdurları takip eden avukat veya sigorta danışmanlık hizmetleri veren kurumların öncülüğünde mağdurun Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK)-67/6 ve Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK)-293 maddeleri kapsamında uzman mütalaası alan grup mevcuttur. Bu durum toplumun uzman mütalaasına başvurması ve uzlaşmaya gitme yolları hususunda bilinçlendiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Ayrıca olguların %38,8'inde (n=353) mağdurların sigorta danışmanlık şirketleri (... Sigorta Hasar Danışmanlık Hizmetleri gibi) aracılığıyla gerekli evraklar ile Sigorta Şirketlerine veya Sigorta Tahkim Komisyonu'na başvurmak üzere özel başvuruda bulunarak Anabilim Dalımızdan maluliyet raporu talebinde bulunduğu saptandı. 14.07.2007 tarih ve 26552 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 30. Maddesi kapsamında kurulmuş olan Sigorta Tahkim Komisyonu nedeniyle özel başvuruların bu kadar çok sayıda olduğu düşünüldü. Çünkü Sigorta Tahkim Komisyonu üye sigorta kuruluşları ile sigorta ettiren veya sigortadan

menfaat sağlayan kişiler arasında sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkları, bağımsız sigorta hakemleri aracılığıyla çözmeyi amaçlamaktadır (80). Sigorta kuruluşunun tahkim sistemine üye olması, başvuranın uyuşmazlıkla ilgili olarak sigorta kuruluşuna başvurmuş olması ve sigorta kuruluşunun başvuranın talebini kısmen veya tamamen karşılamayan yazılı bir nihai cevap şartı konulmuştur (80). Ancak Mahkemeye, HMK çerçevesinde tahkime veya Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun hükümleri uyarınca Tüketici Hakem Heyetine intikal etmiş uyuşmazlıklar ile ilgili olarak komisyona başvuru yapılamamaktadır. Komisyona yapılan başvurular ilke olarak dosya üzerinden değerlendirilmektedir (81). Sigorta Tahkim Komisyonunun aslında amacı uyuşmazlıkların daha kısa sürede (Sigorta Tahkim Komisyonunun 2015 yılı Faaliyet Raporu'na göre başvuruların ortalama karara bağlanma süresi 64 gün olarak gerçekleşmiştir (82) ve daha düşük maliyetle (Sigorta Tahkim Komisyonuna yapılan başvuruların ücretleri; uyuşmazlığa konu miktar 0-5.000 TL arasında 50 TL, 5001-15.000 TL arasında 125 TL, 15.001 TL ve üzerinde ise 300 TL olarak belirtilmiştir (83)) çözülmesini sağlayarak mahkemelerin iş yükünü azaltmak, sigorta sektörüne duyulan güveni pekiştirmek ve faaliyet raporlarıyla işleyişteki eksikliklere dikkat çekmek ve yeni düzenlemelere katkı vermektir (84). Bu çerçevede olgular değerlendirildiğinde mağdurların veya yakınlarının hem yasal haklarından bihaber olması, hem avukat vekalet ücreti ödemek istememesi, hem toplumda 'avukatların işlerini yaparken yalan söyledikleri' gibi yanlış algıların olması, hem sigorta danışmanlık hizmetleri sunan şirketlerin mağdurlara kolay ulaşabilmeleri (simsarları aracılığıyla), mağdurlara çeşitli kolaylıklar sağlamaları, cazip teklifler (sonuç alıncaya kadar hiçbir ücret almamak veya ödeme yapıncaya kadar belli miktar para ödemek) gibi nedenlerden dolayı mağdurlar sigorta danışmanlık hizmetlerini tercih edebilmektedir. Bu durumda mağdur olan kişiler sigorta kuruluşları tarafından dava değerinin avukatlık ücret sözleşmesindeki üst sınır olan %25'ten daha fazlasını (%40-50) talep ederek bir kez daha mağdur edebilme ihtimali mağdur açısından dezavantaj olmakla birlikte yasal haklarından sigorta kuruluşları vesilesi ile haberdar olması avantaj olarak değerlendirilebilir. Avantaj ve dezavantajları ile birlikte düşünüldüğünde ilerleyen yıllarda maluliyet tespiti için özel başvuruların daha da artacağı söylenebilir.

Meydana gelen olay türlerine bakıldığında, çalışmamızda en fazla trafik kazası (n=857, %94,4) sonucu rapor başvurusu yapıldığı görülmüş olup bu durum Ertürk ve arkadaşlarının çalışması (%74,3), Eşiyok ve Korkusuz'un çalışması (%96,2), Kaya ve arkadaşlarının (%74) çalışması ve Özbay'ın çalışması (%66,5) ile uyumlu bulunmuştur



(48, 76, 85, 62). Umut ve Okudan'ın çalışmasında da 736 olgunun 518'inin (%73,4) trafik kazası sonucu yaralandığı belirtilmiştir (86). Umut'un bir diğer çalışmasında olguların %56'sının maluliyetinin trafik kazalarına bağlı olduğu saptanmıştır (87). Günümüzde ulaşım amacıyla karayollarının kullanımının yaygınlaşması ve her yıl giderek artan sayıda aracın (TÜİK verilerine göre trafiğe kayıtlı araç sayısının 2016 yılı Mart ayı sonu itibarıyla 20 milyon 252 bin 146'dır (88). Trafiğe çıkması trafik kazalarının da artmasına bu da orantılı olarak maluliyet raporu talep eden mağdurların artmasına yol açacağı düşünülmektedir. 2002-2015 yılları arasında meydana gelen trafik kazalarındaki yaralı sayıları yıllar içinde arttığı izlenmektedir (Bkz. Tablo-1).

Trafik kazaları, tıbbi boyutu kadar, sosyal, ekonomik, hukuki boyutları ile de dikkat çeken önemli bir toplumsal sorundur. DSÖ'nün 2013 raporunda dünyada her yıl yaklaşık 1,25 milyon kişinin trafik kazası sonucu hayatını kaybettiği, 20-50 milyon arasında kişinin de yaralandığı bildirilmektedir. Yaralanmalar sonucu 10 milyondan fazla kişinin de yaşamlarını kalıcı sakatlıklarla sürdürmek zorunda kaldığı bildirilmektedir (15). Ülkemizde ise istatistik kayıtlarına göre meydana gelen trafik kazaları sonucu yaralanan kişi sayısı 2002 yılında 116.412 iken, yıllar içerisinde artış göstererek 2015 yılında 304.421 kişiyi bulduğu görülmüştür (Tablo-1). Yaralı sayılarındaki artışa paralel olarak maluliyet raporlarının önemini de arttırmaktadır. Özellikle 2015 yılının sonlarından itibaren Zorunlu Trafik Sigortasındaki %100'e varabilen fiyat artışları sigorta şirketlerine Zorunlu Trafik Sigortasında belirtilen güvencelerden faydalanmak amacıyla karşı dava açan mağdurların (yaralıların) artışının etkisinin olduğunu düşünmekteyiz.

Meydana gelen olay ile Anabilim Dalımızdan rapor düzenlenmesi için yapılan müracaat tarihleri arasında geçen sürelerin 1-16 yıl arasında değiştiği, olguların %26,1'inin 1 yıl içerisinde başvurduğu saptandı. Kaya ve arkadaşlarının 319 olgu ile yaptıkları çalışmada olguların %15,3'ünün 1 yıl içerisinde başvurduğu belirtilmiştir (76). Eşiyok ve Korkusuz'un çalışmasında ise olguların %28,8'inin ilk 1,5 yıl içerisinde başvurduğu saptanmıştır (48). Anabilim Dalımıza yapılan başvurularda kaza nedeni ile ortaya çıkan yaralanma arasında istisnai durumlar dışında (dalak, safra kesesi alınması, posterior fizyon, amputasyon vs.'den hemen sonra ya da sinir arızalarında olduğu gibi 18 aydan sonra) olayın üzerinden en az 1 yıl geçtikten sonra (yaralanmanın iyileşmesini tamamladıktan sonra) değerlendirilmektedir. Bu durum bu tür muayeneleri talep edenlerce göz önünde bulundurulması rapor alımında aceleci davranılmaması gerektiğinin bilinmesi bakımından

önemlidir. Uygulamada arabulucu ve hakem heyetleri 1 yıllık zaman diliminin dolmuş olması şartı aramaktadırlar. Daha erken sürede verilen raporlar hem hatalı değerlendirmeye hem de itiraza neden olabilmektedir.

Rapor almak için Anabilim Dalımıza başvuran olguların %80,2'sinin (n=728) meslek grubu ilgili yönetmeliğe göre düz işçi olarak değerlendirilmiştir. Bu oran Cantürk (%78,1) ve Kaya'nın (%76,8) çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur (76, 79). Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 14.02.2002 tarihli ve 2002/1844 Karar nolu 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 ayrıca Yargıtay 19. Hukuk Dairesinin 14.10.1993 tarih ve 7605-6582 Karar noluve Yargıtay 19. Hukuk Dairesinin 03.10.1995 tarihli ve 1995/7783 Karar nolu kararlarında "*... ev kadının da aynı şekilde kendi ev işlerini yaparken zorlanacağı düşüncesiyle ve asgari ücret baz alınmak suretiyle*" tazminat isteme hakkının bulunduğu belirtilmiştir (89). Uygulamada, ilgili yönetmelikte meslek grup numaraları bulunmayan ev hanımı, emekli, öğrenci, çiftçi gibi kişilerin maluliyet oranlarının hesaplanmasında Yargıtay İçtihatları göz önünde bulundurulmaktadır. Bunun dışında ilgili yönetmelikte arızanın kişinin mesleğinin C cetvelindeki sürekli iş görmezlik simgesi dikkate alınarak hesaplanan maluliyet oranının, düz işçi olduğu varsayılarak hesaplanan maluliyet oranına göre düşük olduğu takdirde kişinin meslek grubu düz işçi kabul edilerek maluliyet oranı verileceği belirtilmiştir. Yani herhangi bir meslek grubunun maluliyet oranının aynı arızaya sahip olan bir düz işçiden daha düşük olamayacağı düşünce ve kabulünden hareketle bazı meslek grupları düz işçi olarak kabul edilmiştir. Ayrıca yönetmelikte meslek grup numaraları belirtilmeyen meslekler (Demir doğramacı, Kömür paketleyicisi, Kömürcü, Hasta bakıcı, Özel güvenlik görevlisi, Memur, Komiser, Serbest meslek, Meclis Başkanı Danışmanı, Kapıcı, Pazarlamacı, Mermer işçisi, Temizlikçi, Demirci işçisi, PVC işçisi, Oto teypçisi, Kağıt toplayıcısı, Su tesisatçısı, Esnaf, Otomasyon işçisi, Tarım işçisi, Hamal, Oto tamircisi, İnşaat işçisi, Cam balkon işçisi, Elektrik teknisyeni, Hizmetli, Sekreter, Dağıtıcı, Kantarcı, Askeri er, Otelci, İlaç granül operatörü, Öğrenci, Ev hanımı, Emekli, Çiftçi, 18 yaş altındaki ilerde yapacağı iş, makam ve mevkisi bilinmeyen öğrenciler gibi) düz işçi olarak alınmıştır. Bu gibi faktörler olgulardaki düz işçi yüzdesinin (%80,2) yüksek olmasını açıklamaktadır. Ancak cetvelde güncel meslek gruplarına yönelik revizyon gerektirdiğini düşündürmektedir.

Maluliyet oranlarının hesaplanması amacıyla kullanılan ilgili yönetmeliğin ek listelerinde her mesleğin karşılığı olarak meslek grup numarası bulunmamakta olup, bu durumla sıklıkla karşılaşılmaktadır. Böyle bir durumla karşılaşan bilirkişi, çoğu zaman olgunun mesleğine en yakın meslek grubunu seçerek bu sorunu aşmaya çalışmaktadır. Çalışmamızda 126 olgunun ilgili yönetmelikte mesleğinin karşılığının bulunmaması nedeniyle hesaplama yapılırken mesleğine en yakın meslek grubunun seçildiği görülmektedir. Bazen de ek listede kişinin mesleğine yakın bir meslek grubu bulunmaması nedeniyle raporu istenen kişi düz işçi olarak kabul edildiğinden bu durum hesaplamada değişikliğe yol açabilmektedir. Maluliyet tespitinde kullanılan yönetmelikte en son 01.09.2013 tarihinde (Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği) değişiklik yapılmış olmakla birlikte, meslek grup numaraları ile ilgili ek listelerde herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Özellikle değişen çağ, çalışma biçimleri ve gelişen teknolojiye bağlı olarak **yeni meslek gruplarının** (Finans Analistliği, Ekolog, Kriminolog, Ortodontistlik, Fizyoterapist, Evlilik ve Aile Terapistliği, Şehir Planlayıcısı, İnternet Güvenliği, Web Tasarımcısı, Turizm İşletmeciliği, Ergonomi Mühendisliği, Diyetisyenlik, Genetik Mühendisliği, Modacı, Bankacı, Özel Güvenlik Görevlisi vs.) ortaya çıkması, bu mesleklerin birçoğunun ve daha az sayıda bulunan Milletvekili, Müsteşar, Borsacı, Optikçi, Eczacı, Kuyumcu gibi meslek gruplarının bu listelerde yer almaması kişiler adına hak kayıplarına yol açabileceği düşünülmektedir. Ülkemiz koşullarında yapılan mesleklerin ve iş kollarının genel meslek gruplarını da içerecek şekilde güncellenerek ilgili yönetmelikteki meslek grup listelerinin düzenlenmesinin, maluliyet raporlarına olan itirazları azaltacağı, buna bağlı olarak dava sürelerinin uzamasını engelleyeceği ve hak kayıplarını en aza indireceği düşünülmektedir. Ayrıca güncellenecek meslek grup listesinde düz işçinin herhangi bir bilgi, beceri, yetenek gerektiren mesleğe göre arızasının daha yüksek olmaması gerektiği kanaatindeyiz. Yönetmelikte meslek grup numaralarında yapılacak değişikliklerle yanlış değerlendirmelerin azaltılmasında önemli bir faktör olduğunu düşünüyoruz.

Mevcut tüzükte aynı meslek grubunda değerlendirilen meslekler bulunmaktadır. Örneğin; Bilet satan, otelci pansiyoncu, genel ev sermayeleri, ilaç temsilcileri, fotoğrafçılar, yazarlar, gazete muhabirleri, mürekkep yapım işçileri, çocuk bakıcı ve eğiticileri, emanetçiler, ambar ve depo memurları, ebe, hemşire vb., avukatlar, eczacı kalfaları, oto ve bisiklet levazımatı satanlar, müfettişlerin meslek grup numaralarının aynı (23) olduğunu görmekteyiz. Birbiriyle ilgisi bulunmayan bu meslek gruplarının ayrı ayrı

numaralandırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bununla birlikte maluliyet raporu düzenlenirken kişinin beyanına göre meslek grup numarası tespit edilmektedir. Bu nedenle kişinin hangi mesleği yaptığını gösteren belgeyi çalıştığı iş yerinden temin etmek suretiyle dosya içerisinde bilirkişiye sunulması hem davalı (karşı tarafın) itirazlarına mahal vermeyerek dava süresinin uzamasını hem de haksız kazancı engelleyeceği düşünülmektedir.

Kaliforniya bareminde akrobat, hava analizcisi, hayvan bakıcısı, bebek bakıcısı, muhafız, komi, bar güvenlik elemanı, uşak, tereyağı yapıcı, editör, çırçırıcı, asansör muayene ve ayarlayıcısı, finansal planlamacı, oymacı, silah ustası, buz kesici, kapıcı, postacı, oksitleyici, ayak hastalıkları uzmanı, stajyer avukat, muhasebeci, başkan, suflör, mimar, tasnifçi gibi yaklaşık olarak 1700'e yakın meslek tanımlanmıştır. Her bir mesleğin tek tek ayrıntılı bir şekilde çağımıza uygun olarak tanımlandığı ve hangi sektöre ait olduğu da belirtilmiştir. Örneğin; **Başkan** meslek grubunda **tek kişi** olmasına rağmen meslek grup numarası belirtilmiştir. Ülkemizde kullanılan yönetmelikte ise Cumhurbaşkanının, Başbakanın, Bakanların, Milletvekillerinin, Subayların, Teğmenlerin, Onbaşlıların, Yüzbaşlıların, Binbaşlıların, Generallerin, futbolcuların, banka brokurların, atletlerin, hatta erlerin vb. bile meslek grup numarası bulunmamaktadır. Çalışmamızda, kullandığımız yönetmelikte ise az sayıda meslek grubu tanımlandığı, bununla birlikte tanımlanan çoğu meslek gruplarının günümüzde yok olmaya yüz tuttuğu ve çağımızın gerektirdiği birçok meslek grubuna da yer verilmediği anlaşılmıştır. Ayrıca çalışmada meslek grup numarası yönetmelikte tespit edilemeyen kişilerin 'düz işçi' olarak alınmış olması ve düz işçi sayısının 728 (%80,2) olması bu durumu açıklamaktadır.

Çalışmada 908 olgunun 725'inde (%79,8) maluliyet olduğu, 183'ünde (%20,2) maluliyet olmadığı saptandı. Maluliyeti olan olguların 526'sı (%72,6) erkek, 199'u (%27,4) kadındı. Kaya'nın 319 olgu ile yaptığı çalışmasında olguların 218'inde (%68,4) arıza (maluliyet) olduğu belirtilmiştir (76). Buna karşılık Özbay'ın yaptığı çalışmada 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen 21132 raporun incelemesinde 2117 (%10) olguda maluliyetin olduğu, maluliyeti olan olguların %81,5'inin (n=1726) erkek, %18,5'inin (391) kadın olduğu saptanmıştır (62). Çalışmamız maluliyet olup olmadığı açısından Kaya'nınki ile benzer, Özbay'ın çalışması ile farklı bulunmuştur. Bu durum Anabilim Dalımıza gelen olguların Sigorta Danışmanlık Hizmetleri sunan şirketler

tarafından daha çok seçilmiş ve ağır yaralanmalı (%38,8; n=353) olması ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda, trafik kazalarında görülen yaralanmalar içerisinde baş-boyun bölgesi ile birlikte ekstremiteler lezyonlarının en sık görülen yaralanmalar olduğu belirtilmiştir (90, 91). Kafa travmaları araç-ıçi trafik kazalarında önde gelen ölüm sebebidir. Araç-dışı trafik kazalarında ise en sık karşılaşılan ölüm sebepleri, sırası ile kafa, göğüs ve pelvik travmalara bağlı organ hasarları ve kanamalardır (92-94). Çalışmamızda pelvis ve alt ekstremiteler yaralanmaları (n=368, %50,8) maluliyete esas alınan arızalar arasında ilk sırada yer almaktadır. Bu durum Birgen (8), Eşiyok (48), Kaya'nın (76) ve Özbay'ın (73) çalışmaları ile uyumludur. Eşiyok ve arkadaşlarının trafik kazaları sonucu yaralanan 563 olgu ile yaptığı çalışmada %62,9'unun etkilenen vücut bölgesinin alt ekstremiteler olduğu belirtilmiştir (74). Bu durum olay türleri içerisinde en sık trafik kazalarının bulunması, trafik kazalarında da ekstremiteler yaralanmalarının sık görülmesiyle ilişkilendirilebilir.

Çalışmada maluliyeti olan 725 (%79,8) olguda toplam 853 arıza saptandı. Olguların 141'inde (%19,4) birden fazla arıza mevcut idi. Kaya'nın çalışmasında arıza saptanan 218 olguda toplam 367 arıza saptanmıştır (76). Özbay'ın çalışmasında ise birden fazla bölgenin etkilendiği olguların oranı %9,4 olarak belirtilmiştir (73). Bu tür birden fazla arızası olan olgularda maluliyet oranı ilgili yönetmeliğin Madde 24'te tanımlanan Balthazard formülüne ( $Oran = a + (bx(100-a/100)) + (cx(100-a-b/100)) + \dots$ ) göre hesaplanmaktadır.

Çalışmada olguların 616'sının (%67,8) olay nedeniyle ameliyat olduğu, 292'sinin (%32,2) ameliyat olmadığı saptandı. Ameliyat olmanın malul olma durumu ile korrelasyon gösterdiği saptandı. Ancak ameliyat sayısının maluliyet oluşturma ile korrelasyon göstermediği görüldü. Kişinin yaralanma nedeniyle geçirdiği ameliyat sayılarının iyileşme süresinin belirlenmesinde göz önüne alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Literatüre baktığımızda çalışmamız ameliyat olmanın maluliyet oluşturma ile ilgili olarak bir ilk özelliği taşımaktadır.

Ayrıca ilgili yönetmelikte E cetveline göz attığımızda; D cetveline göre (38-39 yaşlarındaki meslekte kazanma gücünün azalma oranının) saptanan oranın 21 yaşa doğru azaldığını, 64 yaşa doğru ise arttığını görmekteyiz. Bu uygulamanın, kişinin yaşının artması (yaşlanması) ile birlikte beden fonksiyonlarının azalacağı ve aktif çalışma

döneminde veya günlük olağan işlerini yapmada daha fazla zorlanacağı yönündeki kabul ile bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca gençlerin sakatlığa daha kolay adapte olması, ilerleyen yaşlarda maluliyet oranının artmasının nedenini açıklamaktadır.

Çalışmada maluliyeti olan olguların (n=725) 20'sinde (%2,7) %100 maluliyet olduğu ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç olduğu görüldü. Arızaların tamamının Liste 1 ve 10'daki (Baş arızaları ve Omurga arızaları) arızalardan kaynaklandığı görüldü. Kaya'nın çalışmasında 218 olgunun 18'inde (%8,2) %100 maluliyet olduğu ve arızaların 16'sinin 1. Listedeki Baş Arızalarından, bir olguda Omurga Arızalarından ve bir olguda Poliarteritis Nodosa'dan kaynaklandığı gösterilmiştir (76). Buna karşılık Özbay'ın çalışmasında ise olguların %14,3'ünün (n=303) ise tam malul (oran %60-100 arasında) olduğu, tam malul olguların 20'sinin (%0,9) sürekli bir başkasının bakımına muhtaç bulunduğu saptanmıştır (73). Çalışmada %100 maluliyeti olan olgular ömür boyu bakıma muhtaç olması ve bu durumun bakıcı giderlerine olan etkisi açısından önemlidir. Çünkü resmi istem makamları tarafından kişilerin maluliyet oranları dışında iyileşme süresi, karşılanmayan tedavi giderleri, bakıcı ihtiyacı olup olmadığı, bakıcı ihtiyacı varsa ne kadar süre ihtiyacı olacağı ve bakıcı giderleri hususlarında da rapor tanzimi istenilmektedir. Çalışmada Anabilim Dalımız tarafından düzenlenen raporlarda ayrıca "mevcut arızasının iyileşme süresinin (...) ayı/günü bulacağını bu süre zarfında kişinin herhangi bir gelir getirecek işte çalışamayacağını, bu sürenin **geçici iş görmezlik süresi** olarak değerlendirilmesi gerektiğini, şahsın bu süre içerisinde **bir başkasının bakımına ihtiyaç duyacağını** ve bu sürede %100 malul sayılacağını" şeklinde rapor edildiği saptandı. İyileşme süresi 2 noktadan önemlidir; 1- Olay tarihi dikkate alındığında kişinin iyileşme süresi boyunca olay tarihinden itibaren o yılın 1. ve 2. döneminde brüt asgari ücret miktarı esas alınarak bakıcı giderleri hesaplanmaktadır, 2- Kişinin iyileşme süresi boyunca %100 malul (aktüerya hesabı için) olacaktır. Bu durum T.C. Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 27.05.2014 tarih ve 8448 nolu kararında "**iyileşme süresince zarar sorumlularından bakıcı gideri isteyebileceği kabul edilerek buna göre karar verilmesi gerektiği**" şeklinde izah edilmiştir. %100 malul olan kişilerin bakıcı giderlerinin hesaplanmasının ise nasıl yapılacağı ile ilgili izlenecek yol her ne kadar belirtilmemiş olsa da ortalama bakiye ömrü dikkate alınarak brüt asgari ücret üzerinden hesaplanması gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca ilgili yönetmelikte tazminata esas oluşturacak diğer hususlara da (bakıcı giderleri, kaçınılmaz tedavi giderleri gibi) yer verilerek standardize edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

%100 maluliyeti olan olguların dışındaki 888 olgunun iyileşme sürelerinin 15 gün - 36 ay arasında değiştiği görüldü. Her ne kadar ATK iyileşme sürelerini Ek-3'teki gibi standardize etmişse de iyileşmenin kişiden kişiye farklılıklar gösterebileceği, oluşan komplikasyonlar nedeniyle birden fazla ameliyat gerektirebileceğini, her bir ameliyatın iyileşme süresini uzatabileceğini, iyileşme süresi hesaplanırken bu faktörlerin dikkate alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

İtiraza neden olan bir diğer önemli nokta, tıbbi lezyonların zaman içinde azalma veya artma göstermesi nedeniyle, meslekte kazanma gücü azalma oranında değişikliğe neden olmasıdır. Sonuçta iyileşme süreci tamamlanmadan düzenlenen raporlar ile daha sonra düzenlenen raporlar arasında da sıklıkla oran farklılıkları oluşabilmektedir. Bu durumlar, farklı bilirkişiler tarafından farklı oranlar içeren raporların çıkmasına neden olmaktadır. Mevcut tıbbi durumun tedavi/rehabilitasyonla değişebileceği durumlar söz konusu ise bilirkişilerin düzenledikleri raporlarda bu durumu belirtmeleri, oranın değişme ihtimalinin hâkime bildirilmesi, Borçlar Kanunu Madde 75'e göre hakimin tazminat hükmünün değiştirme yetkisinin saklı kalması yönünde karar vermesine neden olabilir (68). Bu anlamda, bedensel zararlardaki varsa değişiklik olasılığının raporlanmamasının bilirkişinin sorumluluğunu ortaya çıkaracağı unutulmamalıdır. Çalışmamızda bazı olgularda iyileşme süresi dolmadan yazılan raporlarda varsa arızasının maluliyet hesaplaması yapılarak "hali hazırda" ibaresi ile oran belirtilmiş olduğu ve kişinin olay tarihinden itibaren yetişkin ve çocuklarda (0-6 yaş, 7-16 yaş) fizyolojik kemik kırık iyileşme süreleri (Bkz. Ek-3) dikkate alınarak belli bir zaman sonra veya kişi tedavi edildiğinde, ameliyat olduğunda muayene edilmesi gerektiği şeklinde düzenlenmiş olduğu saptanmıştır.

Maluliyeti olan 725 olguda saptanan 853 arızanın 201'inde (%23,5) ilgili yönetmelikte kişinin hesaplanan maluliyet oranı takdiren Tablo-21'de gösterilen oranlarda azaltıldı. Kaya'nın çalışmasında maluliyeti hesaplanan 218 olgunun 78'inde (%35,8) arızanın karşılığı bulunmadığından arızasına en yakın arıza seçildiği, 15'inde (%6,8) ise maluliyet oranında takdiren bir oran saptandığı belirtilmiştir (76). Meslekte kazanma gücü azalma oranı hesaplamalarında itiraza konu olan başlıklar arasında mağdurda meydana gelen ve fonksiyonel veya anatomik kayba neden olan arızanın ilgili yönetmelikte aynen yer almaması nedeniyle şahsın arızasına en yakın arıza çeşidinin seçilmesi ya da ilgili

yönetmelikte belirtilen fonksiyon kaybı düzeyinde bir kayıp olmaması nedeniyle D cetveline göre saptanan oranda **takdir hakkının** kullanılarak değişiklik yapılması yer almaktadır. **Tıbbi kıyas metodu** olarak değerlendirilen bu durum yani yönetmelikte var olan bir hükmün ya da hükmün içerisinde var olan bir ilkenin hakkında hiçbir hüküm olmayan benzer bir olaya uygulanması durumu, hem değişik şekillerde beden fonksiyonlarını kaybetmiş kişilerin mağdur olmalarını engelleyecek, hem de binlerce bedensel arıza içinden ilgili yönetmeliğe yansıtılabilenler dışında olanların yarattığı kayıpların belirlenmesine yardımcı olacaktır. Elbette ki, burada da en son takdir hakkı hakimdedir. Sonuçta, bilirkişilerin raporlarında yer alan takdiri değerlendirmelerinin bilimsel ve tıbbi gerekçelerini ve dayanaklarını uygun şekilde belirtmelerinin itirazları azaltacağı düşünülmektedir. Ayrıca her ne kadar Ceza Muhakemesi Kanunu ve Hukuk Muhakemesi Kanunu (95) ile bilirkişinin belirlenmesinden görevlendirilmesine, yükümlülüklerinden yetkilerine, hatta gider ve ücretine kadar birçok yön açıklanmışsa da takdir yetkisinden açıkça bahsedilmemektedir. Bu durum, özellikle maluliyet raporlarının hazırlanmasında önemli bir açığı kapatan takdir hakkının kullanımı konusunda bilirkişilerin tereddütte kalmasına ve takdir kullanımına bağlı subjektiviteye ve maluliyet oranlarının farklı çıkmasına neden olarak itirazlara yol açmaktadır. Tablo-10'da el kavrama gücünün kısmi kaybı dağılımında fonksiyondaki kayıp yüzdesine göre uygulanacak fraksiyonlar belirtilmiş olup yönetmeliğimizde de gerekli arızalarda buna benzer bir tablo hazırlanması gerektiği kanaatindeyiz. Ayrıca amputasyonlarla ilgili olarak vücut diyagramlarında amputasyon seviyeleri gösterilerek amputasyon seviyesine göre arızanın ağırlık ölçüsünün belirlenmesinin daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

İlgili yönetmelikte Madde 22'de "Sigortalının yaşına göre meslekte kazanma gücü azalma oranı tespitinde; sürekli iş göremezlik hâlinin olduğu **ilk rapor tarihindeki yaş esas alınır**" ibaresi aynı yaştaki ve meslek grubundaki farklı kişilere düzenlenen raporlardaki maluliyet oranlarında farklılıkların oluşmasına neden olup yine itiraza neden olabilmektedir. Bu uygulama bilirkişiler arasında ihtilafa ve üniversiteden üniversiteye göre farklı uygulamalara neden olmuştur. Bazı bilirkişilerin maluliyeti **kişinin olay tarihindeki yaşına** göre hesapladığını görmekteyiz. Çalışmamızda düzenlenen raporların tamamında kişilerin olay tarihindeki yaşı dikkate alınmıştır. Örneğin; kişinin adına davanın geç açılması, dava sürecinin yavaş ilerlemesi gibi nedenlerden dolayı olay tarihinden 1 yıl sonra, 5 yıl sonra veya 10 yıl sonra düzenlenen raporlarda doğal olarak yaşı da farklı olacaktır ve 21 yaşın altındaki ve 64 yaşın üzerindeki hariç yaşı artacağından maluliyet



oranı da artacaktır. Bu nedenle maluliyet raporları düzenlenirken kişi iyileşme süresinde zaten %100 malül kabul edildiğinden kişide meydana gelen yaralanmanın iyileşme süresinin tamamlandığı tarihteki yaşına göre hesaplanmasının daha doğru bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir.

Maluliyet raporu düzenlerken karşılaşılan sorunlardan biri de kişiye ait tıbbi belgelerin ve radyolojik inceleme sonuçlarının dosyada eksik olmasıdır. Böyle bir durumda gerekli tıbbi evrakların temini hususunda mahkemeye ön rapor yazıldığında dava sürecinin yavaşlamasına ve uzamasına neden olmaktadır. Çalışmamızda eksik tıbbi belgelerin edinilmesi açısından kişilerin kendilerinden tedavi oldukları hastaneden epikrizleri, genel adli muayene raporunu, radyolojik görüntülemeleri (sıklıkla CD içerisinde) vb. belgeleri getirmeleri istenildiği görülmüş olup böylelikle davanın daha kısa sürede sonuçlanmasına katkı sağlanıldığı düşünülmektedir. Ancak bazen olay tarihine ait belgeler ve grafler meydana gelen yaralanmanın tamamını kapsamamaktadır. Kişinin tarafımızca muayenesi esnasında beyanları ile olay tarihinde kayıt altına alınmış belgeler uyuşmamaktadır. Bu da maluliyet hesaplamasında bilirkişiyi zor duruma sokmaktadır. Birkaç örnekle açıklamak gerekirse;

- Trafik kazası sonucu beyin kanaması ve **vertebra korpus kırığı** gelişen 55-60 yaşlarındaki bir kişinin ilk müdahalesi ilk olarak hayati önem arz eden beyin kanamasına yönelik olmakta ve bilinci de kapalıysa vertebra kırığı (herhangi bir radyolojik görüntüleme de yapılmadan) atlanabilmektedir. Olaydan 1 yıl sonra trafik kazası nedeni ile omurgasında kırık geliştiğini beyan ettiğinde tabii ki bu vertebra kırığının olay nedeni ile mi, olaydan daha önce mi ya da osteoporoz (kemik erimesine) bağlı kompresyon kırığı mı sorusunu cevaplandırmak kolay olmamaktadır. Bu nedenle kazazedelerin ilk müdahalesini yapan hekimlerin sadece hastanın tedavi boyutunu değil, aynı zamanda olayın hukuki boyutunu da düşünerek her türlü muayene bulgusunu kayıt altına alması ve görüntüleme tetkiklerini yapmaktan kaçınmaması gerektiğini düşünmekteyiz.
- Yaralama olayı sonucu yaralanan bir kişide gelişen burun kırığı sonucu olaydan 1 yıl sonra saptanan septum deviasyonunun olay ile illiyet bağımlı kurmak zordur. Çünkü septum deviasyonu yapısal olarak, doğumda bebeğin doğum kanalından geçişi sırasında oluşan travma sonucu, veya olay öncesi olaya bağlı olmayan herhangi bir travma nedeni ile hatta genetik olarak da bazı insanlarda erişkin çağda belirginleşen burun şekil farklılıkları gibi nedenlerle oluşabilmektedir (96). Toplumda septal

deviasyon görülme sıklığı literatür bilgilerine göre 18.8% ile 75.1% arasındadır (97). Böyle bir olguda maluliyet olup olmadığına karar vermek, olay ile deviasyon arasında illiyet kurmak bilirkişi açısından zordur. Çalışmamızda olguların 3'ünde tıbbi belgelerde yüz veya burun bölgesine herhangi bir travma kaydı olmadığından, olay ile illiyet bağı kurulamayarak maluliyet olmadığına karar verilmiştir.

- Kafa travması sonucu nöbet geçirme ihtimaline karşı antiepileptik tedavi verilen kişilerin epilepsi hastası olduklarını beyanları karşısında Nöroloji uzmanından görüş alınarak kişide epilepsi olup olmadığını araştırmak gerekmektedir. Tabii ki kişide epilepsi olup olmadığı açısından EEG (Elektroensefalografi) çekilmesi, kullandığı antiepileptik ilacın kan düzeyine bakılması, kişinin kliniğe yatırılıp antiepileptik ilacın kesilerek nöbet geçirip geçirmeme konusunda belli bir süre (ortalama 2 hafta) takip edilmesi, alınan anamnezin nöbet tarifine uyup uymaması gibi hususlar dikkate alınsa da varılan sonuç "epilepsinin klinik bir tanı olduğu, epilepsi tanısı için herhangi spesifik bir tetkik olmadığı" şeklinde olmaktadır. Kaldı ki bazı hastaların epilepsi hastalığı hakkında internet aracılığı ile bilgi edinerek simülasyon (temaruz) veya sürsimülasyon (var olan belirtileri abartma) girişiminde bulunabilmektedir. Önceden var olan epilepsi hastalığı olay ile ilişkilendirilmeye (illiyete) neden olabilmektedir. Bu durum kişide epilepsi olup olmadığının tespiti açısından yine bilirkişiyi müşkil duruma sokmaktadır.

### **SGK yönetmeliğinde sık karşılaşılan sorunlar:**

Maluliyet hesaplamasında Adli Tıp uygulamalarına baktığımızda "Aynı Bölgede meydana gelen birden fazla arızadan en yüksek olanı üzerinden hesaplama yapılır" şeklinde genel-geçer kural vardır. Bununla birlikte '**aynı bölge**' tanımı, kapsamı ve nasıl uygulanacağı ile ilgili literatürde ve yönetmelikte bu durumla ilgili herhangi bir tanımlama bulunmamaktadır. Sadece ilgili yönetmeliğin 24/e maddesinde 'Ancak, 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 haklarında bu madde hükümlerine göre işlem yapılmaz' şeklinde bir açıklama olduğunu görmekteyiz. Ancak yeterince açık değildir. 'Aynı bölgede aynı yaralanmaya bağlı birden fazla arıza varsa bunlardan en yüksek orana sahip olan alınır' olarak anlaşılmaktadır. Örneğin; femur kırığına bağlı hem kısalık, hem atrofi hem de psödoartroz varsa bunlardan yüksek olan psödoartroz arızası alınarak maluliyet oranı hesaplanmaktadır. Atrofi ve kısalık arızaları

hesaplanmaya dahil edilmemektedir. Bir başka örnekte; kişide meydana gelen sağ humerus distal kırığı ve sağ radius distal kırığına bağlı olarak gelişmiş olan EMG ile tespit edilmiş radial sinir hasarı ve el bileğindeki hareket kısıtlılık arızalarında da aynı şekilde maluliyet hesaplamasında oranı yüksek olan mı esas alınacak, yoksa her ikisi de hesaplama dahil edilecek mi? Bir başka örnekte; kişide meydana gelen kafa travması, beyin kanaması, kafa kubbe kemiği kırığına bağlı kraniektomi ve epilepsi arızalarında maluliyet hesaplamasında her ikisi de 1. Listedeki Baş Arızalarında olduğundan sadece oranı yüksek olan mı değerlendirmeye alınacak? Bir başka örnekte; kişide meydana gelen pelvis kırığı ve tibia distal uç kırığına bağlı gelişen pelvis deformitesi ve ayak bileğindeki hareket kısıtlılığı arızalarında (her iki arızada 12. Listedeki Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızalarında yer almakta) hesaplama nasıl yapılacak? Aynı bölge ile ilgili yönetmeliğin A cetvelinde belirtilen 14 Listenin her biri aynı zamanda bölge olarak mı tanımlanmış tam olarak anlaşılabilir değildir. Çalışmada bazı olgularımızda 'aynı bölge' arızaları ile ilgili maluliyet hesaplamasında örneklerde de görüldüğü gibi zorluklarla karşılaşmıştır. Bu nedenle 'aynı bölge' teriminin bilirkişiler arasında farklı uygulamaları ve subjektif yaklaşımları ortadan kaldıracak şekilde bir uygulama alanının ve şeklinin tanımlanması gerektiği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelikte böyle bir sınıflandırma ve uygulama bulunmamaktadır.

Çalışmada maluliyet hesaplamasında kullanılan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinde (Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği) meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespit cetvelleri Ek-3'te arıza ağırlık ölçüsünü gösteren arızalar ile ilgili karşılaşılan sorunlar;

- Çalışmada 58 olguda Psikiyatri uzmanlarından görüş alınarak yapılan muayenelerinde Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) tespit edilmiş olup yönetmelikte bu arızaya yer verilmediği görülmüştür. Tarafımızca PTSB arıza olarak değerlendirilerek 1. Liste Baş Arızalarındaki 'Nevrotik bozukluk, kişilik bozuklukları ve başka psikotik olmayan ruhsal bozukluklar' sınıfında 'Nevrotik bozukluklar' alt sınıfının 'Tedavi ile çalışma olanağı veren' arızası derecesine göre **takdiren** 1/3-1/5 arasında alınarak maluliyet hesaplaması yapıldığı görüldü.
- Yönetmelikte 1. Liste Baş Arızalarında 'Travma veya travma dışı cinsel sapma ve bozukluklar' arızasının öncelikle 'Cinsel işlev bozuklukları' ile karıştırmamak gerekir. Cinsel sapma ve bozuklukların etyolojisine baktığımızda 3-5 yaş çocukluk

dönemindeki ağır cinsel travmalar ile ilişkili olabildiğini görmekteyiz. Bu bakımdan bu arızanın kafa travması ve benzeri bir olayla illiyet bağının kurulabilmesi ve Adli Tıbbi pratik uygulamasının çok zor olduğu düşünülmüştür.

- Yönetmelikte 2. Liste Göz Arızalarındaki 'Bir gözün hareketsizliğine ve çift görmesine neden olan göz kaslarının sekel halindeki paralizisi' arızasının arıza ağırlık ölçüsü 41 olarak belirlenmiştir. Ancak bilindiği üzere göz kasları N. Oculomotorius, Nervus Trochlearis ve Nervus Abducens olmak üzere 3 adet kranial sinir tarafından inerve edilmektedir ve 6 adet kas grubu bulunmaktadır. Olgularımızdan birinde N. abducens tarafından inerve edilen Musculus Rektus Lateralisin izole paralizisi saptandı. Tarafımızca **takdire**n arıza ağırlık ölçüsünün 1/6'sı (göz kasları 6 adet olduğundan) alınarak maluliyet hesaplaması yapıldığı görüldü.
- 4. Liste Yüz Arızalarında 'Periferik fasyal sinir paralizisi' arızasının arıza ağırlık ölçüsü 10 olarak belirlenmiştir. Çalışmada bir olguda maksillofasyal travmaya bağlı **N. maksillaris hasarı** tespit edilmiş olup 'Periferik fasyal sinir paralizisi' arızası eşdeğeri olarak maluliyet oranı hesaplandı. Ayrıca 'Koklama ve tatma duygularının azalması (hiposmi)' arızasının da arıza ağırlık ölçüsü 10 olarak belirlenmiştir. Ancak anosmi (koku alma duyusu kaybı) veya kakosmi (kokuyu sürekli kötü koku şeklinde algılama) gibi koku alma bozuklukları tanımlanmamıştır. Çalışmada bir olguda kafa travmasına bağlı olfaktor spektrogram ile **kakosmi** saptanmış olup 'Koklama ve tatma duygularının azalması (hiposmi)' arızasından maluliyet hesaplaması yapılmıştır.
- Yine 4. Liste Yüz Arızalarında '**Septum deviasyonu**' arızasının arıza ağırlık ölçüsü 0 olarak belirlenmiştir. Çalışmada 5 olguda septum deviasyonu saptanmış olup tarafımızca septum deviasyonunun kişinin mesleğini icra ederken veya günlük işlerini yapmasında herhangi bir zorluğa neden olmayacağı, olayla illiyetinin de kurulamadığından maluliyet teşkil etmemesi gerektiği düşünülmüştür.
- 7. Liste Omuz ve Kol Arızalarına baktığımızda çalışmada 7 olguda saptanan omuz eklemi hareket kısıtlılığı, humerus angulasyonu, omuz çıkığı, omuz protezi gibi arızaların tanımlanmadığı ancak benzer arızaların alt ekstremitelerde yer aldığı görülmekte olup bu arızalar baz alınarak hesaplama yapılmıştır.
- Yönetmeliği incelediğimizde humerus, radius, ulna, femur, tibia gibi uzun kemiklerin kırıklarına bağlı gelişen yalancı eklemlerin (psödoartroz) arıza olarak belirlendiği görülmektedir. Bu psödoartrozlara yönelik uygulanan cerrahi müdahalede kırık

cerrahi müdahale ile tespit edilmekte ve arıza tamamen ortadan kalkabilmektedir. Çalışmada bazı olguların son durum muayenesinde Ortopedi Uzmanlarının '**kırığın plak ve vidalar ile tespit edildiği, kırığın kaynamadığı, psödoartroz olmadığı**' şeklinde değerlendirdiği görülmüştür. Maluliyet hesabında bu durum bilirkişide tereddüte neden olabilmektedir. Bu nedenle yönetmelikte belirtilen arızaların açık bir dilde, sade, anlaşılır, farklı yorumlamalara izin vermeyecek şekilde revize edilmesi gerektiği düşünülmüştür.

- Yönetmelikte sinirlerde meydana gelen yaralanmalara bağlı arıza ağırlık ölçüsü belli oranlarda belirlenmiştir. Çalışmada 43 olguda sinir hasarı saptanmış olup bunların 10'unda sinirdeki hasar oranına göre takdiren azaltma uygulanmıştır. Yönetmelikte sinirdeki hasar oranına göre ne kadar azaltılacağına yer verilmediği görülmüştür.
- 8. Liste El Bileği ve El Arızalarında 'Naviküler psödoartrozu veya os lunatum nekrozu (Kienböck)' arızasında Naviküler kemiğin orta ayak kemiklerinden olduğu bilinmekle muhtemelen yanlışlıkla El Bileği ve El Arızalarına dahil edilmiş olduğu düşünüldükçe çalışmada bir olguda skafoid kemik psödoartrozunun maluliyet hesabı bu arızadan yapıldığı görüldü.
- 11. Liste Karın Hastalıkları ve Arızalarında 'Penis Yokluğu' arızasının arıza ağırlık ölçüsü 19, 'Tek taraflı testis yokluğu' arızasının arıza ağırlık ölçüsü 1, 'İki taraflı testis yokluğu' arızasının arıza ağırlık ölçüsü 41 olarak belirlenmiş olup özellikle genç yaşta çocuğu olmayan bir erkek birey açısından bu arızaların arıza ağırlık ölçülerinin daha yüksek olması gerektiği düşünülmüştür.
- 12. Liste Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızalarına baktığımızda 'Talus ve kalkaneus kırıkları', 'Diz kapağının fonksiyon bozukluğu yapmamış, iyileşmiş kırıkları' ve 'Tibianın, fibulanın veya krurisin iyileşmiş, komplikasyonsuz kırıkları' arızaları (aslında arıza gibi tarif edilmeyen) maluliyete neden olmasının tıbbi, hukuki veya mantıksal yönü bulunmamaktadır. Örneğin; femur kırığı gibi daha ciddi bir yaralanmanın maluliyete neden olmadığı düşünüldüğünde bu arızalarında yönetmelikten çıkarılması gerektiği düşünülmüştür. Çalışmada 908 olgunun 160'ında (%17,6) tibia kırığı yaralanması olup 60 (%6,6) olguda kırığın komplikasyonsuz iyileşmesinden dolayı maluliyet hesabı 'Tibianın, fibulanın veya krurisin iyileşmiş, komplikasyonsuz kırıkları' arızası üzerinden yapılmış olduğu görüldü. Geri kalan 100 olgu kırıkla birlikte olan komplikasyonlarından değerlendirilmişti.
- Safra kesesi yokluğu (%1), penis yokluğu (%19), splenektomi (%15) gibi arızalarda

organ kaybı söz konusu olmasına rağmen arıza ağırlık ölçülerinin orantısız olduğu görülmüştür. Ayrıca testis yokluğu ve rahmin alınması arızalarında psikiyatrik açıdan da değerlendirmek gerektiğini düşünmekteyiz. Çünkü özellikle kadınların histerektomi ameliyatı sonrası 'kadınlığını kaybettiğini' düşünmektedir.

- Bir diğer sorun işlevsellik değerlendirilmesinde; sosyal ve mesleki işlevselliktir. Bu işlevselliği kim tayin edecek, kronik ağrı, uykusuzluk, Post-travmatik Stres Bozukluğu gibi subjektif şikayetlerde işlevsellik nasıl tayin edilecektir? DSM V'te işlevsellik değerlendirilmesi yapılmakta ama bu değerlendirilmede hasta gözlem altına alınmaktadır. Örneğin; kişi skapula kırığından opere edildikten sonra ağrı ve hareket kısıtlılığı tarif ediyor. Hareket kısıtlılığı değerlendirmeyi yapan bireyler arasında farklılık gösterse bile bir şekilde tespit edilebilir ancak elimizde bir ağrıölçer yoktur. Yine işlevsellikte birey simülasyon veya sürsimülasyon yapabilir, bu durum aynı şekilde hekimin algı durumuna göre değişebilir. ABD'de özel sigorta sistemlerinin kendilerine has 1 yıl veya duruma göre 2 yıl hasta takip sistemleri mevcuttur. Hatta gerekirse dedektif tuttukları bilinmektedir (98). İşlevselliğin değerlendirilmesi ile ilgili olarak kişileri denetleyecek bir sistem aracılığıyla mağdurların belli bir süre (örneğin; 6 ay) izleminden sonra mağdurun giyinme, yürüme, konuşma gibi gündelik işlerinden neleri yapabildiği veya yapamadığı hususlarında ayrıntılı kanaat raporu sunabileceği bir denetim sistemi oluşturulmasını önermekteyiz.
- Kişilerin sıklıkla daha öncesinde var olan kronik hastalıklarını veya sakatlıklarını yaralanma ile ilişkilendirme çabası en sık karşılaşılan durumlardandır. Bu durumlar hekim tarafından yanlış atfetme ile hatalı rapor çıkmasına neden olabilmektedir. Ulusal Özürlülük Sisteminin kurulmasının bu tür hataları gidereceğini düşünmekteyiz. Ayrıca Ulusal Özürlülük Sistemi geliştirilerek sağlık veritabanı sisteminde yapılacak tetkiklere süre sınırlaması getirilip (klinikte yatırılarak takip edilen hastalar hariç) gereksiz tetkik yapılmasını engelleyerek ülke ekonomisine de katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Aslında ülkemizde 2013 yılı itibarıyla E-Maluliyet projesi adı altında SGK'da hizmetlerin internet/elektronik ortamında sağlanması ve yürütülmesine yönelik yeni bir çalışma yürütülmektedir. Projenin hayata geçirilmesiyle sigortalıların ve hak sahiplerinin maluliyet-iş kazası ve meslek hastalığı sonrası maluliyet tespit işlemlerinin kısa sürede sonuçlandırılması amaçlanmaktadır. Maluliyet kayıt ve takibinin yapılması, sonuçların ve istatistiki bilgilerin, maluliyet kararlarına ilişkin kriterleri gösterir tüm bilgilerin tek veri

tabanından izlenebilmesi hedefler arasındadır. Böylece SGK müdürlük, işyeri, sigortalı ile hak sahiplerine yönelik uygulamalarını görecektir, eksikliklerini tespit edebilmesine olanak sağlayacaktır. Proje doğrultusunda sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen maluliyet tespitine ilişkin sağlık kurulu raporlarının e-maluliyet sistemi üzerinden on-line olarak Medula sistemi ile görüntülenmesi çalışmaları devam etmekte olduğunu biliyoruz. Test çalışmaları tamamlanan E-Maluliyet yazılımı ile ilgili Eskişehir, Afyonkarahisar, Bilecik ve Kütahya'da pilot bölge çalışmalarına geçilmiştir (99). Umarız bu proje yukarıda bahsettiğimiz sorunların en azından bir kısmına çözüm olur.

- Arızalar ile ilgili bir diğer problem, ilerde tedavi ile ya da cerrahi müdahale ile düzelebilecek durumların değerlendirilmesinde ne kadar süre bekleneceğidir. Örneğin; Psödoartroz, batına gömülen kraniektomi materyali, osteomyelit...
- Yönetmelikte işlevsel bozukluk yapabilecek tanılara hiç yer verilmediğini görmekteyiz. Örneğin; doğurganlık çağında bir kadındaki yağ nekrozu veya meme başı amputasyonu olması.
- 14. Liste Deri Arızaları ve Yanıklarda 'Vücut yüzeyinin %10'unu kaplayan ve plastik ameliyatla giderilemeyen keloid ve hipertrofik skarlar' arızasının arıza ağırlık ölçüsü-7; 'Vücut yüzeyinin %50'sini kaplayanlar' arıza ağırlık ölçüsü-10; 'Vücut yüzeyinin %50'den fazlasını kaplayanlar' arıza ağırlık ölçüsü-13 olarak belirtildiği görülmekle arıza ile arıza ağırlık ölçüsü arasında orantısızlık olduğunu düşünmekteyiz.
- 12. Liste Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızalarında tibia ve fibulanın angulasyonu arızasına yer verildiği görülmekle femur angulasyonu arızasından bahsedilmediğini görmekteyiz.

Yukarıdaki verilerden anlaşılacağı üzere aslında birçok mağdurun mağduriyetini yasal güvence altına alan bu yönetmeliğin daha özenli bir şekilde güncellenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Mağdurlarda olay sonucu gelişen yaralanma nedeniyle geçirilen ameliyat sonrasında gelişen komplikasyona bağlı arızaların maluliyet hesaplamasına dahil edilip edilmemesi gerektiği ile ilgili herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Örneğin; maksillofasyal yaralanmasına bağlı opere edilen bir kişide operasyon sırasında meydana gelen periferik

fasyal paralizi arızası maluliyet hesabına dahil edilip edilmeyeceği ile ilgili literatür bulunmamaktadır.

Maluliyet tespitinde kullanılan ve son olarak 03.08.2013 tarihinde güncellenen Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği aslında iş kazaları ve meslek hastalıkları için hazırlanmıştır. Ancak diğer olay türlerinde (KDAY, Ateşli silah yaralanması, yüksekten düşme gibi) maluliyet hesaplanmasına esas oluşturacak hali hazırda başka bir yönetmelik bulunmadığından bu olaylar neticesinde meydana gelen yaralamalarda da maluliyet hesabının Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği'ne göre yapıldığını görmekteyiz.

AHM, ATM ve İM gibi resmi makamlardan gelen dosyalarda trafik kazası sonucu yaralanan kişiler de dahil tüm olgularımızdan 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ve 03.08.2013 tarih ve 28727 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre maluliyet oran tespitinin yapılmasının istenildiği görüldü. Ancak 14.05.2015 tarih ve 29355 sayılı Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'na göre 'sürekli sakatlık tazminatına ilişkin sakatlık oranının belirlenmesinde, 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Resmi Gazete'de Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporlarına İlişkin Mevzuat doğrultusunda hazırlanacak sağlık kurulu raporu dikkate alınmaktadır' şeklinde ifadeye yer verilmiştir. Bunun yanı sıra Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına göre 26.04.2016 tarihinden sonra meydana gelen trafik kazalarında Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Raporları Hakkında Yönetmeliğe göre kişinin özür oranı tespit edilecektir. Ancak bu tarihten sonraki trafik kazalarında yaralanan kişilerin özür oranlarının tespiti ile ilgili kişinin başına gelen olay sonucu gelişen yaralanması ile özür oranı arasında illiyet bağı kurulması, sağlık kurulu raporu veren sağlık kuruluşlarının iş yükünün daha da artması ya da bu yönetmelikte arıza olmadan da özür çıkması gibi daha farklı sorunların ortaya çıkacağı öngörülmektedir.

Bununla birlikte Özürlülük Ölçütü Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporlarına İlişkin Mevzuat doğrultusunda hazırlanan Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarında kişinin özür oranı belirlenirken olayla (örneğin; trafik kazası) ilgili olarak meydana gelen yaralanmalar değil de kişi bir bütün olarak değerlendirilip tüm tıbbi ve kalıcı bozukluklar dikkate alınmaktadır. Bu da tazminat hesaplamalarında karışıklığa



neden olabilmektedir. Bu nedenle en azından kişideki sadece olay ile illiyet bağı bulunan arızaların özür oranının tespit edilmesi gerekir. Örneğin; Şeker Hastalığı veya Yüksek Tansiyonu bulunan yaşlı bir kişi trafik kazası sonucu tibia kırığı gelişmişse kişinin olaya bağlı özür oranı hesaplanırken Şeker Hastalığı ve Yüksek Tansiyon dikkate alınmamalıdır. Bunun dışında yasal mevzuatın ve kullanılacak yönetmeliklerin her bir olayı kapsayacak şekilde yeniden düzenlemesi gerekir. Bu mevzuatın sakıncalı taraflarından birisi de yaş ve mesleği dikkate almadan özür oranını genel olarak değerlendirmesidir. Değerlendirmeyi yapan ilgili uzman/uzmanlıkların muayene farklılıklarından kaynaklanabilecek hatalı ve farklı oranlarda raporlar düzenlenmesine neden olabileceği ve çelişiklere neden olabileceği kanaatindeyiz. Bu durumun da dünyada kullanılan tazminata esas uygulamalara uymadığını görmekteyiz.

Maluliyet ülkemizdeki sosyal güvenlik sistemlerinde yeterince yer almamakta ya da farklı değerlendirilmektedir. Bu da uygulamada bir takım eksikliklere ve haksızlıklara yol açmaktadır. SGK tüzüğünde, bazı parametreler (yaş, iş kolu, arıza ağırlık ölçüsü vb.) göz önüne alınarak maluliyet oranı düzenlenirken; Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe göre ise, yalnızca kişinin özür oranının (maluliyet oranının) belirlenmesi yeterli görülmektedir. Bu nedenle aynı iş kolunda çalışan, aynı yaş ve cinsteki bireylerdeki aynı tip yaralanma ya da sakatlıkların maluliyet oranı farklı hesaplanmaktadır. Bu farklılıklar ve kullanım alanlarındaki farklılıklar ise bireylerin alacağı tazminatlarda eşitsizliğe ve hak kaybına yol açmaktadır (100). Ayrıca kaza sonrası mağdurun hakları bir bütün olup kalıcı sakatlık oranı, geçici iş göremezlik süresi (iyileşme süresi), varsa tedaviye ilişkin fatura edilmiş tedavi giderleri, kaçınılmaz tedavi giderleri ve bakıcı giderleri gibi hususlar sosyal devlet olma gereği devlet tarafından güvence (6111 sayılı yasa) altına alınmıştır (Bkz. Ek-6: Tedavi Giderleri Yönünden Genel Bilgiler). Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarında kaçınılmaz tedavi giderleri, iyileşme süresi boyunca kişinin bakıcı kullanımı ve bununla ilgili giderleri de kapsamamaktadır (101). Tablo-22'de Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğine ve Özürlülük Ölçütü Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporlarına İlişkin Mevzuat doğrultusunda düzenlenen Özürlü Sağlık Kurulu Raporları arasındaki farklılara değinilmiştir.

**Tablo-22:** Maluliyet Raporları ve Özürlü Sağlık Kurulu Raporları arasındaki farklar.

<b>Maluliyet Raporları*</b>	<b>Özürlü Sağlık Kurulu Raporları**</b>
- Arıza ağırlık ölçüsü, yaş ve meslek dikkate alınarak hesaplanır.	- Yaş ve meslek dikkate alınmaz. Direkt özür oranı belirlenir.
- İlliyet bağı aranır.	- İlliyet bağı aranmaz.
- Kalıcı sakatlık (sürekli iş göremezlik) oranı şeklinde belirlenir.	- Özür oranı şeklinde belirlenir.
- Hesaplama mevcut olaya bağlı yaralanması dikkate alınır.	- Kişideki tüm arızalar, hastalıklar, konjenital patolojiler vs. dikkate alınır.
- Geçici iş göremezlik (iyileşme süresi) belirtilir.	- Belirtilmez.
- Fatura edilmiş ve kaçınılmaz tedavi giderleri 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.	- Malulen emeklilik, vergi indirimi, bakım ücreti, özel eğitim, özel tertibatlı araç kullanmada vs. esas alınır.
- ATK ve Adli Tıp Uzmanları tarafından bilirkişilik adı altında düzenlenir.	- Devlet Hastaneleri veya Üniversite Hastanelerinin sağlık kurulları tarafından düzenlenir.
- Arızalar 14 başlık altında toplanmıştır.	- Arızalar 15 başlık altında toplanmıştır.
- Fark hesabı*** vardır.	- Fark hesabı yoktur.

\* Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğine veya Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre düzenlenen raporlar.

\*\* Özürlülük Ölçütü Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporlarına İlişkin Mevzuat doğrultusunda düzenlenen raporlar.

\*\*\* Fark Hesabı: Kişideki mevcut arızanın üzerine tekrar arıza meydana geldiğinde maluliyet oranı olay öncesi ve sonrasındaki oranlar arasındaki fark alınarak hesaplanır.

Kalifornia bareminde **ağrının** maluliyet oranını % 0-3 arasında arttırabildiği belirtilmiş olup Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği'nde ağrı gibi subjektif faktörlerin değerlendirilmediği saptanmıştır. Ancak özellikle ağır kaldırma, taşıma gibi fonksiyonlarda ve giyinme, yürüme, tuvaletini yapma gibi günlük aktiviteler sırasında ağrı, önemli kısıtlılıklara neden olabilmektedir. Ancak simülasyona açık bir konu olması

nedeniyle, çeşitli yöntemlerle saptanabildiğinde ağrı gibi subjektif faktörlerin de maluliyet oranı hesabına dahil edilmesi uygun olacağını düşünüyoruz.

Avrupa bareminde (Kılavuz Maluliyet Baremi - Barème Indicatif D'invalidité) bazı arızalara verilen oranlara baktığımızda (102);

- Afoni için %30 maluliyet verilirken disfoni için % 10 verildiği,
- İyi Huyulu Paroksizmal Vertigo %4, Tek Taraflı Vestibuler Bozukluk %4-10, Bilateral Vestibuler Bozukluk % 10-25, Tinnitus %3 olarak değerlendirildiği,
- Anosmi/hiposmi şeklinde sınıflandırılarak %3-8 aralığında değiştiği,
- Kronik respiratuar hastalıklar için %2-50 değerleri verilirken, akciğer kayıpları için %5-15, Persistan ağırlı torakotomi yetmezliği için %5 verildiği,
- Yanıklar için; vücut yüzdesine göre; %10'dan az için %5, %10-20 için %10, %20-60 için %10-25, %60 ve üzeri için %25-50 aralıklarında değiştiği,
- Kalp yetmezliği için semptomlarına ve derecesine göre %8-55, transplantasyon için %25-30 (immün supresyon ile bağıntılı) verildiği,
- Vasküler sistem ayrı ele alınarak; arter yetmezlikler için %5-25, venöz yetmezlikler için %4-15, lenfatikler için % 10 verildiği,
- Total splenektomi için %5 ve 10 değerlerinin verildiği,
- Histerektomi için %6, sterilite için %25, ovariektomi; bilateral %12, unilateral %6, mastektomi; bilateral %25, unilateral %10, orşidektomi; bilateral %15, unilateral %6, penis kaybı için %40, sterilite %25 olarak verildiği,
- Üst ekstremité için Amputasyon: yerine ve baskın kullanımına göre %45-65, omuz ankilozu için %20-25, ( baskın ise %25-30), dirsek hareket kısıtlılığı için %10-15 (%15-24) verildiği, El bileği hareket kısıtlılığı için %8-16 (%10-20) verildiği, Elin total amputasyonu %45-50 (baskın) olarak değerlendirildiği,
- Sinirin yerine ve iki yönlü olma özelliğine göre %10-65 (%8-60), spinal sinir paralizilerinde yerine ve iki taraflı olma özelliğine %5-12 (4-10), siyatik sinir ve diğer sinir paralizileri için %5-35 aralığında değerler verildiği,

- Alt ekstremitede amputasyon için (seviyesine göre) %6-65 aralığında verilirken, ankiloz ve sertlikler için kalçada %1-17 aralığında, dizde %0-25 aralığında, ayak bileği ve ayakta %1-10 aralığında verildiği anlaşılmıştır.

Avrupa bareminde bu tanımlanan arızalar ve oranlar ülkemizdeki yönetmeliğe göre kıyaslandığında arızalara verilen oranların farklılık arz ettiği görülmüştür. Bazı arızalarda Avrupa bareminde daha yüksek oran verilirken, bazılarında ise Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği'nde daha yüksek oran verildiği saptanmıştır. Örneğin; ülkemizdeki yönetmelikte splenektomiye %15 verilmişken Avrupa bareminde %5-10 değerlerini görmekteyiz veya Avrupa bareminde penis kaybı için %40 verilmişken ülkemizdeki bareme göre %19 oran verilmiştir. Bununla birlikte arızalar genel olarak değerlendirildiğinde ülkemizde kullanılan yönetmelikte arızalara görece olarak daha yüksek oran verilmiş olduğunu söylemek mümkündür.

Hastalıkların Küresel Yükü (Global Burden of Diseases) 2000 projesi kapsamında sağlığın sekiz temel alanına (mobilité, öz bakım, ağrı ve rahatsızlık, bilişsellik, kişilerarası faaliyetler, görme, uyku ve enerji, duygulanım) dayanan standart bir sağlık durumu tanımlaması kullanılarak sağlık durumu değerlendirmesine benzer bir yaklaşım benimsenmiştir. DSÖ (WHO, 2003) tarafından yürütülen Dünya Sağlık Araştırması'nın bir parçası olarak, 70'in üzerinde ülkedeki geniş nüfus örneklerinden sağlık durumu değerlendirmelerine dayanan gözden geçirilmiş sakatlık ağırlıkları, 2003 yılında geliştirilmiştir. Buna göre bazı arızalarda ortalama sakatlık ağırlıkları; PTSB için %11, vücut yüzey alanının %60'ı üzerindeki yanıklar için %25, spinal kord hasarı için %73, uzun dönemde sekel bırakmış beyin hasarı için %41 (tedavi edilmişse %35), Unipolar majör depresyon için %60 (tedavi edilmişse %30), infertilite için %18 olarak belirlenmiştir (103).

**Tablo-23:** Avrupa baremi, Kaliforniya baremi (AMA Guides, 5th Edition) ve SGK tüzüğünde yer alan bazı arızaların ağırlık ölçülerinin karşılaştırılması.

Arıza Çeşidi*	Arıza Ağırlık Ölçüsü (%)		
	Avrupa Baremi	Kaliforniya Baremi	SGK Tüzüğü
Afoni	30	0-14	25
Disfoni	10		10
İyi Huylu ParoksizmalVertigo	4	X***	10
Tek Taraflı Vestibuler Bozukluk	4-10	0-95	30
Bilateral Vestibuler Bozukluk	10-25		65
Tinnitus	3	5**	6
Akciğer kayıpları	5-15	X	X
Kronik respiratuar hastalıklar	2-50	0-100+	6-57
Total splenektomi	5-10	0++	15
Histerektomi	6	15	X
Sterilite	25	X	X
Ovariektomi	Unilateral:6 Bilateral:12	Unilateral:0-15 Bilateral:26-35	Unilateral:1 Bilateral:41
Mastektomi	Unilateral:10 Bilateral:25	0-5+++	X
Orşidektomi	Unilateral:6 Bilateral:15	11-20	Unilateral:1 Bilateral:41
Penis kaybı	40	20	19
Üst ekstremitte için amputasyon	Seviyesine göre: 45-65	Seviyesine göre: 3-70	Seviyesine göre:1-65
Omuz Ankilozu	20-25 Dominant ise: 25-30	0-60!	Dominant ise: 30-45
Dirsek hareket kısıtlılığı	10-15 Dominant ise: 15-24	0-60!	Dominant ise:31-41
El bileği hareket kısıtlılığı	8-16 Dominant ise:10-20	0-54!	Dominant ise: 20-30
Elin total amputasyonu	45-50	54	X
Siyatik sinir ve diğer sinir paralizileri	5-35	0-30	30-45
Alt ekstremitte için amputasyon	Seviyesine göre: 6-65	1-50	Seviyesine göre: 7-56
Kalçada Ankiloz ve Sertlikler	1-17	0-20	25-40
Dizde Ankiloz ve Sertlikler	0-25	5-13	10-40
Ayak Bileği ve Ayakta Ankiloz ve Sertlikler	1-10	5-21	7-15
Yanıklar (vücut alanının yüzdesine göre)	< %10: 5 %10-20: 10 %20-60: 10-25 >%60: 25-50	0-95	%10: 7 %50: 10 >%50: 13

X: Yer verilmemiş

\*Kıyaslamada birbirine en yakın arıza çeşitleri baz alınmıştır.

\*\*AMA Guides'e göre tinnitus nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri etkilenmiş ise şiddetli tek taraflı işitme kaybı arızasının maluliyetine %5 eklenmektedir.

\*\*\*AMA Guides'te vertigoya yer verilmediği, vestibuler bozuklukların ve santral sinir sistemi komponenti olan serebral korteks, beyincik beyin sapı ve göz bozukluklarına bağlı bir bulgu olabileceğine değinilmiştir.

Dünya çapında kullanılan ICD, ICF, Kaliforniya baremi, ABD'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SSA) tarafından kullanılan "Mavi Kitap", Avrupa baremi gibi özürllük cetvellerine baktığımızda vücut işlev bozuklukları, anatomik kayıp ve tıbbi arızaların yanı sıra bireyin günlük aktiviteleri, kendi kendine bakımı (kendi kendine giyinme, yemek yeme, tuvalet ihtiyacını giderebilme gibi), fiziksel aktiviteler, çevre ile iletişimi, etkinlikler, uyku düzeni ve kalitesi, araç kullanma ve ata binme gibi aktivitelerinin de değerlendirilmesine yönelik bir eğilim olduğunu ve özürllük oranının belirlenmesinde dikkate alındığını görmekteyiz.

Engelliler Uluslararası Yılı (1981), Engellilere İlişkin Dünya Programı Eylemi, Engelliler için Fırsat Eşitliği Standart Kuralları ve Birleşmiş Milletler Engellilerin Hakları Komitesi'nden (CRPDs) sonra sağlam sakatlık istatistikleri için talep artmıştır. Buna bağlı olarak son yıllarda, sakatlık verilerinin toplanması ve istatistiki bilgilerin üretimi çoğalmıştır. Bu verilerin büyük çoğunluğunu yüksek gelirli ülkeler oluşturmaktadır. Değişen engellilik tanımları, veri toplama sistemleri, yaş aralıkları ve nüfus içeriği nedeniyle ülkeler arasında ve içinde sakatlık oranlarında farklılıklar vardır (104-107). Tablo-23'te Amerika ve Avrupa'da kullanılan baremlerin ülkemizde kullanılan SGK tüzüğüne göre birbirine yakın arıza çeşitleri dikkate alınarak arıza ağırlık ölçülerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Bazı arızalara baremlerde yer verilmediği görülmüştür. Arızaların arıza ağırlık ölçülerinin birbirinden farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kaliforniya bareminde AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment cetvelinde belirlenen arızalar SGK tüzüğündeki gibi yaş ve mesleğe göre hesaplanmaktadır. Sonuç olarak, sakatlık istatistiklerinin uluslararası karşılaştırmasının mümkün olmadığı belirtilmiştir (104).

+: Solunum Fonksiyon Testindeki FVC, FEV1, FEV1/FVC, DLCO, VO2max gibi değerler ve egzersiz test sonuçlarındaki fonksiyon kaybı kişinin yaş ve boyuna göre hazırlanan cetveller aracılığıyla tüm vücuda göre hesaplanmaktadır.

++: Splenektomininsplenektomili kişilerin %2'sinde ilk 2 yıl içerisinde kapsüle bakteriler tarafından enfekte olması (bunun da profilaktik tedavilerle önlenilebileceği) dışında günlük yaşam aktivitelerini etkilemediğinden maluliyet oranı verilmemiştir.

+++ : Endokrin bozukluklar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini etkileyen kişilerde maluliyet oluşturmaktadır. (Kadınlarda absorban ped kullanımını gerektiren galaktore olması veya erkeklerde ağırlı jinekomasti)

! : Üst ekstremitedeki (omuz) total fonksiyon kayıp oranı belirlendikten sonra arızanın tüm vücuda göre maluliyeti hesaplanmaktadır. El parmaklarındaki fonksiyon kaybı oranı ele göre oranlanmakta, el üst ekstremiteye oranlanmakta, üst ekstremiteye ise tüm vücuda oranlanarak maluliyet hesaplanmaktadır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bir milyardan fazla insanın veya (2010 dünya nüfus tahminlerine göre) dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 15'inin bir tür engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir. 15 yaş ve üstünde kişiler arasında engellilik ile yaşamak durumunda olan kişi sayısını Dünya Sağlık Araştırması (World Health Survey) 785 milyon (% 15.6) olarak belirtirken, Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease) çalışması bu sayıyı yaklaşık 975 milyon (% 19.2) olarak tahmin etmektedir (108). Engelli insanlar günlük hayatta birçok farklı davranışsal, fiziksel ve ekonomik engellerle karşı karşıya kalmaktadır. Aslına bakılacak olursa, toplumsal yaşama katılımın önündeki engelleri kaldırmak ve engelli insanların sahip olduğu büyük potansiyeli ortaya çıkarmak için yeterli kaynak ve uzmanlığı bu konuya vakf etmek ahlaki sorumluluğumuzdur. Milyonlarca engelli insanın sağlık, rehabilitasyon, destek, eğitim, istihdama erişimleri ve başarılı olmaları için yeterince şans tanınması açısından dünya genelindeki hükümetlerin gereken altyapıyı oluşturması gerekmektedir.

Kişide olay nedeni ile meydana gelen yaralanma sonucu düzenlenecek maluliyet raporlarının adil, güvenilir, şüpheye ve taraf itirazlarına mahal vermeyecek şekilde düzenlenebilmesi için;

- Travma sonucu oluşan lezyonlarla mevcut travmaya bağlı olmayan ve önceki travmaya bağlı arıza ve lezyonlar da belirtilmelidir. Önceki travma özgeçmişini mutlaka sorgulanmalıdır (yanlış atfetme açısından).
- Öncelikle kayıtlar (epikrizler, genel adli muayene raporu, MR ve BT raporları vb.) en ince ayrıntısına kadar düzenli olarak tutulmalıdır.
- Kişinin başka yaralanmalarına göre o an için önemsiz gibi görülebilen yaralanmaları açısından gerekli radyolojik görüntüleme ve muayenesi yapılmalıdır.
- Yönetim bilişim sistemlerinden olan, yargı birimlerinin ve Adalet Bakanlığı'nın merkez birimlerinin iş sürecini hızlandıran, güvenli ortam oluşturan ve kurumu kağıtsız ortama taşıyan online bir bilgi sistemi olan UYAP (Ulusal Yargı Ağı Bilişim Sistemi) benzeri (Ulusal Özürlülük Sistemi) veritabanı oluşturularak kişilerin Devlet Hastanelerinde, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, Özel Hastanelerde, Üniversite Hastanelerinde, özel tıbbi laboratuvarlarda, yani ülkenin sınırları içerisinde herhangi bir sağlık kuruluşunda yapılmış olan muayene bulguları, tahlil sonuçları, radyolojik inceleme sonuçları, kişilerin kullandıkları

ilaçlar, adlarına düzenlenmiş raporlar (MR, BT, Anjiyografi, USG gibi), tespit edilen arızalar vb. tüm bilgilere maluliyet hesabı yapacak bilirkişi doktorların erişimine izin verecek bir sistemin kurulması gerektiği, bu sistemin daha önceki arıza ve sakatlıkların hesaplama dışında tutulmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Kazaları azaltmak ölüm ve özürlülük oranlarını dolayısıyla ekonomiyi olumlu yönde etkileyecektir. Bu yüzden malul ve sakat kalımları azaltmak amacıyla ülke çapında hızlı tren, uçak, otobüs vs. toplu taşımanın yaygınlaştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Yaralanmalarından dolayı mağdur olan engelli insanların bir de maluliyet hesaplanmasında haksızlığa uğramamaları, kalan ömrünün yaşam kalitesini belli bir seviyede yaşayabilmesi, gündelik hayatını zorlanmadan idame ettirebilmesi için objektif, hesaplayıcının hangi durumlarda hangi yolu izleyeceğini açık bir şekilde gösteren, ülkemizin hangi sağlık kuruluşundan veya ülkedeki hangi bilirkişiden rapor alınırsa alınsın aynı oranlarda maluliyetin çıkacağı bir kılavuza ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada, engelli insanların ve bütün toplumun faydalanması adına; kapsayıcı politikalar ve programlar oluşturmak, hükümetin var olan ve yeni standartlar ile yasaları yürürlüğe sokmak için atılacak adımlar önermek, ilgili bakanlıklar, iş çevreleri, sosyal güvenlik kuruluşları, ATK, Üniversitelerle işbirliğine dayalı bir komisyon oluşturulmalıdır. Bu komisyonun dünya genelinde uygulanan mevcut tüm baremleri değerlendirerek maluliyet tespiti ile ilgili yönetmelikte standartların oluşturulması, denetlenmesi, değerlendirilmesi, korunması ve o günün koşullarına göre belli aralıklarla güncellenmesi ile ilgili ulusal hedef ve koşulların saptanması gerektiği düşüncesindeyiz. Buradaki öneriler, engelli insanların en azından günlük yaşam aktivitelerini zorlanmadan yapabildiği mutlu ve rahat bir hayat yaşayabileceği, kapsayıcı ve engellerin aşıldığı bir toplumun kurulmasına katkıda bulunacağı düşüncesindeyiz.

Sonuç olarak sakatlık, maluliyet, meslekte kazanma gücü kaybı oranı, iş kazası kavramları; sosyal devletin gereği olarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı uygulamalarında sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Rutin uygulamalar içinde yer alan maluliyet raporlarının düzenlenmesi sırasında yapılan değerlendirmelerin gerekçeleri ile raporda belirtilmesinin ilgili yönetmelikte ihtiyaçlar doğrultusunda yukarıda ayrıntılı olarak değinilen değişikliklerin yapılmasının, her bir



arızanın tek tek ayrıntılı bir şekilde izahının yapılmasının, rapor prosedürünün tekrar tanımlanmasının ve takdirin kullanım şekli ile ilgili bir düzenleme getirilmesinin, hem itirazların önüne geçilmesini sağlayacağı, hem dava süresinin uzamasını engelleyeceği, hem de mağdurları hak kaybına uğratmayacağı düşünülmektedir.



## KAYNAKLAR:

1. İnce H. Adli Tıp Açısından İş Kazalarının Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2003; 8(3): 82-7.
2. ILO, Özürlülerin Mesleki Rehabilitasyonu, Tavsiye no:99,1995.
3. “Ma’luliyet” (Ferit, Devellioğlu, Osmanlıca - Türkçe Ansiklopedik Lügat, Ankara 1982, s.690).
4. “Ma’luliyet” (Ferit, Devellioğlu, Osmanlıca - Türkçe Ansiklopedik Lügat, Ankara 1982, s.48).
5. Murat, Şen, Türkiye Cumhuriyeti’nin Onayladığı İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Alanındaki Çok Taraflı Sözleşmeler, Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası, Yayın No:41, Ankara, 2003, s.418.
6. Disability Prevention and Rehabilitation, Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation, Technical Report Series 668, Geneva1981.
7. Dünya Sağlık Raporu 1998, 21. Yüzyılda yaşam, Herkes için bir vizyon, DSÖ, Genevre1998.
8. Birgen N, Okudan M, İnanıcı MA, Okyay M. İş kazasına bağlı olgularda maluliyet oranı hesaplanması: Adli tıp açısından değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 1999;4(3):101-8.
9. [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari). Erişim Tarihi:24.08.2016
10. [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/emekli/is\\_kazasi\\_ve\\_meslek\\_hastaligi/meslek\\_hastaligi](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/emekli/is_kazasi_ve_meslek_hastaligi/meslek_hastaligi). Erişim Tarihi:24.08.2016
11. Türkiye İstatistik Kurumu İşgücü ve Yaşam Koşulları Daire Başkanlığı İşgücü İstatistikleri Grubu İş Kazaları Ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırma Sonuçları, 2013.
12. KARADENİZ Oğuz (2011/b), OccupationalDiseases in Turkey, Conference on OccupationalHealthandSafetyEconomics. Building a RepositoryofOccupationalWell-beingEconomics Research,27-30 April, Sinaia, Romania.
13. ÖZER, Kasım, (2012), İş Sağlığı ve Güvenliği Yasa Tasarısının Çalışma Yaşamına Etkileri, Mercek Dergisi, Yıl:17, s.65, ss.61-63.
14. 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.
15. <http://www.trafik.gov.tr/Sayfalar/Istatistikler/Genel-Kaza.aspx>. Erişim Tarihi:25.08.2016.
16. <http://www.disabled-world.com/disability/accidents/>.Erişim Tarihi:26.07.2016.
17. İnce H, Aliustaoğlu S, Yazıcı Y, İnce N. İstanbul’da adli tıp bakışı ile yaşlı ölümleri ve özellikleri. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 70 (2): 34-8.
18. Tokdemir M, Kafadar H, Düzer S. Elazığ’da 2001-2007 yılları arasında otopsi yapılan 0-18 yaş arası olguların değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2009; 14(2):111-4.
19. Gören S, Subaşı M, Tıraşçı Y, Kaya Z. Trafik kazalarına bağlı ölümler. Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi. 2005;2(1):9-13.
20. Erel Ö, Katkıcı U, Pınarbaşılı RD, Özkök MS, Dirlik M. Aydın’da 2000-2003 yılları arasında yapılan adli ölü muayene ve otopsilerin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi. 2005;2(2):44-7.
21. <http://www.trafik.gov.tr/Sayfalar/Istatistikler/Genel-Kaza.aspx>. Erişim Tarihi: 25.08.2016.

22. TÜİK, Trafik Kaza İstatistikleri (Karayolu), 2013.
23. www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab\_id=1586. Erişim Tarihi: 25.08.2016.
24. Takamine Y. Disability Issues in East Asia: Review and Ways Forward, [http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/East-Asia-Pacific/Disability\\_Issues\\_in\\_East\\_Asia\\_Takamine.pdf](http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/East-Asia-Pacific/Disability_Issues_in_East_Asia_Takamine.pdf), 2003 15.09.2006.
25. Kabakçı M. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı'nın İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarındaki Uygulamaları. MESKA 2004 Kongre Kitabı, 26-30 Nisan 2004 İstanbul.
26. 14 Mayıs 2015 tarih ve 29355 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları.
27. Koç S, Can M, Birinci Basamakta Adli Tıp, (2011). 2. Baskı, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu, s.90.
28. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik, 30 Mart 2013 tarih ve 28603 sayılı Resmi Gazete.
29. Sosyal Güvenlik Kurumu, Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği, 2013, s.1.
30. Ünal V, Ünal E, Çetinkaya Z, Seyhan B, Şahin F, Alakaya H, Çağdır AS. Determination of Disability Based on Calculation of Difference: 2 Case Reports. Journal of Forensic Medicine 2015;29(2):112-17.
31. 22.6.1972 tarih ve 14223 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, s.3.
32. [https://www.general.com.tr/hizmetler/genel-sartlar/Mini\\_Kisisel\\_Guvencem\\_Sigortasi\\_Genel\\_Sartlari.pdf](https://www.general.com.tr/hizmetler/genel-sartlar/Mini_Kisisel_Guvencem_Sigortasi_Genel_Sartlari.pdf)  
Erişim Tarihi: 19.09.2016
33. 15.8.1953 tarih ve 8485 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Vazife Malullüklerinin Nevileri İle Dereceleri Hakkında Nizamnamesi.
34. Koç S, Can M, Birinci Basamakta Adli Tıp, (2011). 2. Baskı, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu, s.1.
35. Yılmaz Ejder, Hukuk Sözlüğü, 7. Baskı, Ankara 2002, s. 160.
36. Belgesay Mustafa Reşit, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu Şerhi I, Teoriler C.III, İsbat Teorisi, Hukuk ve Ceza Usulünde Deliller, 3. Bası, İstanbul 1950, s. 80vd.
37. Belgesay Mustafa Reşit, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu Şerhi, C.II, 2. Bası, İstanbul 1939, s. 121 vd.; Karafakih İsmail Hakkı, Hukuk Muhakemeleri Usulü Esasları, Ankara 1952, s. 210 vd.; Postacıoğlu İlhan E., Medeni Usul Hukuku Dersleri, 6. Baskı, İstanbul 1975, s. 652 vd.
38. Ansay S. Şakir, Hukuk Yargılama Usulleri, 7. Baskı, Ankara 1960, s. 275; Berkin Necmeddin M., Tatbikatçılara Medeni Usul Hukuku Rehberi, İstanbul 1969, s. 839 vd.; Postacıoğlu İlhan E., Medeni Usul Hukuku Dersleri, 6. Baskı, İstanbul 1975, s. 652 vd. Bilge Necip/Önen Ergun, Medeni Yargılama Hukuku Dersleri, 3. Baskı, Ankara 1978.
39. Karafakih, s. 211; Berkin, s. 840; Arslan, s. 183; Tanrıver, s. 72; Pekcanitez/Atalay/Özekes, s. 466; Alangoya/Yıldırım/Deren Yıldırım, s. 359; HUMK m. 275/son'da bilirkişi dinlememe şeklinde ifade edilen bu yükümlülük HMK Tasarısı m. 270/son'da bilirkişiye başvurumama olarak ifade edilmiştir.
40. Strickler Yves, Procedure Civile, Strasbourg 2007, s. 187; States, Olivier, Droit Judiciaire Prive, Paris 2006, s. 163.
41. Tanverdi, s. 149; Atalay Oğuz, "Bilirkişinin Seçimi ve Zorunlu Bilirkişilik", Bilirkişilik Sempozyumu, Samsun Barosu, Türkiye Barolar Birliği, 9-10 Kasım 2001, s. 173-189, s.182.

42. KuruBaki,Hukuk Muhakemeleri Usulü, C.III, 6. Bası, İstanbul 2001, s. 2664; Pekcanitez Hakan/Atalay Oğuz/Özekes Muhammet, Medeni Usül Hukuku, 8. Bası, Ankara 2009, s. 468; ÜstündağSaim, Medeni Yargılama Hukuku, C.I-II, İstanbul 2000, s. 745.
43. Aşçıoğlu Çetin, Yargılamada Maddi Gerçeğin Belirlenmesi ve Kanayan Yara Bilirkişilik, Ankara 2010, s. 254.
44. 11.10.2008 gün ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu'nun Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.
45. Kazancı İçtihat Bankası, Y. 21. HD, 18.04.2005, E. 2004/12943, K. 2005/3872; Y. 21. HD, T. 24.4.2003, 2733/3832.
46. Pekcanitez Hakan, "Özel Uzman (Bilirkişi) Görüşü ve Değerlendirilmesi", Prof. Dr. Saim Üstündağ'a Armağan, 2009, s. 397.
47. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140125-15.htm>. html erişim tarihi 05.02.2009.
48. Eşiyok B, Korkusuz İ. Yaşlılarda Travmaya Bağlı Maluliyet. TurkishJournal of Geriatrics. 2006;9(4):2013-2017.
49. Barnes C, Mercer G. 2003. Disability. Cambridge: PolityPress.
50. Bickenbach JE, Chatterji S, BadleyEM , Ustun TB. Models of disability, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Social Science and Medicine, 1999; 48: 1173-87.
51. Imrie R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Sociology of Health & Illness, 2004; 26: 287-305.
52. Kearney PM. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. Nursing Theory and Concept Development or Analysis, 2004; 46: 162-170.
53. Tweedy SM. Taxonomic theory and the ICF: Foundations for a unified disability athletics classification. Adapted Physical Activity Quarterly, 2002; 19: 220-237.
54. [http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/icd\\_10/ICD-10\\_Nedir.doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/icd_10/ICD-10_Nedir.doc) Erişim Tarihi: 20.09.2016.
55. <http://www.turkmia.org/eski/sempozyum/icd>. Erişim Tarihi: 20.09.2016.
56. DSÖ İşlevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslar arası sınıflandırılması (ICF), Çeviren: ElifKabakçı ve Ahmet Göğüş, Ankara: Bilge Matbaacılık, 2001.
57. [http://www.sosyalsiyaset.net/documents/ozurluluk\\_terimleri\\_sozlugu.html](http://www.sosyalsiyaset.net/documents/ozurluluk_terimleri_sozlugu.html). Erişim Tarihi: 01.11.2016.
58. Cochiarella L, Anderson Gunnar BJ., Guide to the Evaluation of Permanent Impairment, Fifth Edition, American Medical Association, 2002.
59. Ranavaya M.I. Impairment, Disability and Compensation in the United States An Overview, November 1996, <http://www.abime.org>, erişim tarihi 10.11.2003.
60. Christopher R. Brigham, MD, The Guides Newsletter, November/December 2001.
61. Schedule For Rating Permanent Disabilities, Labor Code of California, State of California, April 1997.
62. İş Kazalarında Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespitinde Ülkemiz İle Diğer Ülkelerde Kullanılan Baremlerin Karşılaştırılması. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Başkanlığı; 2004.
63. SSA Publication No. 64-039, 1/03 ("The Blue Book")

64. World Report on Disability, 2011. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf). Erişim Tarihi:22.09.2016
65. WHO, Disability, including prevention, management and rehabilitation. [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/A58\\_17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_17-en.pdf) 04.04.2008.
66. DISTAT 2010 (UN Statistics Division 2010), (UNESCAP 2008).
67. [acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/3194/4048.pdf](http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/3194/4048.pdf). Erişim Tarihi:22.09.2016
68. 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu. 04.02.2011 Tarihli ve 27836 Sayılı Resmî Gazete. <http://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6098.pdf>. Erişim Tarihi:07.10.2016.
69. Sözen Ş, İnce H, Dikici F, Dıraçoğlu D, İnce N. Maluliyet (Meslekte Çalışma Gücü Kayıplarının) Hesaplanması. Klinik Gelişim Adli Tıp Özel Sayısı 2009. Cilt 22:122-5.
70. Aşıcıoğlu F, Okudan M, Umut S, Suyugül N. Göze yönelik travmalarda maluliyet olgularının değerlendirilmesi. Ulusal Adli Tıp Kongresi (1-4 Kasım/İstanbul) Kongre Kitabı, İstanbul 1994:171-7.
71. Forst LS, Hryhorczuk D, Jaros M. A statetraumaregistry as a toolforoccupationalinjurysurveillance. J OccupEnvironMed. 1999 41(6):514-20.
72. Güven E. Adli Tıp Açısından Maluliyetin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi) T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, 1986.
73. İş Kazalarında Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespitinde Ülkemiz İle Diğer Ülkelerde Kullanılan Baremlerin Karşılaştırılması. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Başkanlığı; 2004.
74. Esiyok B, Korkusuz I, Cantürk G, Alkurt Alkan H, Gokmen Karaman A, Hancı İH. Road TrafficAccidentsandDisability: A Cross-sectionStudyfromTurkey, 2005; 27(21): 1333-1338.
75. WHO. WHO'sglobalhealtyworkapproach. A strategyforthedevelopment of a comprehensiveapproachtowardsthepromotion of health of allworkingpopulations. Geneva, World HealthOrganization1997.
76. Kaya A, Meral O, Erdoğan N, Aktaş EÖ. Maluliyet Raporlarının Düzenlenmesi: Anabilim Dalımıza Başvuran Olgu Özellikleri İle. Adli Tıp Bülteni, 2015;20(3):144-151.
77. WaysandmeansCommittee. Social Security: theOld Age, Survivors, andDisabiltyInsurance (OASDI) Programs. U.S. Government Printing Office; 1996: 104-14.
78. Skov O, Jeune B, Lauritsen JM, Bafred T. Occupationalhandinjuries. A population-baseddescription of theincidensandreferraltocausaltydepartments. UgeskrLaeger, 1999: 161(22):3285-8.
79. Cantürk G, Eşiyok B, Yaşar H, Doğan B, Hancı İH. İş Kazası Nedeniyle 1993-2003 Yılları Arasında AÜTF Adli Tıp Anabilim Dalına Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi, 2006;28(1):1-6.
80. [http://www.sigortatahkim.org.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=65](http://www.sigortatahkim.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=65). Erişim Tarihi: 10.10.2016.
81. [http://www.sigortatahkim.org.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52&Itemid=77](http://www.sigortatahkim.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=77). Erişim Tarihi: 10.10.2016.
82. Sigorta Tahkim Komisyonu, Faaliyet Raporu 2015, s.1. <http://www.sigortatahkim.org.tr/files/FaaliyetRaporu2015-1.pdf>. Erişim Tarihi:16.10.2016

83. Sigorta Tahkim Komisyonu, Faaliyet Raporu 2015, s.20. <http://www.sigortatahkim.org.tr/files/FaaliyetRaporu2015-1.pdf>. Erişim Tarihi:16.10.2016
84. [http://www.sigortatahkim.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55&Itemid=81](http://www.sigortatahkim.org/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=81). Erişim Tarihi: 10.10.2016.
85. Ertürk S, Ege B, Yemişçigil A, Aktaş EÖ. Maluliyet Oranları Saptanan Olguların Özellikleri. 1. Ulusal Adli Tıp Kongresi (1-4 Kasım 1994, İstanbul) Poster Sunuları Kitabı. İstanbul: Özgün Ofset Ltd. Şti. 1998:139-142.
86. Umut S, Okudan M. Features of DisabilityCases in ForensicMedicine (in Turkish). 7th NationalDays of ForensicMedicineCongressBook, 1 – 5 November, Antalya, 1993.pp. 47 – 50.
87. Umut S, Umut S, . A Retrospective Analysis of 520 DisabilityCases (in Turkish). Journal of ForensicMedicine 1990;6 (1 –2):81 – 83.
88. <http://www.trthaber.com/haber/ekonomi/turkiyede-trafige-kayitli-arac-sayisi-kac-oldu-249663.html>. Erişim Tarihi:30.10.2016
89. <http://www.tazminathukuku.com/arastirma-yazilari/bedensel-zararlarda-guc-kaybi-tazminati.htm>. Erişim Tarihi:12.10.2016.
90. Bilgin UE, Meral O, Koçak A, Aktaş EÖ, Kıyan S, Altuncı YA. 2011 yılında trafik kazası sonucu Ege Üniversitesi Hastanesi Acil servisine başvuran hastaların adli tıbbi boyutuyla incelenmesi. Ege Tıp Dergisi/Ege Journal of Medicine 2013;52(2):93-99.
91. Koçak S, Uçar K, Bayır A, Ertekin B. Acil Servise başvuran motorsiklet ve bisiklet kazası olgularının karakteristikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 10.3 (2010):112-8.
92. DiMaio VJ, DiMaio D. Forensicpathology, 2nd ed. New York: CRC Press, 2001.
93. Knight B, Saukko PJ. Knight'sforensicpathology. 3rd ed. New York: Arnold, 2004.
94. Clark JC, Milroy Cm. Pedestrianinjuries. In: Mason JK, Ed. Thepathology of trauma, 2nd ed. Avon: TheBath Pres, 1993, p:17-30.
95. 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu. 04.02.2011 tarihli ve 27836 sayılı resmi gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110204.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110204.htm>. Erişim Tarihi: 17.08.2016.
96. <http://www.tkbbv.org.tr/4/haberler/7/septum-deviasyonu>. Erişim Tarihi: 16.10.2016.
97. Karazincir S, Okuyucu S, Balcı A, Akoğlu E, Dağlı S, Eğilmez E. KonkaBüllosaSeptalDeviasyon İlişkisi. KBB-Forum 2007; 6:19-21.
98. <http://www.dedektiflik.com.tr/amerika-birlesik-devletleri-texas-dedektiflik-yasasi.html>. Erişim Tarihi:13.11.2016.
99. <http://www.kamudanhaberler.com/yazar/ertan-koc/sgk%E2%80%99da-e-maluliyet-ne-getiriyor/17.html>. Erişim Tarihi:13.11.2016.
100. İnce H, İnce N, Tüzün B. İş kazaları ve Çalışma Gücü Kayıplarının Türkiyedeki Yasal Düzenlemeleri, Adli Tıp Bülteni 2000, 5(1):12-14.
101. Av. Çelik Ahmet Çelik, Tazminat Davalarında Geçici İşgöremezlik Zararları ve Tedavi Giderleri, Legal Yayıncılık, 2004, 40 s.
102. <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/861.pdf>. Erişim Tarihi:13.11.2016.
103. The Global Burden of Diseaseconcept.pdf. Erişim Tarihi:06.10.2016.
104. Barbotte E, Guillemain F, Chau N; LorhandicapGroup. 2001. Prevalenceofimpairments, disabilities, handicapsandquality of life in thegeneralpopulation: a review of recentliterature. Bulletin of theWorld HealthOrganization79: 1047–55.

105. Loeb ME, Eide AH, Mont D. 2008. Approaching the measurement of disability prevalence: the case of Zambia. ALTER – European Journal of Disability Research 2: 32–43.
106. United Nations. 1990. United Nations Disability Statistics Compendium. New York: United Nations.
107. Mont D. 2007b. Measuring health and disability. The Lancet 369:1658–63.
108. <http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1328710754698/YoneticiOzeti.pdf>. Erişim Tarihi: 25.10.2016





## EKLER

### EK-1: Tez Projesinin Etik Kurul Onayı

T.C.

**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

**Toplantı Sayısı:37**

**Toplantı Tarihi: 30.09.2016**

**Karar Sayısı:2016/675:**Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ' nin "Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarafından Yazılan Maluliyet Raporlarının Değerlendirilmesi, Ülkemizdeki ve Dünya Çapındaki Kıyaslamaları" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 21.09.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Dr. Veysel GÜRBÜZ' ün retrospektif uzmanlık tez çalışmasının Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ' nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.  
Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ  
Yardımcı Araştırmacı: Arş. Gör. Dr. Veysel GÜRBÜZ

**ASLI GİBİDİR  
30.09.2016**

**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**



## EK-2: Olgulara Uygulanan Anket Formu

### 2013-2016 yılları arasında N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında yazılan maluliyet raporlarının retrospektif değerlendirilmesi:

1. Mağdurun cinsiyeti? 1- Kadın 2- Erkek
2. Mağdurun başına gelen olay? 1- Trafik Kazası 2- İş kazası 3- Darp 4- Diğer (Ateşli silahla yaralanma, hayvan saldırısı, ...)
3. Mağdurun başına gelen olayın tarihi? (direkt yazılacak).....
4. Mağdurun olay tarihindeki yaşı? (direkt yazılacak).....
5. Mağdurların yaş aralığına göre dağılımı? 1. 0-10 yaş 2. 11-20 yaş 3. 21-30 yaş 4. 31-40 yaş 5. 41-50 yaş 6. 51-60 yaş 7. 61 yaş ve üstü
6. Mağdurun olay tarihindeki mesleği? (direkt yazılacak).....
7. Mağdurda meydana gelen yaralanmanın maluliyete neden olup olmadığı? 1- Evet 2- Hayır
8. Mağdurda meydana gelen yaralanma bölgesi? (SGK tüzüğündeki 14 adet gruplandırmaya göre yapılacak. Birden fazla bölge ise hepsi yazılacak) .....
9. Mağdurun ameliyat olup olmadığı? 1- Evet 2-Hayır  
Ameliyat olduysa sayısı: 1- 1 2- 2 3- 3-5 4- 6 ve üstü
10. Mağdurdaki arıza ağırlık ölçüsünün meslek grup numarasına (D cetveline) göre meslekte kazanma gücü kaybı oranı? (direkt yazılacak).....
11. Birden fazla arızasının olup olmadığı (Balthazard uygulananlar) ? 1- Evet 2-Hayır
12. Mağdurun yaşına (E cetveline) göre meslekte kazanma gücü kaybı oranı? (direkt yazılacak).....
13. Olay tarihi ile raporun düzenlendiği tarih arasında geçen süre? (direkt yazılacak- ay olarak).....
14. Mağdurun başka birinin sürekli bakımına muhtaç olup olmadığı? 1- Evet 2- Hayır
15. Mağdurun yapılan son durum değerlendirilmesinde maluliyet açısından tanıda zorluk çekilen hususlar? (direkt yazılacak).....
16. Yaralanmanın iyileşme süresi\_?(direkt yazılacak).....
17. İstem Makamı\_? (Direkt yazılacak).....
18. Takdiren azaltılmış mı\_? 1- Evet 2-Hayır  
Evetse Oranı\_?.....



## 7. El;

- El Parmak Kırıkları : 3 ay ÇOCUK: 1,5 ay
- El Skafoid Kırığı : 6 ay ÇOCUK: 2 ay
- Pelirunar Çıkık : 4 ay ÇOCUK: 1,5 ay
- Metakarp Kırığı : 3 ay ÇOCUK: 1 ay

## 8. Alt Taraf Kırıkları;

- Pelvis halkası bütünlüğü bozulmayan kırıklar : 3 ay ÇOCUK: 1,5 ay
- Pelvis halkası bütünlüğü bozulan kırıklar : 6 ay ÇOCUK: 2 ay
- Pelvis iliak kanat kopma kırığı : 2 ay ÇOCUK: 1 ay
- İskionda kopma kırığı : 3 ay ÇOCUK: 1,5 ay
- Asetabulum tavan kırığı : 6 ay ÇOCUK: 3 ay
- Kalça çıkığı : 4 ay ÇOCUK: 2 ay
- Trokanter major kırığı : 3 ay ÇOCUK: 1 ay
- Erişkin Femur Boyun Kırığı : 9 ay ÇOCUK femur üst epifizyolizi : 4 ay

ÇOCUK Femur boyun kırığı  
cerrahisi : 4 ay

- Femur Boyun kırığı pirimer protez uygulaması sonrası : 3 ay
- Her türlü primer büyük eklem artroplastileri : 4 ay
- Her türlü büyük eklem revizyon protezleri : 6 ay
- İntertrokanterik Femur Kırığı : 9 ay
- Subtrakanterik Kırığı : 9 ay
- Femur cisim kırığı : 9 ay

ÇOCUK Femur Kırığı (7-14 yaş) :

4 ay

ÇOCUK Femur Kırığı (6 yaş altı)

:2,5 ay

- Femur Kondil Kırıkları : 9 ay ÇOCUK: 4 ay
- Patella Kırığı : 4 ay ÇOCUK: 1,5 ay
- Patella Ligaman Yırtığı : 4 ay ÇOCUK: 2 ay
- Diz Bağ Yırtıkları medial, lateral kollateral, cerrahi, konservatif : 4 ay ÇOCUK: 2 ay
- Diz Bağ Yırtığı cerrahi, ön, arka çapraz bağ : 4 ay ÇOCUK: 3 ay
- Meniküs yırtığı artroskopik rezeksiyon : 1 ay ÇOCUK: 2 hafta
- Menisküs tamiri : 3 ay
- Tibia plato kırıkları : 6 ay ÇOCUK : 4 ay
- Tibia Diafiz Kırığı : 9 ay ÇOCUK: 4 ay
- Bimalleoler, Trimalleoler Kırıkları : 4 ay ÇOCUK: 2 ay
- Tek Malleol Kırığı : 3 ay ÇOCUK: 1,5 ay
- Ayak Bileği Çıkığı : 3 ay ÇOCUK: 1 ay
- Ayak Bilek Artrodez : 6 ay
- Subtalar Çıkık : 4 ay ÇOCUK: 2 ay
- Talus Kırığı : 6 ay ÇOCUK: 3 ay
- Kalkaneus Kırığı : 4 ay ÇOCUK: 2 ay
- Ayak naviküler Kırığı : 4 ay ÇOCUK: 2 ay

• Diğer Tarsal Kırıklar	: 3 ay	ÇOCUK: 1,5 ay
• Metatars Kırıkları	: 3 ay	ÇOCUK: 1,5 ay
• Falanks Kırıkları	: 2 ay	ÇOCUK: 1 ay
• Sesamoid Kırıkları	: 2 ay	
• TÛM MAJÖR AMPUTASYONLAR (kol, dirsek, önkol, el bilek, uyluk, hemipelvektomi, diz, kruris, ayak bilek, ön ayak dahil)	: 6 ay	ÇOCUK: 3 ay
• PARMAK AMPUTASYONLARI	:1,5 ay	ÇOCUK: 1 ay
• AŞİL rüptürü ameliyatı iyileşme süresi	: 6 ay	ÇOCUK: 3 ay
• Yumuşak doku iyileşme süresi	: 3 hafta	ÇOCUK: 2 hafta
• EL FLEKSÖR tendon ameliyatlı iyileşme süresi	: 4 ay	ÇOCUK: 3 ay
• EL EKSTENSÖR tendon ameliyatlı iyileşme süresi	:2 ay	ÇOCUK 1 ay

NOT: 1) Birden fazla kırık olması halinde listede mevcut en uzun iyileşme süresinin alınması,

2) Kırıkta gelişen psödoartroz, efektif psödoartroz v.b. gibi komplikasyonların görülebileceği, komplikasyon tedavisi nedeni ile iyileşme süresinde.....(tedavisi süresi ayrıca hesap edilecek ve belirtilecek) uzayabileceği.....

Örnek: Femur cisim kırığın arızasının.....iyileşme süresi.....tarihinden itibaren 9(dokuz) aya kadar uzayabileğinin bilindiği, fakat gelişen psödoartroz komplikasyon tedavisinin uzaması cihetiyle iyileşme süresinin .....tarihinden itibaren 20 aya (örnek olarak verilen süre) kadar uzayabileceği, bu süre zarfında mesleğini icra edemeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur.

## 9. Yüz bölgesi kırıkları

• Nazal kemiği	: 15 gün (çökme kırığı bir(1) ay)
• Zigoma kemiği	: 1,5 ay
• Maxilla kemiği	: 3 ay
• Mandibula kemiği	: 2 ay, Opere Mandibula kemiği : 4 ay
• Çene çıkığı	:15 gün

<b>Nöroloji:</b>	Kontüzyon serebri	: 4 ay
	SAK	: 3 ay
	Kafa kemik lineer kırık	: 3 ay
	Kafa kemik çökme kırığı	: 6 ay
	Kafa kemik kırığı + Hematom gelişmesi (epidural, subdural)	: 9 ay
	Sinir hasarı (EMG tespiti ile)	: 18 ay

#### EK-4: Sürekli Sakatlık Tazminatı Hesaplaması

##### Ek:3 Sürekli Sakatlık Tazminatı Hesaplaması

- 1) Sürekli sakatlık tazminatı, bu Genel Şartlar uyarınca belirlenen ilkeler dikkate alınarak zarar gören kişinin bireysel özelliklerine göre hesaplanır.
- 2) Tazminat, toplu para şeklinde ödenir.
- 3) Hesaplamalarda ölüm tablosu olarak TRH 2010 tablosu dikkate alınır. Tablonun belirli periyodlarla güncellenmesi halinde tazminat tutarı, kaza tarihi itibarıyla güncel versiyona göre hesaplanır.
- 4) Hesaplamalarda iskonto oranı (teknik faiz), % 1,8 olarak dikkate alınır. İskonto oranı (teknik faiz) gerekli görülen hallerde Hazine Müsteşarlığı tarafından güncellenir.
- 5) Belgelendirilmiş olması durumunda, hesaplamalarda ölen kişinin vergilendirilmiş geliri dikkate alınır. Vergilendirilmiş gelir tutarı için herhangi bir belge sunulmaması durumunda hesaplama, asgari ücret kullanılarak yapılır. Aynı kriterler pasif dönem hesaplamasında da geçerlidir.
- 6) Aşağıdaki tabloya göre maluliyet oranının denk geldiği aralıktaki katsayı nispetinde asgari net ücret dikkate alınarak bakıcı gideri hesaplanır. Bakıcı tutulduğunun belgelendirilmesi durumunda asgari brüt ücret hesaplamalarda dikkate alınır.

Maluliyet Oranı Aralığı (%)		Asgari Net Ücrete Uygulanacak Nispet (%)
0	69	0
70	79	50
80	89	75
90	100	100

- 7) Tazminat,  $ax, n$  formülü ile hesaplanır. Tazminat hesaplanırken "Devre Başı Ödemeli Belirli Süreli Rant" formülü esas alınır. Bu formülde kullanılacak yaş parametresi (x) hesap yapılacak mağdurun yaşını, hesaplamanın hangi süre için yapılacağını gösteren parametre (n) ise sürekli sakatlığa uğrayan kişinin muhtemel yaşam süresini göstermektedir.
- 8) Yukarıdakiler dışında hesaplama ile ilgili diğer hususlar ile hesaplama ile ilgili standartlar Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir.

## EK-5: Destekten Yoksun Kalma Tazminatı

### Ek:2 Destekten Yoksun Kalma Tazminatı Hesaplaması

- 1) Destekten yoksun kalma tazminatı, bu Genel Şartlar uyarınca belirlenen ilkeler dikkate alınarak zarar gören kişinin ve müteveffanın bireysel özelliklerine göre hesaplanır.
- 2) Tazminat toplu para şeklinde ödenir.
- 3) Hesaplamalarda ölüm tablosu olarak TRH 2010 tablosu dikkate alınır. Tablonun belirli periyodlarla güncellenmesi halinde tazminat tutarı, kaza tarihi itibarıyla güncel versiyona göre hesaplanır.
- 4) Hesaplamalarda iskonto oranı (teknik faiz), % 1,8 olarak dikkate alınır. İskonto oranı (teknik faiz) gerekli görülen hallerde Hazine Müsteşarlığı tarafından güncellenir.
- 5) Belgelendirilmiş olması durumunda, hesaplamalarda ölen kişinin vergilendirilmiş geliri dikkate alınır. Vergilendirilmiş gelir tutarı için herhangi bir belge sunulmaması durumunda hesaplama, asgari ücret kullanılarak yapılır. Aynı kriterler pasif dönem hesaplamasında da geçerlidir.
- 6) Yeniden evlenme olasılığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri yardımıyla Türkiye'nin coğrafi ve demografik yapısına göre Hazine Müsteşarlığınca belirlenecek esaslar çerçevesinde oluşturulacak cetvel dikkate alınarak hesaplamalara yansıtılır. TÜİK tarafından yayınlanacak resmi veriler yardımıyla hazırlanacak cetvelin kullanılmaya başlandığı tarihe kadar, mevcut yargı uygulamasında esas alınan tablo kullanılacaktır.
- 7) Destek süresi ile aktif ve pasif çalışma süresi, Hazine Müsteşarlığının belirleyeceği esaslara göre hesaplanır.
- 8) Tazminat tutarının negatif çıkması durumunda tazminat tutarı sıfır olarak kabul edilir.
- 9) Tazminat,  $ax, n$  formülü ile hesaplanır. Tazminat hesaplanırken "Devre Başı Ödemeli Belirli Süreli Rant" formülü esas alınır. Bu formülde kullanılacak yaş parametresi (x) hesap yapılacak mağdurun yaşını, destek süresi parametresi (n) ise mağdur ile ölenin muhtemel yaşam sürelerinin kesiştiği ve desteğin devam ettiği süreyi göstermektedir.
- 10) Yukarıdakiler dışında hesaplama ile ilişkin diğer hususlar ile hesaplama ile ilişkin standartlar Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir.

## **TEDAVİ GİDERLERİ YÖNÜNDEN GENEL BİLGİLER**

Bilindiği üzere, 25/02/2011 tarihli ve 27857 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanununun 59’uncu maddesi ile 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun yeniden düzenlenen 98’inci maddesinde; “Trafik kazaları sebebiyle üniversitelere bağlı hastaneler ve diğer bütün resmî ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sundukları sağlık hizmet bedelleri, kazazedenin sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.” ifadesine yer verilmiş yine aynı Kanununun Geçici 1’inci maddesinde; “Bu Kanunun yayımlandığı tarihten önce meydana gelen trafik kazaları nedeniyle sunulan sağlık hizmet bedelleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.” şeklinde düzenleme yapılmıştır. Bu düzenleme kapsamında SGK’nın sorumlu olduğu sağlık hizmet bedelleri dışında kalan kaçınılmaz ve belgeye bağlanamayan sağlık giderlerinin belirlenmesi gerekir. Bu kapsamda;

### **1. Doğrudan tedavi ile ilgili giderler:**

- a) Hastane, klinik, sağlık yurdu, dispensar, rehabilitasyon merkezi gibi hasta bakım ve sağlık kurumlarına ödenen paralar.
- b) Doktor, hemşire, hastabakıcı, iğneci, pansumancı, fizyoterapist, psikoterapist gibi tedavi edenlere ve yardımcılarına ödenen ücretler.
- c) Tahlil, iğne, serum, kan ve ilaç paraları.
- d) Röntgen, ultrason, tomografi ve benzeri görüntüleme ile diyaliz, elektro gibi aygıtlara ödenen paralar.
- e) Her türlü ameliyat, yoğun bakım, ambulans ve ilk yardım giderleri.
- f) Ortopedik aygıtlar, protez, takma organ bedelleri ile bunların yenilenmesi için yapılan harcamalar; tekerlekli sandalye, havalı yatak, koltuk değneği, baston gibi nesnelere ödenen paralar.

2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 91. maddesi ve Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları;

- Maddesinde, sigortacı poliçede belirtilen aracın işletilmesi sırasında bir kimsenin ölümüne veya yaralanmasına veya bir şeyin zarara uğramasına sebebiyet vermiş olmasından dolayı 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununa göre işletene düşen hukuki sorumluluğu zorunlu sigorta limitlerine kadar temin edeceği, düzenlenmiştir. Karayolları Trafik Kanununa göre, zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırmak zorunludur.

- Sigorta poliçesinde belirtilen, motorlu aracın işletilmesinden kaynaklanan kaza nedeniyle sigorta şirketi zarar görenlerin tedavisi için ödenen giderleri zorunlu olarak teminat altına alır, sigorta şirketinin yasadan ve sözleşmeden doğan bu yükümlülüğü, 6111 sayılı yasa ile getirilen düzenleme ile sona erdirilmiş bulunmaktadır.

- Yukarıda açıklanan yasal düzenlemelere göre, 2918 sayılı yasanın 98. maddesinde belirtilen fatura edilmiş veya belgelendirilmiş tedavi giderleri yönünden sorumluluk “Sosyal Güvenlik Kurumu’na” geçtiğinden ancak yasal hasım “Sosyal Güvenlik Kurumu” olması gerekir, ancak davacı tarafından talep edilen kaçınılmaz ve belgeye bağlanamayan tedavi giderlerinin ise sigorta şirketlerinin ve Güvence Hesabı’nın sorumluluğunun bulunduğu kabul edilmelidir.

## 2. Tedavi sırasında veya sonrasında yapılması zorunlu dolaylı harcamalar:

- a) Refakatçi, özel bakıcı ve özel beslenme giderleri.
- b) Yol giderleri (hastanın ve yakınlarının hastanelere, sağlık kurumlarına, doktor muayenehanelerine, fizik tedavi yerlerine gidip gelme yol giderleri).
- c) Hastanın başka bir şehirde veya yurt dışında tedavisi gerekiyorsa, kendisinin ve yakınlarının (otomobil, otobüs, tren, uçak gibi) taşıt giderleri.
- d) Tedavi için gidilen yerde hastanın ve yakınlarının otel, lokanta, ulaşım gibi barınma ve beslenme giderleri.
- e) Haksız eyleme uğranıldığı veya kaza geçirildiği sırada, hastanın yakınları uzak bir yerleşim yerinde iseler, onların hastanın tedavi gördüğü kente geliş gidiş ulaşım giderleri ile geldikleri yerde otel, lokanta gibi barınma ve beslenme giderleri.
- f) Hastaneden çıktıktan sonra evde bakımı sürdürülen yaralı için eve gelip giden iğneci, pansumancı, fizyoterapist gibi kişilere ödenen ücretler.
- g) Hekimlerce gerekli görülmesi durumunda kaplıca, ılıca, dağ veya deniz kıyısı gibi hava değişim yerlerine ödenen paralar.
- h) Tedavisi sonuçlanmasına karşın, bir süre toplu taşıma araçlarına binemeyen veya kendi otomobilini kullanamayan hastanın işe gidiş geliş taksi ücretlerinden, toplu taşıma ücretlerinin veya kendi aracının benzin paralarının indiriminden sonra aradaki farktan oluşan harcamalar.  
(Av. Çelik Ahmet Çelik, Tazminat Davalarında Geçici İşgöremezlik Zararları ve Tedavi Giderleri, Legal Yayıncılık, 2004, 111 s.)

## 3. İşgöremezlik süresi içinde yardımcı kişi kullanılması:

Kaza sonucu geçici işgöremezlik kaybına uğrayan kişiler, iyileşme ve mesleki işten kalma süresi içinde kendi işlerini başkalarına yaptırabilirler. Böylece yardımcı kişi kullanmış olurlar. Bu kişilere ücret ödenmiş olabileceği gibi, ücretsiz de çalıştırılmış olabilirler. Genellikle kaza geçirenin yakınları ücretsiz ve karşılıksız yardımcı durumundadırlar. Bunlara bir ücret ödenmemesi, kazaya neden olan kişiden veya diğer tazminat sorumlularından maddi tazminat istenmesine engel değildir. Çünkü yardım karşılıksız yapılmış bile olsa, yakınlar için bir yük ve bir ek külfet oluşturacaktır. Bu külfetin parasal olarak değerlendirilmesi gerekir.

(Av. Çelik Ahmet Çelik, Tazminat Davalarında Geçici İşgöremezlik Zararları ve Tedavi Giderleri, Legal Yayıncılık, 2004, 40 s.)