

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



ADLİ TIP ANABİLİM DALI

EÜTF ADLİ TIP ANABİLİM DALINDA DÜZENLENEN MESLEKTE KAZANMA
GÜCÜNDEKİ AZALMA ORANI RAPORLARININ ENGELLİ SAĞLIK KURULU
RAPORLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırma Görevlisi

Dr. Uğur ATA

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ender ŞENOL

İZMİR-2019

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**EÜTF ADLİ TIP ANABİLİM DALINDA DÜZENLENEN MESLEKTE KAZANMA
GÜCÜNDEKİ AZALMA ORANI RAPORLARININ ENGELLİ SAĞLIK KURULU
RAPORLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Araştırma Görevlisi
Dr. Uğur ATA

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ender ŞENOL

İZMİR-2019

ÖNSÖZ

Asistanlığım ve tez çalışma sürecim boyunca desteğini esirgemeyen tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ender ŞENOL başta olmak üzere, tecrübelerini biz asistanlarıyla paylaşarak hepimizi birer akademisyen olarak görme temennisini her fırsatta dile getiren Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ'a, tez çalışmam sırasında önerileriyle yolumu aydınlatan, çalışma disipliniyle örnek olan, asistanlığım boyunca çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Ahsen KAYA'ya, uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgisi ve deneyimini paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Hülya GÜLER'e,

Tez jürimde yer alarak beni onurlandıran İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ferhat Turgut Tunçez'e,

Çalışma hayatımda olduğu kadar sosyal hayatımda da desteklerini esirgemeyen Dr. Cemil ÇELİK başta olmak üzere, Dr. Fırat İLERİ, Dr. H. Sezin YILMAZER, Dr. Hayrettin ALTINDAĞ, Dr. Engin BAYRAKCI, Dr. Derya ÇAĞLAYAN, Dr. Elif DURDAĞI, Dr. Selen CAN, Dr. Ali Mert KARACA, Dr. Burcu ÖZÇALIŞKAN, Dr. Ramazan TEMÜRKOL ve birlikte çalıştığım diğer tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER.....	II
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TABLOLAR LİSTESİ	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ	VII
GRAFİKLER LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanımlamalar	3
2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları	3
2.1.2 Engelli, Özürlü, Sakat ve Maluliyet Kavramları.....	4
2.1.2.1. Engelli, Özürlü ve Sakat Kavramları.....	4
2.1.2.2. Maluliyet ve İlgili Kavramlar	8
2.1.3 Sosyal Güvenlik Hakkı Kavramı.....	10
2.2. Tarihçe	11
2.2.1. Engellilik Tarihçesi	11
2.2.2. Sosyal Güvenlik Sistemi Tarihçesi	13
2.2.3. Sigorta Kavramı ve Tarihçesi.....	16
2.2.3.1. Yaptırılması Zorunlu Sigortalar.....	18
2.3. Maluliyet Oranı Tespiti ile İlgili Yasal Düzenlemeler	18
2.3.1. 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu	18
2.3.2. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	19
2.3.3. 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu	21
2.3.4. Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları...22	
2.3.5. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası	22
2.3.6. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği	23
2.3.7. Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik	25
2.3.8. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik	26
2.3.9. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik.....	27
2.3.10. Adli Tıp Kurumu Kanunu	28
2.4. Bedensel Zararların Tazmini.....	28

2.4.1. Tedavi Giderleri	29
2.4.2. Kazanç Kaybı	30
2.4.3. Çalışma Gücünün Azalmasından ya da Yitirilmesinden Doğan Zararlar	31
2.4.4. Ekonomik Geleceğin Sarsılmasından Doğan Zararlar	32
2.4.5. İliyet Bağı.....	32
2.5. Adli Tıp Açısından Maluliyet	34
2.5.1. İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonucu Maluliyet Oranı Hesabında Kullanılacak Yönetmelikler.....	37
2.5.2. Trafik Kazası Sonucu Maluliyet Oranı Hesabında Kullanılacak Yönetmelikler	37
2.5.3. Diğer Bedensel Zararlar Sonucu Maluliyet Oranı Hesabında Kullanılacak Yönetmelikler.....	38
2.5.4. Maluliyet Cetvellerine Göre Meslekte Kazanma Gücünde Azalma Oranı Hesaplama Yöntemi	39
2.5.6. Engellilik Cetvellerine Göre Engellilik Oranı Hesaplama Yöntemi	42
3. GEREÇ ve YÖNTEM	44
3.1. Etik Kurul Onayı ve İzinler	44
3.2. Çalışma Grubu ve Veri Toplama	44
3.3. Verilerin Analizi	44
4. BULGULAR	46
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
7. KAYNAKLAR.....	74
8. EKLER	81
EK 1: EÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	81
EK 2: Erişkinler İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	83
EK 3: Çocuklar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	85
EK 4: Olgu Rapor Formu Örneği	87

ÖZET

EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalında Düzenlenen Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı Raporlarının Engelli Sağlık Kurulu Raporları ile Karşılaştırılması

Maluliyet raporlarının düzenlenmesi Adli Tıp uygulamalarından biri olup bu konudaki başvuruların gün geçtikçe arttığı gözlenmektedir. Bu raporları düzenlerken farklı yönetmelikler kullanılması ve dolayısıyla farklı oranlar tespit edilmesi, yargılama sürecinde karışıklığa yol açmakta, hak kayıplarının yanı sıra bilirkişiye güvenilirliği zedelemektedir. Raporların sonuçlarında farklı oranlar tespit edilmesi itirazlara yol açarak tekrar tekrar rapor alınmasına ve yargılama sürecinin uzamasına neden olmaktadır. Bu çalışmada bu farkın neden kaynaklandığını, hesaplamada kullanılan cetvellerin eksik yanlarını, rapor hazırlama sürecinde karşılaşılan güçlükleri tespit ederek, çözüm önerilerinde bulunmak amaçlandı.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Adli Tıp Anabilim Dalına 1 Ekim 2018-1 Şubat 2019 tarihleri arasında Hukuk Mahkemeleri ve Sigorta Tahkim Komisyonları tarafından gönderilen ve maluliyet raporu düzenlenmesi için başvuran olguların saptanan fonksiyon kısıtlılıkları ve arızalarına göre D ve E Cetvellerine göre hesaplanan oranları ile Engellilik Cetveline göre hesaplanan oran olgu rapor formlarına kayıt edildi. Olgu rapor formlarına kaydedilen veriler SPSS 25.0 istatistik programına kodlanarak girildi ve analiz edildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Maluliyet raporu istemiyle başvuran 205 olgunun 148'i (%72,2) erkek, 57'si (%27,8) kadın olup olguların yaşları 10'arlı gruplara ayrıldığında, olguların en çok 20-29 yaş grubunda olduğu, bunu 30-39 yaş grubunun izlediği görüldü. Başvuruların %96,6'sının trafik kazası nedeniyle yaralandığı saptandı. Engellilik Cetveline göre hesaplanan engel oranının, D Cetveli ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranlarına göre anlamlı olarak ($p < 0,05$) daha az olduğu, D Cetveli ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları arasında ise anlamlı bir fark bulunmadığı ($p > 0,05$) görüldü.

Sonuç olarak, kullanılan yönetmeliğe göre aynı olgu için farklı oranlar hesaplanmakta, bu durum ödenen tazminat miktarının değişmesine ve kişilerin hak kaybına uğramasına neden olmaktadır. Bu mağduriyetin ortadan kaldırılması adına, hukuk profesyonelleri ve Adli Tıp Uzmanlarının ortak çalışması ile objektif ve standart bir değerlendirme yapılabilmesini mümkün kılan, bilimsel, modern çağın gereksinimlerine uygun, herkes tarafından kabul göreceği yeni bir cetvel hazırlanması ya da mevcut cetvellerin güncellenmesi uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Adli tıp; Maluliyet; Engellilik; Bedensel zarar; Bilirkişi; Tazminat.

ABSTRACT

Comparison of “The report of loss amount of the earning power in the profession” with “Disability Reports” prepared by Department of Forensic Medicine of Ege University Medical Faculty

The preparation of disability reports is one of the forensic medicine practices and it is observed that the applications on this subject are increasing day by day. Due to the use of different regulations in the preparation of these reports, different rates may lead to confusion in the judgment process, as well as loss of rights of the victims and the reliability of the expert. Identification different rates in the results of the reports leads to objections, resulting in repeatedly receiving reports to the victims and prolonging the judgment process. This research aimt at identifying the reasons of this difference, the missing aspects of the scales used in the calculation, the difficulties encountered during the report preparation process and to propose solutions.

Functional limitations and malfunctions of cases determined to Ege University Medical Faculty Forensic Medicine Department between October 1, 2018 and February 1, 2019 by Legal Courts, Labor Courts and Insurance Arbitration Commissions for disability report were determined. The loss amount of the earning power in the profession calculated by to D and E scale and the disability rate calculated according to Disability scale were recorded in the case report forms. Data recorded in case report forms were entered into SPSS 25.0 statistical program and analyzed. Significance level was accepted as $p < 0.05$.

Out of 205 patients who applied for disability report, 148 (72.2%) were male and 57 (27.8%) were female. The cases were mostly in the 20-29 age group, followed by the 30-39 age group. 96.6% of the victims were injured due to traffic accidents. The disability ratio calculated according to the disability scale was found to be significantly less ($p < 0.05$) compared to the loss amount of the earning power in the profession calculated according to the D and E scales. There was no significant difference between the rates of loss amount of the earning power in the profession calculated according to Scale D and Scale E ($p > 0.05$).

As a result, different rates are calculated according to the regulation used for the same phenomenon, which results in changes in the amount of compensation paid and loss of rights. In order to eliminate this problem, it would be appropriate to prepare a new scale that will be accepted by everyone, or to update the existing scales, in accordance with the requirements of the scientific, modern era, which enables an objective and standard assessment to be made with the joint work of legal professionals and Forensic Medicine Specialists.

Keywords: Forensic medicine; Disability; Personal injury; Expert; Compensation.

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Trafik kazası, ölü ve yaralı sayısı, 2008-2017.....	37
Tablo 2. Olguların cinsiyete göre yaş ortalamaları.....	46
Tablo 3. Mahkeme istek yazılarında kullanılan kavramlar.....	47
Tablo 4. Mesleklere göre olguların dağılımı.....	48
Tablo 5. Yaralanmaya neden olan travma türünün dağılımı.....	49
Tablo 6. Kemik kırıkları ve diğer yaralanmaların dağılım yüzdeleri.....	50
Tablo 7. Olaya Bağlı Olarak Gelişen Fonksiyon Kısıtlılıkları ve Arızalar.....	51
Tablo 8. Maluliyet Cetveline Göre Arıza Grubu Oranları.....	52
Tablo 9. Engellilik Cetveline Göre Arıza Grubu Oranları.....	53
Tablo 10. Olguların Maluliyet Cetveline ve Engellilik Cetveline göre hesaplanan oranlarının maksimum ve minimum değerleri ile ortalamaları.....	54
Tablo 11. Yalnızca pelvis ve alt ekstremitte arızası bulunan olguların Maluliyet Cetveli ve Engellilik Cetveline göre oranlarının ortalamaları.....	54
Tablo 12. Yalnızca üst ekstremitte arızası bulunan olguların Maluliyet Cetveli ve Engellilik Cetveline göre oranlarının ortalamaları.....	55
Tablo 13. D ve E Cetvellerine göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları, Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı, yaş ve tıbbi iyileşme süreleri arasındaki korelasyon analizi katsayıları.....	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Adli Tıpta Maluliyet Raporu ile İlgili Kavramlar.....10



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Onlu yaş gruplarına göre olguların dağılımı.....	46
Grafik 2. D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ile tıbbi iyileşme süresi korelasyon grafiği.....	56
Grafik 3. D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ile Engellilik Oranı korelasyon grafiği.....	56



KISALTMALAR LİSTESİ

Ark.: Arkadaşları

ATK: Adli Tıp Kurumu

BM: Birleşmiş Milletler

ÇGMKGKOTİY: Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği

ÇÖZGER: Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EÖSEVSKRY: Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik

EÜTF: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

HD: Hukuk Dairesi

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)

KMAZMSS: Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

KTK: Karayolları Trafik Kanunu

MTİY: Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği

RG: Resmi Gazete

SSSİT: Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü

TBK: Türk Borçlar Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Maluliyet sözcüğü, dilimize Arapçadan geçmiş olup “sakatlık” anlamına gelmektedir (1). Engellilik ise yaralanma, hastalık sonucu meydana gelen fiziksel veya ruhsal bir bozukluk sonucu duysal ya da fonksiyonel kısıtlanma demektir (2). Son yıllarda ülkemizde sıklığı gittikçe artan iş ve trafik kazaları gibi travmatik olaylarda yaşanan sakatlıklar, bu olaylardaki hak ve sorumlulukların sıkça tartışılmasına neden olmaktadır. Bu durum, kişilerin cezai sorumlulukları yanı sıra hukuki sorumluluklarına da neden olmaktadır.

Tazminat davalarında maluliyet oranının tespitinde 11/10/2008 tarihine kadar Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 11/10/2008-01/09/2013 tarihleri arasında Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (ÇGMKKGKOTİY), 01/09/2013 tarihinden sonra ise Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği (MTİY) kullanılmaktadır. Ayrıca 14/05/2015 tarih, 29355 sayılı Resmi Gazetede (RG) yayımlanan Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası (KMAZMSS) Genel Şartları madde A.5. c)’de trafik kazasına bağlı sürekli sakatlık tazminatı hesaplamalarında, 01/06/2015 tarihinden itibaren engellilik ölçütü, sınıflandırılması ve engellilere verilecek sağlık kurulu raporlarına ilişkin mevzuatın göz önünde bulundurulması hususu belirtilmiş ve ayrıca 26.04.2016 tarihinde Karayolları Trafik Kanunu’nda (KTK) yapılan değişiklikle Genel Şartlarda yapılan değişikliklere atıf yapılmıştır. Bununla birlikte Genel Şartlarda bu husus düzenlenirken bazı detayların gözden kaçtığı anlaşılmaktadır. Çünkü bu yönetmelik hükümlerine göre rapor düzenleyen Sağlık Kurulları, trafik kazasının sebep olduğu sakatlık ile kişinin doğuştan gelen veya edinsel rahatsızlıklarını birlikte değerlendirebilmektedir. Bu nedenle bu yönetmelik uyarınca alınan raporlar, sigorta şirketlerinin zararına olabilmektedir. Bununla birlikte olay tarihinde yürürlükte olan yönetmelik gözetilmeksizin düzenlenerek mahkemeye sunulan Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı Raporları ve Engelli Sağlık Kurulu raporlarında farklı oranlar tespit edilmesi, yargılama sürecinde karışıklığa yol açmakta, hak kayıplarının yanı sıra bilirkişiye güvenilirliği zedelemektedir. Bu durum tekrar tekrar rapor alınmasına yol açarak yargılama sürecinin uzamasına neden olmaktadır.

20.02.2019 tarihinden sonra meydana gelen iş kazası ve/veya meslek hastalığı dışındaki terör/kaza/yaralanma olaylarında maluliyet oranı hesabında 30692 sayılı “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ve “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” kullanılmaya başlanmış olup erişkinler ve çocuklar için ayrı cetveller düzenlenmiştir.

Bu alışmada; 1 Ekim 2018-1 Şubat 2019 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Adli Tıp Anabilim Dalına Hukuk Mahkemeleri ve Sigorta Tahkim Komisyonları tarafından gönderilen ve maluliyet raporu düzenlenmesi için başvuran olguların, Maluliyet Cetveline ve Engellilik Cetveline göre düzenlenen raporlarının, aynı arıza için hesaplanan oranları karşılaştırılacaktır. Engelli Sağlık Kurulu Raporları ve Meslekte Kazanma Gücünde Azalma Oranı Raporları arasındaki farkların neden oluştuğunu ortaya koymak, raporlar düzenlenirken kullanılan yönetmeliklerin kısıtlılıklarına ve bilirkişilerin karşılaştıkları güçlüklere dikkat çekmek, yeni hazırlanacak yönetmeliklere katkı sağlamak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlamalar

Yapılacak bir çalışmada, ilk aşamada konu ile ilgili tanımlamaların yapılması, çalışma içerisinde kullanılan kavramlar ile neyin anlatıldığını göstermek için önem arz etmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada öncelikle konu ile ilgili genel kavramların tanımları yapılacaktır.

2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık tanımını sadece hastalık ve sakatlığın olmamasıyla sınırlandırmamış; fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik halinin de bulunması gerektiğini belirtmiştir. Bu tanım en yaygın kullanılan, bütüncül ve en kapsamlı tanımlardan biridir (3, 4). Ancak yıllar içinde bu tanımlamanın eksik bir tanımlama olduğu belirtilmiştir (3, 4). DSÖ'nün sağlık tanımında geçen "tam iyilik hali"nin nasıl ölçüleceği, kişiye, toplumlara göre değişip değişmediği konularında eleştiriler yöneltilmiştir. Bireylerin "iyilik hali"ni birbirinden farklı tanımladığı, bu tanımlamalarda kişisel özelliklerinin, ailelerinin, sosyal çevrelerinin, aldıkları eğitimin, dini inançlarının etkili olduğu görülmüştür (4). Bu açıdan bakıldığında fiziksel ya da ruhsal bir rahatsızlığı bulunmasına rağmen birey kendisini sağlıklı olarak değerlendirebilirken, tam tersi durumda, hiçbir bozukluğu bulunmamasına rağmen kendisini hasta olarak algılayabilmektedir. Bu durumda bir kişinin sağlıklı olduğundan bahsedebilmek için; hem bireyin kendi değerleri doğrultusunda baktığında kendini sağlıklı olarak görmesi, hem de objektif olarak (yapılan muayenesi ve tetkikler sonucunda) biyolojik açıdan sağlıklı olması gerekir (4). Sosyal anlamda sağlıklı olmak, bireylerin toplumda üstüne düşen görevi yerine getirmesi olarak değerlendirilebilmektedir. Bu kapsamda bakıldığında; bireylerin işlevsel olma yetenekleri sağlıklı olmanın koşulları arasında sayılmaktadır (3).

Sağlığın tek bir tanımı olmadığı gibi, hastalığın tanımlanması da toplumsal özelliklere ve çağa göre değişmektedir (4). Hastalık (disease) ile bireyin kendisini hasta hissetmesi (illness) farklı kavramlar olup birisi hastalığın patolojik sürecini işaret ederken diğeri psikososyal kökenlerine işaret etmektedir. Objektif olarak hastalık (disease), bazı semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir bozukluğu ifade ederken, sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının sübjektif olarak bireyce algılanması, ağrı, halsizlik, baş dönmesi, vb. gibi rahatsızlıkları hissetmesi sosyokültürel açıdan bireyin kendisini hasta hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (3). Hastalık durumu yalnızca insan vücudunda patolojik bir durumun olması, fizyolojinin anormalleşmesi ile açıklanamaz. Bu anormal fizyolojinin kişinin fiziksel

fonksiyonlarında bir kısıtlanma meydana getirmesi, ruhsal ve sosyal işlevlerinde bir azalma ya da kayıp oluşturması söz konusudur (4). Her bireyin kendini algılaması; inancına, toplumsal yapıya, kültürüne göre değiştiğinden kendisinde meydana gelen patolojik süreci, fonksiyonel kısıtlılıkları anlamlandırması, dolayısıyla hasta olup olmadığı konusundaki değerlendirmesi farklı olacaktır (4).

2.1.2 Engelli, Özürlü, Sakat ve Maluliyet Kavramları

“Özürlü”, “sakat”, “engelli” ve “maluliyet” kavramları farklı anlamlar taşımasına rağmen konuşma ve yazı dilimizde birbirinin yerine sıklıkla kullanılmaktadır. Bu alanda kullanılan kavramlarla ilgili genel kabul görmüş tanımlamalar bulunmamaktadır (5). Mevcut kavramların olumsuz bir mana ve değer yüklü olduğu gerekçesiyle pek çok yeni tanımlama yapılmakta, bunun sonucu olarak kavram kargaşası oluşmakta ve engellilere yönelik politikaların, yasaların ve hizmetlerin kapsamı belirsizleşmekte, uygulamada birçok soruna yol açmaktadır (5).

2.1.2.1. Engelli, Özürlü ve Sakat Kavramları

Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğüne göre;

Engelli: 1. sıfat Engeli olan, mânialı, 2. Vücudunda eksik veya kusuru olan,

Özürlü: 1. sıfat Özürlü olan, 2. Engelli, 3. Kusuru olan, defolu,

Sakat: 1. sıfat Vücudunda hasta veya eksik bir yanı olan, engelli, özürlü, 2. mecaz Bozuk veya eksik olarak tanımlanmıştır (6). Bu terimler incelediğinde; özürlü teriminin, bir hatanın, eksikliğin, işlenen bir günahın, cezalandırılması gereken bir suçun olması nedeniyle affedilmeyi çağrıştıran özür sözcüğünden türemiş olduğu görülmektedir (7). Sakat terimi ise, vücudunda bozukluk, eksiklik, yetersizlik olan kişi anlamına gelmektedir. Özürlü ve sakat terimlerinin, kişilerin fiziksel ve/veya ruhsal bozukluklarını ön plana çıkardığı söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında, kişilerin yaşadıkları sıkıntının kaynağının kendileri olduğu ve bu sıkıntıya neden olduklarından dolayı üzgün olmaları, hatta özür dilemelerini gerektiren bir durumun söz konusu olduğu algısı yaratabilmektedir (7).

Özürlülük kavramının açıklanmasında genel olarak iki yaklaşım söz konusudur (8). Medikal ya da bireyci bakış açısında özürlülük, bireyin fonksiyon bozukluğu temelinde açıklanıp daha çok bu fonksiyon bozukluğunun giderilebilmesi için tedavi ve rehabilitasyon ön planda tutulmaktadır. Sosyal model ise medikal modele tepki olarak doğmuş olup medikal modelin aksine özürlülerin bağımsız yaşayabilmesini, özgürlüklerinin artmasını ve bireylerin eşitliğini öne sürmektedir. Sosyal modelde oluşan sıkıntıların bireyin fonksiyonel

bozukluklarından kaynaklanmadığı, toplumsal ve çevresel şartların bireylerin yaşama katılmasını kısıtlamasından dolayı ortaya çıktığı, bu durumun toplumsal bir mesele olduğu vurgulanmaktadır (8).

Birleşmiş Milletler'in (BM) Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesinde; "diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler" **engelli bireyler (person with disabilities)** olarak tanımlanmıştır. Ayrıca sözleşmede engellilik olgusunun gelişen bir kavram olduğu belirtilerek, fiziksel ya da zihinsel kısıtlılıkları bulunan engelli bireyin toplumsal yaşama, kısıtlılığı bulunmayan bireylerle aynı düzeyde katılmama nedeninin, çevresel ve toplumsal koşullar olduğu vurgulanmaktadır (9). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) "Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdam (Sakatlar) Sözleşmesi"nde, sakat (disabled person) terimi "uygun istihdamı sağlama ve elde tutma ihtimalleri, fiziksel veya zihinsel bozulma nedeniyle büyük ölçüde azalmış olan birey" olarak tanımlanmış ve engelli bireylerin istihdam edilmedeki dezavantajlı durumları ortaya konulmuştur (10). DSÖ'nün engellilik ile ilgili kavramlarda ortak bir dil oluşturmak ve standartizasyon sağlamak amacıyla 1980 yılında yayımladığı Sakatlık, İş Göremezlik ve Engelliliklerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) isimli belgesinde yaptığı tanımlamalara göre;

- Sağlık bağlamında bir bozulma, psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapı veya fonksiyonun bir kaybı veya anormalliği **bozukluk (impairment)**,
- Sağlık bakımından herhangi bir bozukluk nedeniyle bir aktiviteyi normal şekilde ve normal kabul edilen aralıkta gerçekleştirmedeki kısıtlılık veya eksiklik **yetersizlik/özürlülük (disability)**,
- Bir yetersizlik ya da bozukluk nedeni ile kişinin yaşı, cinsiyeti ve kültürel özellikleri göz önünde bulundurulduğunda kendisi için normal kabul edilen bir rolü yerine getirmesini engelleyen ya da kısıtlayan duruma **engellilik (handicap)** denilmektedir (11).

DSÖ'nün bu tanımlamalarına zaman içerisinde pek çok eleştiri getirilmiştir. Ortak dil oluşturma çabası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Functioning, Disability and Health) belgesinde de devam etmiş, ayrıca ülkelerde sağlık sistemlerinin başarısının ölçülebilmesini sağlamak, sağlık sistemlerinde bilgilerin kaydedilmesi sırasında standart bir kodlama oluşturmak amaçlanmıştır (5). Bu belgede yapılan tanımlamalara göre;

- Vücut yapısında veya psikolojik fonksiyonlarda eksiklik veya anormallik, istatistiksel olarak standart nüfusun genel ortalamasından önemli derecede sapma, kişide işlev veya yapı bozukluğu olması durumu **bozukluk (impairment)**,
- Bireyin faaliyetlerini yürütürken, sağlık sorunu olmayan kişilerin faaliyetleri uygulama şekli ve derecelerine göre miktar ya da nitelik olarak az veya çok kaybının olması **etkinlik sınırlılıkları (activity limitations)**,
- Bireyin yaşam durumları içerisinde, engeli olmayan kişilerin belirli kültürel ve toplumsal özellikler doğrultusunda yaşama katılımlarına göre kısıtlılıklarının olması **katılım kısıtlılıkları (participation restrictions)** olarak tanımlanmıştır (12).

Ulusal mevzuatımızda konuyla ilgili yapılan tanımlamalara baktığımızda 5378 Nolu Engelliler Kanunu'nda **engelli**; fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyuşsal yeteneklerinde farklı oranlarda kayıplarından dolayı toplumsal yaşama, engeli bulunmayan bireylerle aynı nitelik ve nicelikte katılımını kısıtlayan, toplumsal tutum ve çevresel koşullardan etkilenen birey olarak tanımlanmıştır (13). Bu Kanunun 5. maddesinde engellilik durumunun tespiti amacıyla bir yönetmelik çıkartılacağı belirtilmiştir (13). Bu doğrultuda 30 Mart 2013 tarihli 28603 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” (EÖSEVSKRY) çıkartılmış, kanundakine benzer bir engelli tanımı yapılmış ve ağır engelli kavramından bahsedilmiştir (14). Yönetmelikte yapılan tanımlamaya göre engelli bir bireyin ağır engelli sayılabilmesi için engel oranının %50 olmasının yanında günlük yaşam aktivitelerinden olan yeme-içme, öz bakım, iletişim kurma, hareket etme gibi faaliyetleri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştirememesi gerekecektir (14). Yönetmelikte hafif engelli tanımlaması yapılmamakla birlikte ağır engelli kriterlerini karşılamayan engelli bireyler hafif engelli sayılabileceklerdir. 4857 Sayılı İş Kanunu doğrultusunda çıkarılan 25.04.2009 tarihli 27210 Sayılı RG'de yayımlanan “Yurtiçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”te de doğuştan ya da edinsel nedenlerle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal fonksiyonlarında bozulma sonucu yaşam aktivitelerinde kısıtlılık olan ve rehabilitasyon, bakım vb. sosyal hizmetlere ihtiyaç duyan ve engelli sağlık kurulu raporunda engel oranı %40 tespit edilenler engelli bireyler olarak tanımlanmıştır (15).

Engellilik ile ilgili kavram kargaşası oluşmasının nedeni kanun, yönetmelik gibi resmi belgeler başta olmak üzere, devlet kurumlarında, sivil toplum örgütlerinde, bilimsel yayınlarda kavram tercihinde bir tutarlılık olmamasıdır. 1990'lı yılların sonlarına kadar uluslararası metinlerde geçen “disabled person” ve “person with disabilities” terimlerinin ülkemizdeki resmi çevirilerde ve bilimsel kaynaklarda “sakat” olarak kullanıldığı görülmektedir. Sonraki

yıllarda ise “özürlü” olarak yer aldığı görülürken; 2006 yılında BM’in kabul ettiği “Convention on The Rights of Persons with Disabilities” orijinal adlı sözleşme “Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme” biçiminde çevrilmiş, böylece ülkemizde ilk kez “person with disabilities” kavramı “engelliler” olarak tercüme edilmiştir (5). Anayasamızda engelli bireyler “sakat” terimi ile ifade edilirken, spor federasyonları “Görme Engelliler Spor Federasyonu” şeklinde isimlendirilmekte, “Zihinsel Engelliler Öğretmenliği” gibi eğitim programlarının adlandırılmasında “engelli” kavramı kullanılmaktadır. Bununla birlikte sivil toplum örgütü isimlendirilmelerinde “sakat”, “özürlü”, “engelli” kavramlarının yanında bireylerin fonksiyon kısıtlılıklarını ön plana çıkararak “kör”, “sağır ve dilsiz” gibi terimlerin de kullanıldığı görülmektedir. Bu konuda “Türkiye Sakatları Koruma Vakfı”, “Zihinsel Özürlü Çocukları Koruma Derneği”, “Görme Engelliler Federasyonu”, “Körlere Işık Vakfı”, “Bursa Sağır Spor Kulübü” gibi pek çok örnek verilebilmektedir (5). 3 Mayıs 2013 tarihli 28636 sayılı RG’de yayımlanan 6462 sayılı Kanunla yapılan düzenlemede resmi kaynaklarda geçen özürlü, sakat veya çürük (askere uygun değildir) kavramlarının yerine engelli kavramının kullanılması getirilmiştir (16).

Konuyla ilgili en son olarak 20 Şubat 2019 tarihli 30692 Sayılı RG’de “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ve “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır (17, 18). Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelikte bir önceki yönetmelikle birebir aynı şekilde “engelli” tanımı yapılmış ancak ağır engelli ya da hafif engelli ifadelerine yer verilmediği görülmüştür. Bunun yerine; fiziksel ya da ruhsal kısıtlılığının sonucu olarak, fonksiyonel bağımsızlık ölçekleriyle değerlendirildiğinde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yardım alması gereken engellilerin **kısmi bağımlı engelli birey** ve engel oranı %50 ve üzeri olduğu tespit edilenlerden fiziksel ya da ruhsal kısıtlılığının sonucu olarak, fonksiyonel bağımsızlık ölçekleriyle değerlendirildiğinde günlük yaşam aktivitelerini yardım almasına rağmen kendi başına gerçekleştiremeyen engellilerin **tam bağımlı engelli birey** olarak tanımlandığı görülmüştür (17). Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik ile birlikte engelli çocuklar için engelli ifadesi yerine özel gereksinimi olan çocuk ifadesi yer almaktadır. Yönetmelikte; işlev kaybı bulunan çocuğun çevresel etmenler nedeniyle aynı yaştaki çocuklara göre etkinlik ve yaşama katılımının kalitesinde ya da miktarında azalma olması **toplumsal yaşama katılım kısıtlılığı** olarak ve çocuğun toplumsal yaşama katılımının niteliği ve niceliğinin artırılması için fiziksel ya da ruhsal kısıtlılığı bulunmayan kişilerden farklı sağlık ve eğitim hizmeti, rehabilitasyon, ortez, protez ve diğer medikal cihaz, çevre tasarımı ile diğer sosyal ve ekonomik haklara ve hizmetlere gereksiniminin olması **özel gereksinim** olarak tanımlanmıştır (18).

2.1.2.2. Maluliyet ve İlgili Kavramlar

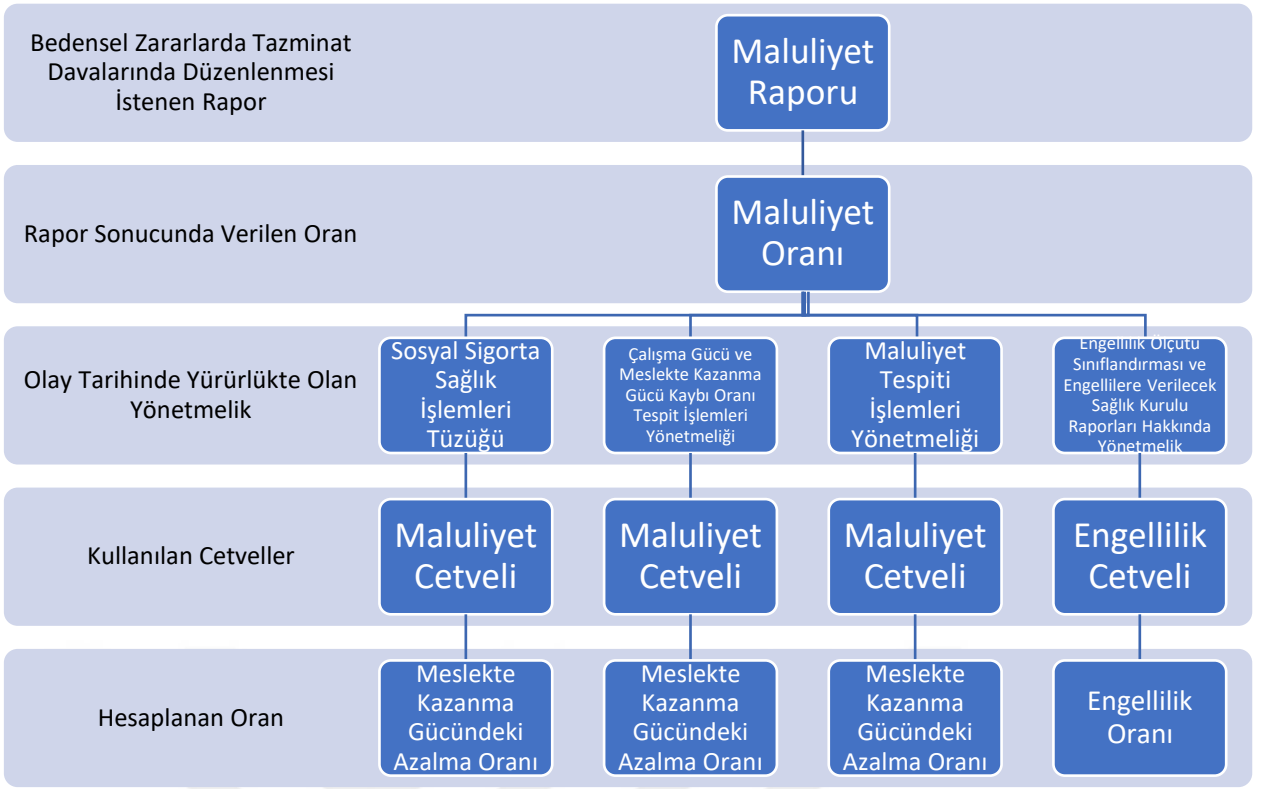
Arapçadan köken alan bir sözcük olan maluliyet (Ma'lulliyet), hastalık ve sakatlık anlamı taşıyan “**illet**” kelimesinden türetilmiştir (1). TDK sözlüğüne göre de malullük, sakat olmayı ifade etmektedir (6). Maluliyet sözcüğü köken olarak hastalık ve sakatlıktan türemiş olsa da konsept olarak oldukça farklı anlam içermektedir. Yazılı ve sözlü dilde sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılan “özürlülük”, “sakatlık”, “engellilik” “malullük”, “iş göremezlik”, “çalışma gücü kaybı” ve “meslekte kazanma gücü kaybı” gibi kavramlar aslında farklı içerikler barındırmaktadır. Ancak bu kavramların içeriklerinin tam olarak belirlenememesi, ortak bir tanımda uzlaşma sağlanamaması ve kavramların dinamik bir yapıda olması nedenleriyle karışıklık yaşanmaktadır. Birgen ve Ark.’nın ülkemizde bilimsel yayınlarda ve yasal mevzuatta yapılan maluliyet ve maluliyet oranı tanımlamalarını göz önünde bulundurarak yaptığı tanımlamada; darp, trafik kazası, iş kazası, ateşli silah yaralanması, yüksekten düşme gibi travmalar sonucunda meydana gelen ve insan vücudunda farklı derecelerde bozukluk oluşturan yaralanmaların ya da çalıştıkları meslekle ilgili oluşan meslek hastalıklarının, yapılan tedavilere rağmen tamamen iyileşmemesi, kalıcı fonksiyon bozukluğu ve/veya anatomik kayıpların oluşması durumuna malul olma hali ya da **maluliyet** adı verilmiştir (19). Hukuk sözlüğünde yapılan tanımlamada ise; bir kimsenin bir dış etki, hastalık veya kaza sonucunda gücünü kısmen veya tamamen yitirmesi malullük olarak tanımlanmaktadır (20).

Maluliyet; sakatlıktan türeyen bir kavram olsa da her sakatlık maluliyet durumu oluşturmamakta ancak her maluliyet bir sakatlık durumunu ifade etmektedir. Var olan sakatlık durumunun kişinin çalışma hayatında ya da toplumsal rollerini yerine getirmesinde bir etki yaratması, çalışma gücünü sürekli ve belli bir oranda azaltması gerekmektedir. Benzer şekilde maluliyetten söz edebilmek için sürekli iş göremezliğin olması gerekirken, her sürekli iş göremezlik durumu maluliyet anlamına gelmemekte olup sürekli iş göremezliğin belli bir seviyede olması halinde maluliyetten söz edilmektedir (21, 22). Yukarıda yapılan değerlendirmeler ışığında malullük; kişinin sigortalı olarak çalışmaya başladığı tarihten sonra bir hastalık ya da yaralanma sonucu meydana gelen fiziksel ya da zihinsel sekellerin belirli oranda sürekli iş göremezlik yaratması ya da daha önceden var olan sürekli iş göremezliğin oranını belirli bir seviyeye çıkarması durumu olarak tarif edilmektedir (21). Maluliyet hali bireylerin çalışma gücünün veya meslekte kazanma gücünün bir bölümünün veya tamamının kaybına yol açarak, ekonomik kayıplara sebebiyet vermektedir (22).

Herhangi bir hastalık veya yaralanma sonucu kişide ortaya çıkan fiziksel ya da zihinsel bozukluğun, kişinin çalışmasına geçici bir müddet ya da devamlı olarak mani olması durumu **iş göremezlik** olarak tanımlanmaktadır (21). Bir işçinin herhangi bir nedenle sağlık durumunda

bozulma olması sonucu çalışması mümkün olmayabileceği gibi, çalışmanın beklenilmezliği de söz konusu olabilmektedir. Objektif olarak bakıldığında çalışan bireyin görevini yerine getirmesi mümkün iken, yaşadığı sıkıntılı dönemin etkisinden kurtulması, eski işlevselliğine dönebilmesi için zamana ihtiyacı olduğundan bu dönemde de iş göremez olarak kabul edilmesi doğru olacaktır. Örneğin, hastanede yatarak tedavi gören bir işçinin çalışması imkansızdır. İyi niyet gereği bu çalışanın taburculuk sonrasında çalışmaya başlayana kadar evde belli bir süre istirahati uygun olacağından, bu dönemde çalışmanın beklenilmezliğinden bahsedilmektedir (21). Yukarıda da değinildiği gibi iş göremezlik durumu geçici ya da kalıcı olabilir. Sağlığında bozulma olan kişinin işini tamamen ve belirli bir süre için yapamaması ya da yapmasının beklenilmez olması durumu **geçici iş göremezlik** olarak adlandırılmaktadır. Çalışmama durumunun sürekli veya uzun süreli olması halinde ise **sürekli iş göremezlikten** bahsedilmektedir. Sürekli iş göremezlik durumu geçici iş göremezliğin aksine kısmi olabilir ve burada bahsi geçen süreklilik ömür boyu ya da değişmez nitelikte olma değil geçici sayılmayacak kadar uzun süreli olmayı ifade etmektedir (21). Maluliyet ile ilgili diğer kavramlardan olan **çalışma gücü kaybını** meslekte bağımsız olarak herhangi bir işi yapabilme becerisinin yitirilmesi, **meslekte kazanma gücünün kaybını** ise belirli bir mesleği ya da görmekte olduğu işi yerine getirmesi için gerekli niteliklerin kaybı olarak tanımlamak mümkündür (22). Çalışma gücü kaybının tespitinde, kişide var olan sekellerin, herhangi bir mesleği yapabilmesini ne oranda etkilediği değerlendirmesi tıbben yapılmakta olup var olan noksanlığın çalışma gücünü azalttığını söyleyebilmek için kişinin gelir elde etmesinde bir azalma aranmamaktadır (22).

Maluliyet oranı, maluliyet cetveli, engellilik cetveli, meslekte kazanma gücündeki azalma oranı, engellilik oranı gibi kullanılan terminolojinin daha rahat anlaşılması için aşağıdaki şeklin faydalı olacağı düşünülmüştür (Şekil 1).



Şekil 1. Adli Tıpta Maluliyet Raporu ile İlgili Kavramlar.

2.1.3 Sosyal Güvenlik Hakkı Kavramı

Sosyal devlet anlayışında, her bireyin sosyal güvenliğinin sağlanması, yani gelecekteki muhtemel riskler için endişe taşımadan çalışabilecek uygun ortam sağlanması ve çalışmalarının mümkün olmadığı durumlarda temel yaşam ihtiyaçlarının karşılanabileceği bir düzenin oluşturulması amaçlanmaktadır (22). Sosyal güvenlik kavramı, bireylerin yaşlanma, işsizlik, hastalık, ölüm gibi kontrolü dışında meydana gelen durumlarda güven içinde olması, temel sağlık, besin, barınma, eğitim gibi ihtiyaçlarının devletin almış olduğu bir dizi önlemlerle karşılanmasını ifade etmektedir (23). İkinci kuşak insan haklarından olan Sosyal Güvenlik Hakkına “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”nde de yer verilmiştir (23, 24). Bildirge’de, toplumun üyesi olan herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, bireyin onurunu ve kişiliğini geliştirebilmesi için vazgeçilemez olan ekonomik, sosyal ve kültürel hakların karşılanması gerektiği belirtilmiştir (24). Anayasamızda da uluslararası düzenlemelerde olduğu gibi toplumun her üyesinin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu belirtilmiş, devletin bu konudaki yükümlülüğüne vurgu yapılmıştır (24, 25).

2.2. Tarihçe

2.2.1. Engellilik Tarihçesi

Hastalık, sağlık, özürlülük gibi kavramların anlamları tarihsel süreç içerisinde sürekli değişikliğe uğramıştır. Hastalara, engellilere yaklaşım da buna paralel olarak değişmiştir. Avcı ve toplayıcı toplumlarda av kazalarına bağlı sakatlanmalar olmuş, tarım toplumlarında ise çeşitli yollarla bulaşan enfeksiyon hastalıkları yaşanmış ve buna bağlı olarak birçok insan hastalanmış, sakatlanmış ve ölmüştür (26). Günümüz modern toplumlarında ise tıp alanındaki gelişmelere bağlı olarak birçok hastalık tedavi edilmiş, insan hayatı uzamış, bunula birlikte, çevresel kirlenme, kötü beslenme alışkanlıkları, alkol, madde ve sigara kullanımı, sedanter yaşam, artan stres; hastalıklar ve sakatlıkların yeni nedenlerini oluşturmuştur. Bu açıdan bakıldığında, insanlık var olduğu sürece hastalık ve engellilik olgusunun da var olacağı söylenebilmektedir (26).

Engelli bireyler, insanlık tarihi boyunca birçok dönemde yok sayılmışlar ve toplumsal yaşamdan ayrı bir hayat sürmeye itilmişlerdir. Binlerce yıl öncesine ait olduğu düşünülen engellilere ait ilk kalıntılara, Irak çevresinde yapılan kazılarda rastlanmıştır (27). Kalıntılarda yapılan incelemeler sonucu bu engelli bireyin görme kaybı ve sağ kolunda felç gibi ağır sekellerinin bulunduğu tespit edilmiştir (28, 29). Eski Mezopotamya’da hafif engeli bulunan bireylerin toplumsal hayatta yer edinebilmesi için ibadethane ve devlet kurumlarında çalışmaları sağlanmıştır. Bu engelli bireylerden bazıları devlette yüksek kademedeki görev almıştır. Bu dönemde işledikleri bir suçun cezasını çeken günahkarlar olarak görülmemiş, dünyaya geldiklerinde, Yaratıcı’nın kötü bir gününde olduğunu kabul etmişlerdir (28). Eski Mısır’ın gelişmiş bir medeniyet olmasının doğal sonucu olarak engelli bireylere gereken önem verilmiştir. Hatta engellilere değer verilmesi gerektiği, dönemin ders kitaplarında da yer almaktadır (29). Eski Mısır’da görme engelli bireylerin bayramlar gibi kültürel etkinliklerde şarkıcı ve müzisyen olarak görev aldığı elde edilen bilgiler arasındadır (28). Antik Yunan mitolojisinde, ateş ve dövme tanrısı olan Hephaistos’un felçli olarak doğduğu, annesi olan Hera’nın diğer tanrılardan gizlemek için onu Olympos’tan aşağı ittiği, Hephaistos’un dövme sanatını öğrenerek içinde bulunduğu toplumsal yaşama bir katkı sağladığı anlatılmaktadır (30). Milattan Sonra 4. yüzyılda, İstanbul’da bedensel engeli bulunanların yararlanabileceği bir “Yaşama Evi” yapıldığı bilinmektedir (28). Atina’da Milattan Sonra 600’lü yıllarda savaşta yaralanarak sakat kalanlara aylık bağlandığı, daha sonra bu uygulamanın tüm engelliler için geçerli olduğu bilinmektedir (27). Roma İmparatorluğu’nda ilk dönemlerde engellilere pozitif bir yaklaşım söz konusuysa, sonraları yeni doğduğunda engelli olan veya çocukluğunun ilk

yıllarında engellilik meydana gelenlerin babaları tarafından öldürülmesine izin verilmekte olduğu bildirilmektedir (27). Engelli kölelerin sarayda ve evlerde barındırılarak eğlence maksadıyla kullanıldıkları anlatılmaktadır (28).

Yukarıda da değinildiği gibi eski medeniyetlerde, optimal olmasa da dönem dönem engelli bireylere değer verilmiştir. Ancak zaman içerisinde, özellikle ortaçağ dönemine gelindiğinde bu değer gittikçe azaldığı, engellilerin içlerinde şeytan olduğu düşüncesinin yaygınlaştığı görülmüştür. Bunun sonucu olarak engelli doğan bebekler öldürülerek şeytanın yok edileceğine inanılmıştır (29). Avrupa’da resmi kayıtlara göre ortaçağdan başlayarak 18. yüzyılın sonlarına kadar yaklaşık 9 milyon insanın cadı diye damgalanıp öldürüldüğü belirtilmektedir. Ancak bunların kaçının engelli olduğu kesin olarak bilinmemektedir (28, 29).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde insan hakları veya engelli hakları gibi kavramlar yeterince gelişmemiş olmasına rağmen, engellilerin yaşlılar evinde koruma altına alındığı, çeşitli vakıflarca desteklendiği veya bazı engellilerin yeteneklerine uygun işlerde çalıştırıldığı ve Enderun okullarında zihinsel engellilere yönelik eğitim hizmetleri sunulduğu bilinmektedir (30). Ayrıca engelliliği nedeniyle çalışması mümkün olmayan bireylere temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde maaş bağlanmıştır (27).

Bu karanlık dönemlerin ardından ilk kez 1948 yılında BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde tüm insanlar için eşitlik ilkesi çerçevesinde engellilerin haklarından bahsedilmiştir (24). Ancak bu belgenin yayımlanmasından da önce 1945 yılında BM Örgütü’nde konu çalışılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalarla başta görme ve işitme engelliler olmak üzere bedensel engeli bulunan bireylerin haklarının artırılması, engellilerin rehabilitasyonu ve engelliliğin önlenmesi konuları gündeme alınmıştır (31). Daha sonraki yıllarda birçok adım atılmakla birlikte, engelliliğin tanımının yapıldığı 9 Aralık 1975 tarihli BM Engelli Hakları Bildirisi’nin bunlardan en önemlisi olduğu söylenmektedir (9). Bu Uluslararası Sözleşme ile ülkelere, engellilere yönelik incitici, negatif söylemlerin yasaklanması tavsiyesinde bulunmuş, ayırım yapılmaksızın tüm engellilerin aynı haklara sahip olduğu vurgulanmıştır (9). 1982 yılında BM’in, “Engelliler İçin Dünya Eylem Programı”nda engelliler ile ilgili politikaların engelliliği önleme, rehabilite etme ve fırsat eşitliği yaratma başlıkları altında toplandığı görülmüştür. Engelliler ile ilgili farkındalığı artırmak amacıyla 1992 yılında BM Genel Kurulu’nun kararı ile 3 Aralık günü “Engelliler Günü” olarak ilan edilmiştir (31).

Cumhuriyet dönemiyle birlikte ülkemizde engellilere yönelik hakların iyileştirilmeye başlandığı görülmektedir. Bu iyileştirmelerle engellilerin kendi kendilerine yaşamlarını idame ettirebilmeleri amaçlanmıştır (32). 1950’li yıllarla birlikte engellilerin özel eğitim alabilmesi için Milli Eğitim Müfredatı’nda gerekli düzenlemeler yapılmıştır (33). Bu yıllarda kurulan “Altı Nokta Körler Derneği”, engelli örgütlenmesinin ilk örneği olması nedeniyle önem taşımaktadır

(32). 1960'lı yıllarda engellilerin sosyal hayattaki konumları bağlamında ilerlemeler yaşanmış, engellilerin üretkenliğinin artırılması konusu 1961 Anayasası'nda yer almış, Anayasa'ya dayanılarak ilk kez özel eğitim yönetmeliği çıkarılmıştır. Özel Eğitim Bölümü ilk kez 1965'te Ankara Üniversitesi bünyesinde kurulmuştur (32). 1970'li yıllara gelindiğinde ise engelli bireylerin iş hayatına katılarak ekonomik özgürlüklerinin sağlanması ve mesleki eğitimlerden yararlanabilmeleri için yasal düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. Çalışarak ekonomik özgürlüğünü elde edemeyen engelli bireyler ile 65 yaş üzerinde emeklilik geliri bulunmayan yaşlı bireylere 1976 yılında çıkarılan 2022 sayılı yasa ile belirli bir miktar maaş bağlanması sağlanmıştır (33). Bir önceki Anayasa'da olduğu gibi 1980 Anayasası'nda da engellilere yönelik politikalara yer verilmiştir. 1997 yılında Başbakanlığa bağlı Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın kurulmasıyla engellilere yönelik hak ve hizmetlerin daha etkin, verimli ve düzenli bir şekilde verilmesi amaçlanmıştır (33). İlerleyen yıllarda engelli bireylerin diğer bireylerle eşit düzeyde sosyal hayata katılma hakları olduğu gerçeği ortaya konulmuş, bu bağlamda katılımlarının sağlanması için özel gereksinimlerinin olduğu anlaşılmıştır. Ancak bu gereksinimlerin karşılanması için o yıllardaki yasal mevzuat yetersiz kalmaktaydı. "Engelliler Kanunu"nun 2005 yılında kabul edilmesiyle yasal mevzuattaki bu eksikliğin giderildiği görülmektedir (13). Bu gelişmelerin sağlanmasında engelli örgütlerinin çabasının etkisi büyüktür. Türkiye, 2009 yılında BM Engelli Hakları Sözleşmesi'ni kabul ederek engellilere yönelik çalışmalarını hızlandırmak durumunda kalmıştır (32). Günümüz dünyasında engelli insanlara yönelik cadı avları, şeytanlaştırma ya da soykırımların yerini, sanayileşme ve küreselleşmeyle birlikte giderek değişen üretim ilişkileri ve kol-beyin gücüne dayalı sektörlerin ön plana çıkması ve bu sektörlerin arasındaki rekabetin artmasına paralel olarak dışlanmalar ve ayrımcılık da artmaktadır. Bu durum gelir dağılımının eşitsiz olduğu ve yoksulluğun giderek arttığı dünyada, engelli olmayan insanlara uygun olarak tasarlanmış sosyal ve fiziksel yapılar içerisinde yaşayan ve çalışan engelli insanları, daha da yoksul ve dezavantajlı bir konuma sokmaktadır (34). Bununla birlikte zamanla engellilik ile ilgili artan farkındalık ve engellilerin toplumsal yaşama entegre edilmeleri konusunda olumlu çalışmalar yapılması dezavantajlı durumlarının bir nebze de olsa giderilmesine katkı sağlamaktadır.

2.2.2. Sosyal Güvenlik Sistemi Tarihçesi

Sosyal güvenliğin tarihinin insanlığın tarihi kadar eski olduğunu ileri sürmek hatalı bir yaklaşım olmayacaktır. Karşılıklı yardım ve kişisel önlemlerden oluşan, ilkel bir tür olan doğal sosyal güvenlik, bugünkü modern sosyal güvenlik sistemlerinin temelini oluşturmaktadır (35). Sanayi devrimi öncesi toplumlarda sosyal güvenlik sistemi aile içinde yardımlaşmalar, dinsel

yardımlaşmalar ve yardım sandıklarından oluşmaktadır (23, 36). Sanayileşmeden önce var olan, kurumsallaşmamış, kapsamı sınırlı, kamusal destekten yoksun, güçsüz ve dağınık, dinsel yönleri ağır basan doğal sosyal güvenlik anlayışı toplumları risklere karşı korumada yetersiz kalmıştır (35).

Yusuf Peygamber'in, tarımsal üretimde bolluğun olduğu yedi yıl boyunca stok yapması ve bunu izleyen yedi yıl boyunca yaşanan kıtlık sürecinde bu stokları kullanması, böylece açlık gibi önemli bir sosyal sıkıntının önüne geçerek yaşam standartlarında ciddi değişimleri engellemesi, sosyal güvenlik sisteminin bilinen en eski örneğini teşkil etmektedir (37). Ortaçağ'da kilise destekli aşevleri, hasta evleri gibi kurumlar, yoksullara sosyal destek sağlayan en önemli kurumlar olmuş, 16. yüzyıldan itibaren bu kurumların yanında devlet de sosyal hizmet sunmak amacıyla kurumlar oluşturmaya başlamıştır (23). 17. yüzyılda kilise destekli kurumlar, sosyal koruma aracı olarak görevlerini sürdürmüşlerdir (23).

Sanayi Devrimi ile toplumsal hayatta ciddi değişiklikler yaşanmış, toplum kısa sürede zenginleşen fabrika sahipleri ile yoksul işçiler olarak, birbirine karşıt iki sınıfa bölünmüştür. İşçi sınıfının zaman içerisinde ücret azlığı, uzun çalışma süreleri, kötü koşullarda çalışma, iş kazası, hastalık gibi risklerle karşı karşıya kalması, sisteme karşı ayaklanmalara yol açmıştır (23). 1874 yılında Almanya'da yaşanan ekonomik kriz nedeniyle birçok işçi işsiz kalmıştır. Yaşanan bu sosyal sıkıntı üzerine Bismarck, işçi ve patronlardan alınan primlerin yanında devlet desteğiyle finansman oluşturarak bir sosyal sigorta sistemi oluşturmuştur. Daha sonra sırasıyla 1883 yılında hastalık, 1884 yılında iş kazası, 1889 yılında yaşlılık sigortası kanunları kabul edilerek dünyanın ilk sosyal sigorta düzenlemesi oluşturulmuştur (36, 38). Ardından diğer Avrupa ülkeleri de bu sosyal güvenlik düzenlemelerini gerçekleştirmiştir. Özellikle 1. ve 2. Dünya Savaşı arasındaki zaman diliminde ve sonraki süreçte sosyal güvenlik alanındaki çalışmalar yoğunlaşarak devam etmiş ve günümüze kadar ulaşmıştır (23).

Türk tarihindeki sosyal güvenlik sisteminin gelişimini Orta Asya, Anadolu Selçuklu, Osmanlı ve Cumhuriyet Dönemlerinde ayrı ayrı incelemek doğru olacaktır (36). Eski Türklerde aile içi ilişkiler güçlü olduğundan sosyal destek aile içi yardımlaşmalarla sağlanmaktaydı. Orta Asya Dönemi'ne gelindiğinde, yerleşik hayata geçişle birlikte bunun yerini yardımlaşma amaçlı oluşturulan vakıf kurumları almıştır (36).

Anadolu Selçuklu Dönemi'nde; göçebe, köylü ve şehirli olarak üç gruba ayrılan bir toplum yapısı söz konusudur. Şehirli ticaretle uğraşmakta olup Ahi Teşkilatları kurmuşlardır. Bu teşkilat yapılanması içerisinde sosyal yardım amaçlı vakıflar oluşturulmuştur. Devlete ait, miri arazisi olarak isimlendirilen topraklardan bir bölümü vakıf arazisi olarak ayrılmış, bu topraklardan elde edilen gelirler yardım kuruluşlarının amaçları doğrultusunda kullanılmıştır (36).

Osmanlı Dönemi'nde; aile içi yardımlar, meslek kuruluşlarının yardımları ve dinsel yardımlar sosyal desteği oluşturan temel unsurlardır (23). Sanayi devrimi ve bunun sonucunda işçi sınıfının doğması, Avrupa'da modern sosyal güvenlik sisteminin oluşmasını sağlamıştır. Ancak sanayileşme dönemine girilmemesi ve işçi sınıfının oluşmaması, aile içi yardım ve dinsel yardımların sosyal desteği sağlamaya devam etmesi, Osmanlı İmparatorluğu'nda Avrupa'da yaşanan dönüşümün benzerinin yaşanmasına engel olmuştur (23). Buna rağmen vakıflar güçlenmiş, ekonomik ve sosyal hayatta çok önemli bir yer edinmiştir. Devlet, sosyal hizmetlerin büyük çoğunluğunu desteklediği vakıflar aracılığıyla sunmuştur (23, 37).

Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılan kanunlarla bazı emeklilik ve yardımlaşma sandıklarının kuruluşu sağlanmış ancak gerçek anlamda bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması ilk kez 1945 yılında mümkün olmuştur (35, 36). Ülkemizde 27.06.1945 tarihli 4772 sayılı “İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu” sosyal sigorta kapsamındaki ilk kanundur (23). Ülkemizin 06.06.1949 tarihinde İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'ni kabul etmesi, 09.06.1949 tarihinde DSÖ Anayasasını onaylaması ve DSÖ üyesi olması, sağlık hizmeti sunumunda ve sosyal güvenlik sisteminin iyileştirilmesinde yükümlülükler getirmiştir (23). 1961 Anayasasında olduğu gibi 1982 Anayasasında da; Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan herkesin sosyal güvenlik hakkı olduğu vurgulanmış, devlete sosyal güvenliği sağlama yükümlülüğü verilmiştir (23, 36). Kamu görevlilerinin sosyal güvenliğinin düzenlendiği 5434 sayılı “Emekli Sandığı Kanunu” 1949 yılında çıkmıştır. İşçi olarak çalışanların sosyal güvenlik haklarını ve primli sisteme geçişi düzenleyen 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” 1965 yılında yürürlüğe girmiştir. Bunları 1971 yılında kanunlaşan ve esnaflar gibi kendi adına çalışanların sosyal güvenlik haklarının düzenlendiği 1479 sayılı “Bağ-Kur Kanunu” izlemiştir (23). 1971 yılında onaylanan ILO'nun “Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşme”nin uygulanmaya başlanması 1974 yılında gerçekleşmiştir. Bu mühim sözleşme ve çıkarılan kanunlarla birlikte Türkiye klasik sosyal güvenlik sisteminden modern sosyal güvenlik sistemine geçişini biraz gecikmeli de olsa sağlamıştır. Sözleşmede hastalık, sakatlık, analık, işsizlik, iş kazası, yaşlılık ve ölüm gibi riskler sosyal güvenlik açısından koruma altına alınması gereken riskler olarak belirlenmiştir (23, 35). 1976 yılında “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun”un kabulü ile ihtiyaç sahiplerine karşılıksız maaş bağlanmış, bu durum sosyal güvenlik alanında yapılan en büyük harcamalardan birini oluşturmuş, sosyal güvenlik hizmeti adına iyi bir örnek teşkil etmiştir (23). Çiftçilik yapanların sosyal güvenliklerinin sağlanması amacıyla 2925 sayılı “Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu” ve 2926 sayılı “Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu” 1983 yılında kabul edilmiştir (36).

Türkiye'de vatandaşların sosyal güvenlik hakları yukarıda bahsettiğimiz 5 farklı yasal

düzenleme ile sağlanmaktaydı. Sosyal harcamaların aşırı boyutta olması, prim toplanmasında yetersizlik, sistemin sürdürülebilir olmasını engellemekte ve bütçenin makro dengesini bozmaktaydı. Ayrıca birbirinden farklı sosyal güvenlik kanunları ile düzenlenen sosyal güvenlik sisteminde hem çalışanlara sağlanan haklar hem de bu haklardan yararlanmak için çalışanların yükümlülükleri arasında standardizasyon bulunmamaktaydı. Zaman içerisinde sosyal sigorta sistemindeki mali açıkları kapatmak için merkezi bütçeden transferler yapılmaya başlanmış, bu durumun bütçe açıklarına sebebiyet vermesiyle reform arayışları başlamıştır (39). Hem çalışanlar açısından standartizasyon sağlanması hem de finansman açısından devam ettirilebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla yeniden düzenlemeye gidilmesi gereği görülmüştür. Bu amaçla Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı kurulmuştur (39). Anayasa Mahkemesi'nin bazı maddelerini iptal etmesi nedeniyle gecikmeli bir şekilde 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu"yla sosyal güvenlik sistemlerinin birleştirilmesinin yanında toplumun tamamını kapsayacak şekilde sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır (36).

2.2.3. Sigorta Kavramı ve Tarihçesi

Kişilerin, varlıklarında maddi zarara yol açabilecek çeşitli risklere karşı, ekonomik olarak kendilerini korumaları için belli bir prim ödeme karşılığında bu varlıklarını güvence altına alması sigorta olarak tanımlanmaktadır (40). Sigortalı kişi ödediği primler ve imzaladığı poliçeler ile ileride oluşabilecek zararın karşılanmasının taahhüdünü alırken, sigorta şirketleri bunun karşılığında doğabilecek zararları üstlenmektedir (40, 41). Ortaya çıkma ihtimali olan zarar "riziko" olarak adlandırılmaktadır. Rizikonun gerçekleşme ihtimalinin az ya da çok oluşuna ve doğması halinde zararın büyüklüğüne göre prim miktarı belirlenmektedir (40).

Sigortacılığa benzeyen ilk uygulamaya Babillerde yaklaşık 4000 yıl önce rastlanmaktadır. Sermaye sahiplerinin bir miktar para karşılığında, kervanların yağmalanması ya da fidye istenmesi durumuyla karşılaşmaları halinde, kervan sahiplerinin borçlarının silinmesi şeklinde bir sistemden oluşmaktadır. Kral Hammurabi daha sonra bu uygulamayı yasallaştırmış ve bu durum yağmalanan kervanların kaybının diğer kervanlar arasında paylaştırılarak ödenmesi şeklinde kurala bağlanmıştır. Bu düzenleme kara taşımacılığındaki risk paylaşılmasının ilk örneğini teşkil etmektedir (40, 42). Yunan İmparatorluğu'nda da deniz ticareti yapan tüccarların, Babillerdeki sisteme benzer bir sistemle kendilerini güvenceye aldıkları belirtilmektedir (41). Bu uygulamalar Ortaçağ döneminde deniz ödücü ve nakliyat sigortacılığının gelişmesine öncülük etmiştir (42). Avrupa'da şehirlerin büyümeye başlaması,

sömürgeciliğin ortaya çıkması, sigortanın önemini daha da arttırmıştır. 1347 yılında gemilerin korsan saldırısına ve yangın riskine karşı korunması amacıyla Cenova’da ilk sigorta poliçesi imzalanmıştır (41). 17. yüzyılda İngiltere’de orta sınıf tüccarlar sigortacılık alanında yatırımlar yapmıştır. İlk sigorta şirketinin temeli 1688 yılında tarafların bir araya gelmesiyle Londra'daki Edward Lloyd'un Kahvehanesinde oluşturulmuştur (40). Daha sonraki süreçte İngiliz Kraliyet Ailesinin donanması, Royal Exchange ve London Assurance şirketleri tarafından güvence altına alınmıştır. Ardından Doğu Hindistan Şirketine ait gemilerin sıkça Fransız ve İspanyollar tarafından kundaklanması, sigorta şirketlerinin kendilerini koruması konusunu gündeme getirmiş, bunun sonucu olarak da reasürans (sigorta edilen riskin bir kısmının ya da tamamının yeniden sigortalanması) şirketleri doğmuştur (40, 42). Amerika'daki sigortacılık hizmetlerinin başlamasının ardından 1835 yılındaki New York yangını ve 1871 yılındaki büyük Chicago yangınında oluşan zararın büyük olması reasürans sisteminin oluşumuna hız kazandırmıştır (40).

Yangınlar kara sigortacılığının, tren kazaları ve bireysel kazalar kaza sigortacılığının, sanayinin ilerlemesi sonucu oluşan mekanik, teknik kazalar mühendislik sigortacılığının gelişmesini sağlamıştır. Sigortacılıktaki gelişim 1900’lü yılların başlarından itibaren her türlü sigorta ihtiyacını karşılayacak düzeye ulaşmıştır (42).

Ülkemiz topraklarında sigortacılığın gelişimine bakıldığında; oluşan zararların daha çok sosyal yardımlaşma ve dayanışma ile telafi edilmeye çalışıldığı Osmanlı’da 1850’lere kadar gerçek bir sigortacılık faaliyetinden bahsedebilmek mümkün değildir. Osmanlı’da toplumun sosyal yapısı, inanç özellikleri, mali yapısı, sigortacılığın dünyaya paralel olarak gelişimine engel olmuştur. 1850’lerden sonra çıkan büyük yangınlar sonucu oluşan ciddi zararlar, sigortacılığa karşı olumsuz bakışı bir nebze yumuşatmış ve sigortacılığın gelişimine sebebiyet vermiştir. Bu yangınlardan en önemlisi belki de 1870 yılında Beyoğlu’nda meydana gelen Büyük Pera Yangını’dır. Bu bölgede çok sayıda yabancı kökenli ve daha varlıklı vatandaşın iş yerinin, evinin hasar görmesi, cami ve kilisenin yanması, Osmanlı’da sigortacılığın gelişmesini hızlandırmıştır (42). Bu olayı takiben İngiliz sigorta şirketleri ülkemizde açtıkları ofislerle ilk sigortacılık çalışmalarını başlatmıştır. İngilizleri takiben birkaç yıl içerisinde Fransızlar da ülkemizde sigortacılık faaliyetlerine başlamıştır. Bunları diğer Avrupa ülkeleri izlemiş ve sigortacılık çalışmaları büyümeye devam etmiştir. Kurulan bu şirketler sigorta ihtiyacını kısmen karşılıyor olsa da devlet denetim mekanizmalarının olmayışı, bu konuda yasal düzenlemelerin bulunmaması sıkıntılara yol açmıştır (40). Bu sıkıntıların ortadan kaldırılması amacıyla 1908 ve 1914 yıllarında yapılan yasal düzenlemelerle şirketlerin kontrol altına alınması amaçlanmıştır (42). Ancak bu konuda büyük adımların atılması Cumhuriyet’in ilanı ile birlikte mümkün olmuştur. “Sigortacılığın ve Sigorta Şirketlerinin Teftiş ve Murakabesi

Hakkındaki Kanun” 1927 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu Kanunla birlikte yerli sigorta şirketleri kurulmaya başlamış, böylece yurt dışına döviz çıkışı azaltılmış, hem yerli hem de yabancı şirketler denetlenmeye başlanmıştır. “Milli Reasürans Türk Anonim Şirketi” 1929 yılında hizmete başlamıştır (40). Zaman içerisinde sigortalamaya artan talep doğrultusunda kurulan şirket sayısı da artmıştır (42).

2.2.3.1. Yaptırılması Zorunlu Sigortalar

5684 Sayılı “Sigortacılık Kanunu”nda kamu yararı bakımından bazı sigortaların yaptırılmasının zorunlu tutulacağı belirtilmiştir (43). Bunlar;

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

2.3. Maluliyet Oranı Tespiti ile İlgili Yasal Düzenlemeler

2.3.1. 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu

Türk Borçlar Kanunu’nda (TBK) maddi tazminat davalarında hesaplamannın genel ilkeleri aşağıdaki gibi düzenlenmiştir:

- Madde 49’da, başkasının mal varlığında ve şahıs varlığında, hukuka aykırı ve kusurlu bir eylem ile zarara neden olanların, zararın giderilmesi sorumluluğu ortaya konulmuştur (44).
- Madde 50’de ise zarar görenin, zarar verenin kusurunu ispat etmesi gerektiği belirtilmekle birlikte ispatın mümkün olmadığı durumlarda hakimin olayın olağan akışına uygun olup olmadığına göre hüküm vermesi gerektiği belirtilmektedir (44).

Madde 49’da bahsi geçen “zarar” kişinin malvarlığındaki eksilme dışında kişinin varlığındaki eksilmeyi de işaret etmektedir (45). Kişiyeye ilişkin zararlar bedensel zararlar ve ölümden doğan zararlar olarak ikiye ayrılmıştır:

- Madde 53, ölüm nedeniyle doğan zararlarla ilgilidir. Bu zararlar cenaze giderleri, ölümün hemen gerçekleşmemesi durumunda tedavi giderleri ve çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıp, ölenin yakınlarının ölen kişinin maddi, manevi yardımından mahrum kalmaları nedeniyle uğradıkları kayıp başlıkları altında toplanmıştır (44).
- Bir sonraki maddede ise bedensel zararlar; özellikle tedavi giderleri, kazanç kaybı, çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar, ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar olmak üzere 4 başlık altında toplanmış olup “*özellikle*” ifadesi zararın belirtilenlerle sınırlı olmadığını ifade etmektedir (44).

2.3.2. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” 31.05.2006 tarihinde kabul edilmesine rağmen kimi maddelerin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi ve bu doğrultuda yeni düzenlemeler yapılması gibi nedenlerle bütün hükümlerinin yürürlüğe girmesi ancak 01.10.2008 tarihinde mümkün olmuştur. Kanun’un yürürlüğe girmesiyle farklı sosyal güvenlik sistemleri birleştirilmiş olup genel sağlık sigortası ile her Türk Vatandaşına sağlık hizmeti güvencesi sağlanması amaçlanmıştır (22). Hastalık, sakatlık, iş kazası, işsizlik, yaşlılık ve ölüm gibi risklere karşı kişileri güvence altına almak, kimlerin sigortadan yararlanabileceği ve sigortalıya ne gibi haklar sağlanacağı, bu haklardan yararlanmanın şartlarının ne olduğu, sistemin finansmanının nasıl yapılacağını belirlemek kanunun amacı olarak 1. maddede belirtilmiştir. Kimlerin sigortalı olarak kabul edileceği Kanununun 4. maddesinde düzenlenmiştir (46).

Madde 13’te; çalışanın işyerinde olduğu esnada, yaptığı işle ilgili işyeri dışında görev yaptığı sırada, çalışanın emziren bir anne olması halinde emzirmek için ayrılan zaman diliminde, iş yerine gidiş geliş sırasında servis aracında yaralanmasına ya da hastalanmasına, ilerleyen aşamada sekel kalmasına yol açan olayların “iş kazası” kapsamında değerlendirileceği ifade edilmiştir (46).

Madde 14; hangi durumların meslek hastalığı olduğu ve nasıl tespit edileceği ile ilgili düzenlemeyi içermektedir. Sigortalı bireyin yaptığı işin özelliğinden ve işin yürütülme koşullarından kaynaklanan, belirli bir süre veya sürekli hastalık halinin olması meslek hastalığı olarak tanımlanmıştır. Çalışandaki tıbbi durumun meslek hastalığı olup olmadığına, sağlık kurulu raporu ve tedavi evrakı ile işyerindeki çalışma şartları ve bundan kaynaklanan tıbbi sıkıntıların tespit edildiği raporların birlikte değerlendirilmesi sonucu “Kurum Sağlık Kurulu” tarafından karar verileceği belirtilmektedir. İşten ayrıldıktan sonra da meslek hastalığı tanısının konulabileceği belirtilmiş, ancak işten ayrılması ile hastalığın başlangıcına kadar olan sürenin çıkarılan yönetmelikle belirlenen süreden daha fazla olmaması koşulu getirilmiştir. Ancak bazı durumlarda bu sürenin aşılması söz konusu olsa bile, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu tarafından, hastalığın iş yerindeki koşullardan meydana geldiğinin tespiti halinde meslek hastalığı olarak kabul edileceği belirtilmektedir (46).

Çalışmadığı süre kadar ödenek verilmesi, eğer vücut fonksiyonlarında sürekli bir azalma söz konusu ise sürekli iş göremezlik oranına göre gelir bağlanması, ölüm oluşması durumunda sigortalının yakınlarına maaş bağlanması, maaş bağlanan kız çocuklarına evlenirken belli miktar ödenek verilmesi, ölen sigortalının cenaze masrafları için ödenek verilmesi, iş kazası veya meslek hastalığı sigortası kapsamında sağlanan haklardan olup madde 16’da düzenlenmiştir (46).

Madde 18’de; geçici iş göremezlik ödeneklerinin kurum hekiminden ya da sağlık kurullarından alınan istirahat raporlarına göre hesaplanacağı belirtilmiştir (46).

İş kazası veya meslek hastalığı sonucu sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporlarında, oluşan fonksiyon kısıtlılıklarına bağlı meslekte kazanma gücündeki azalma oranı en az %10 olan çalışanlara sürekli iş göremezlik oranına göre gelir bağlanacağına Madde 19’da yer verilmiştir (46). Gelir bağlandıktan sonra sigortalının yeniden tedavi görmesi durumunda meslekte kazanma gücündeki azalma oranının sağlık kurullarınca yeniden tespit edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sürekli tam iş göremezlik yani meslekte kazanma gücü kaybının %100 tespit edilmesi halinde sigortalıya gelirinin %70’i kadar gelir bağlanacağı, bu sigortalının aynı zamanda başka birinin sürekli bakımına muhtaç olması halinde gelirinin %100’ünün bağlanacağı belirtilmiş olup meslekte kazanma gücündeki azalma oranının %10-%99 arasında olması durumunda tamamen iş göremez olması halinde elde edeceği gelir üzerinden sürekli iş göremezlik oranına göre hesaplama yapılacaktır. Meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesaplaması için Kurum tarafından yönetmelik çıkartılacağı belirtilmiştir (46).

Madde 25’te malul sayılma koşulları tanımlanmıştır (46). Malullük hali, sigortalı bireyin gelir elde edebilme kapasitesinde daimi bir eksilme ya da kayıp olma durumudur. Bu gelir kaybını yerine koymak amacıyla malullük hali sürdükçe sigortalıya aylık bağlanır.

Malullük sigortasından yararlanabilme unsurlarından biri sakatlığın meydana gelmesi ve bu sakatlığın belli bir oranda sürekli iş göremezlik oluşturmasıdır. Sebebi ne olursa olsun çalışma gücünde en az %60 oranında kaybı olanlar (çalışma gücü kaybı trafik kazası, darp gibi herhangi bir sebepten meydana gelmiş olabilir, iş kazası veyahut meslek hastalığı olmak zorunda değildir) ve iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle meslekte kazanma gücünün en az %60'ını yitirmiş olduğu sağlık kurulu raporu ile tespit edilenler malul sayılmaktadırlar (22, 46). Ancak işe başlangıcından önceki bir tarihte çalışma gücünün %60'ını ve mesleğini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybedenler malullük aylığından yararlanamayacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu, sigortalının malul olma halinin sigortalılık başlangıcından önce olup olmadığının tespitini bilirkişilerden isteyebilecektir (46). Ancak %60'ın altında bir oranda çalışma gücü kaybı veya meslekte kazanma gücü kaybı olan kişinin sigortalı olduktan sonra çalışma gücü kaybı veya meslekte kazanma gücündeki azalma oranının artarak %60 ve üzerine çıkması durumunda malul sayılabileceklerdir (22).

2.3.3. 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu

Yaralanma, ölüm ve maddi zarara yol açan, karayollarında hareket halindeki bir ya da daha fazla aracın karıştığı olaylar “trafik kazası” olarak tanımlanmıştır (47). Motorlu araçların kullanımı sırasında bir kimsenin ölümüne veya yaralanmasına sebep olunması halinde doğan zararın teminat altına alınması için mali sorumluluk sigortası yapılması zorunlu tutulmuştur (47).

Kanun'un 90. maddesinde; trafik kazası sonucu açılan tazminat davalarında yapılacak ödemeye ilişkin usul ve esasların nasıl olacağını kanun çerçevesinde düzenlenen genel şartlarla belirleneceği, genel şartlarda yer almayan hususlarda TBK'nin haksız fiil nedeniyle oluşan bedensel zararlara yönelik hükümlerinin dikkate alınacağı belirtilmiştir. Kanunun işaret ettiği Genel Şartlarda ise 01.06.2015 tarihinde yapılan değişiklik sonrası maluliyet oranı tespitinde “Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” den yararlanılacağı ifade edilmiştir (48).

KTK'de değişikliğin yürürlüğe girdiği tarih olan 26.04.2016 tarihinden önce Madde 90'da hem maddi hem de manevi tazminat tespitinde uyulacak usul ve esasların TBK'nin haksız fiillere ilişkin hükümlerine göre olacağı belirtilmekteydi.

2.3.4. Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları

14.05.2015 tarihli 29355 sayılı RG’de yayımlanan ve 01.06.2015 tarihinde yürürlüğe giren KMAZMSS Genel Şartları madde A.3’te Sigorta Kapsamı başlığı altında; sigortalanmış motorlu araç ile üçüncü şahısların ölümü veya yaralanması yani bedensel zararlar oluşması halinde doğacak hukuki sorumluluk çerçevesindeki tazminat taleplerinin sigorta teminat limitleri dahilinde sigorta şirketleri tarafından güvence altına alındığı belirtilmektedir (49).

Madde A.5.’te sağlık giderleri teminatı başlığı altında; yaralanma nedeniyle yapılan tüm tedavi masrafları (ortez, protez, ilaç, vb.), bakıcı giderleri, sürekli sakatlık raporu alana kadar çalışmaması nedeniyle oluşan kazanç kayıpları bu teminat kapsamındadır. Aynı maddenin c) bendinde ise sürekli sakatlık teminatı tanımlanmıştır (49). Trafik kazası sonucu üçüncü kişilerde sürekli bir sakatlık ve sürekli bakıcı ihtiyacının oluştuğu tespit edilenlerin bu zararları da bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir. Sürekli sakatlık tazminatına ilişkin sakatlık oranının “Engellilik Ölçütü Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” ile hesaplanacağı belirtilmiştir. Düzenlenecek bu sağlık kurulu raporunda illiyet bağına dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmış, kazadan bağımsız kendisinde daha öncesinde de var olan tüm arızaların hesaplamaya dahil edildiği raporların tazminata esas alınmaması gerektiği, ancak bu konudaki itirazların sigorta şirketinin sorumluluğunda olduğu belirtilmiştir (49). Genel Şartlar madde A.5. c) göz önünde bulundurulduğunda 01.06.2015 tarihinden sonra trafik kazası nedeniyle oluşan bedensel zararların tespiti için sürekli iş göremezlik oranının hesabında EÖSEVSKRY’in (RG, Mart 2013, 28603 Sayı) kullanılması gerekmektedir. Ancak genel şartlarla bu düzenlemenin yapılamayacağı, bu nedenle Karayolları Trafik Kanunu’nda 26.04.2016 tarihinde yapılan değişiklik ile genel şartlardaki değişikliklerin uygulanabileceğini savunan görüşler de bulunmaktadır (48). Bununla birlikte olayın ne zaman olduğundan ziyade poliçenin hangi tarihte düzenlendiği ve bu tarihte hangi yönetmeliğin kullanılması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

2.3.5. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

Hekimlerin mesleklerini yaparken tıbbi uygulama hatası sonucu hastalarına zarar verebilmeleri söz konusu olabilmektedir. İşte bu zararların doğması halinde hekimler tazminat talepleriyle karşı karşıya kalabilmektedir. Tazminat taleplerinin belirli bir prim karşılığında teminat altına alınması amacıyla “Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları” ve “Hekimin Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu” düzenlenmiştir. Hekimlerin tazminat talebiyle karşı karşıya kalması ancak hukuka uygun olmayan, kusurlu bir tıbbi uygulamada bulunması, bu

sebeple bir zarar oluşması ve zarar ile hekimin kusuru arasında nedensellik bağının bulunması halinde mümkündür (50). Tıbbi kötü uygulamaya bağlı olarak maddi ve/veya manevi zararlar doğabilmektedir. Hekimin tedavisi sırasında oluşan maddi zararlar, hukuka uygun olmaya, ahlaka aykırı ve kusurlu hekim davranışından dolayı hastanın ölmesi ya da çalışma gücünü kaybetmesine bağlı oluşan zararlarıdır (51). Tıbbi uygulama hatası sebebiyle oluşan bedensel zararların tespitinde yine zarar görenin geçici ve sürekli iş göremezliğinin, tedavi masrafları ile bakıcı ihtiyacının tespiti amacıyla bilirkişilerden rapor düzenlemeleri talep edilebilmektedir.

2.3.6. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği

Bu yönetmelik ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında sigortalı sayılanların, malullük durumunun tespitine ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir (52). 4. Maddenin k) bendinde sigortalı bireyin çalışma gücünün (iş kazası veya meslek hastalığı dışında darp, trafik kazası vb. nedenlerle veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün) en az %60'ını ya da %60'dan az kayıp olmakla birlikte vazifelerini yerine getiremeyecek şekilde meslekte kazanma gücünün yitirilmesi hali "maluliyet" olarak tanımlanmıştır (52). Sağlık kurulu raporlarını düzenleyebilecek sağlık kurumları Madde 5'te düzenlenmiş olup aşağıda listelenmiştir (52):

- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri,
- Üniversite Hastaneleri,
- Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri,
- Yukarıda belirtilen hastanelerin bulunmaması durumunda sağlık kurulu raporu düzenlemeye yetkili Sağlık Bakanlığı Devlet Hastaneleri,
- Herhangi bir üniversite hastanesi veya devlet hastanesinde yoğun bakımda tedavisi devam eden ve yatmakta olduğu hastaneden başka bir hastaneye nakli hayati risk taşıyorsa yatmakta olduğu hastane,
- Herhangi bir yataklı hastanede yoğun bakımda tedavisi devam ederken yatmakta olduğu hastaneden başka bir hastaneye nakli hayati risk taşıyanların yatmakta olduğu hastaneler.

Madde 6'da sağlık kurulu raporunu düzenleyecek heyetin İç Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları, Genel Cerrahi veya Ortopedi, Nöroloji veya Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarından oluşacağı, değerlendirilecek hastalık başka bir uzmanlık dalını ilgilendiriyorsa o branştan bir uzmanın da heyette yer alması gerektiği, heyette bulunan hekimlerin birbirlerinin yerine karar veremeyeceği belirtilmiştir. Sadece belli bir

uzmanlık dalını ilgilendiren hastalığı ya da arızası bulunan sigortalıların raporlarını, o daldan üç uzman hekim düzenleyebilecektir.

Madde 6'nın devamında raporların içeriğinin nasıl olacağıyla ilgili bilgi verilmiştir. Raporlarda; düzenleyen kurumun adı, raporun kimin adına düzenlendiği, Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası, baba adı ve doğum tarihi, rapor tarihi ve sayısı, raporu düzenlenen kişinin mühürlü fotoğrafı, raporun düzenlenme amacı, muayene bulguları ve tetkik sonuçları gibi sağlık kurulu raporlarında bulunması gereken temel bilgilerin yer alması gerektiği vurgulanmıştır. Raporun ekinde, yapılan tetkiklerin onaylı sonuçları ya da asılları, mevcut hastalığını belgeleyen tedavi evrakı, ameliyat raporu bulunmalıdır. Tetkik raporlarının kime ait olduğu, ne zaman yapıldığı bilgilerinin bulunması gerekmektedir. Raporda geçen tıbbi terimlerde kısaltma kullanılmaması gerekmektedir. Rapor, heyette bulunan tüm hekimler tarafından imzalanmalıdır. Sağlık kurulu raporları sadece durum bildirir nitelikte olup maluliyet durumuna SGK karar verecektir. Bu durum rapor sonucunda belirtilmelidir (52).

Yönetmeliğin Ek-1 listesinde yer alan tıbbi durumlardan herhangi birinin bulunması çalışma gücünün en az %60'ının kaybı anlamını taşımaktadır. Ek-1 listesinde yer alan hastalıkların en geç üç yılda bir Sosyal Güvenlik Kurumunca yenileneceği belirtilmiştir. Sigortalı kişide işe başladıktan sonra Ek-1 listesinde belirtilen hastalıklardan birinin oluşması, işe başlamadan önce bu seviyede olmayan bir hastalığın Ek-1 listesindeki hastalıklardan birinin seviyesine ulaşması, işe başlangıcından önce çalışma gücünün en az %60'ını kaybetmiş olmakla birlikte çalışmaya başladıktan sonra başka bir sebeple çalışma gücünün en az %60'ını kaybetmesi, iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle Ek-2 ve Ek-3'de bulunan liste ve cetvellerden yararlanarak meslekte kazanma gücünün en az %60'ını kaybettiğinin tespit edilmesi durumu malul sayılma nedenleridir. Çalışmaya başladığı tarihten önce %60'tan fazla oranda çalışma gücünde azalma olan sigortalı bu hastalığı sebebiyle malul sayılmayacaktır. Çalışma gücündeki azalmanın değerlendirmesinde birden çok hastalığı olanlarda Balthazard Formülü uygulanmaz. En ağır hastalığı dikkate alınarak Ek-1 listesinde karşılığı olup olmadığına bakılır. Ancak, tek başına %60'ın üzerinde çalışma gücü kaybı oluşturmayan birden fazla hastalığı olan sigortalının tıbbi durumunun çalışma imkanı vermediği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilenler malul sayılabilecektir (52).

MTİY ile daha önce yer almayan bazı hastalıklar da maluliyet kapsamına alınmış, bir önceki yönetmelik olan ÇGMKGKOTİY'nde çalışma gücü kaybı, vazife malullüğü, harp malullüğü ile erken yaşlanma durumlarının tespiti ile ilgili yer alan hükümler yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak, iş kazası sonrasında meslekte kazanma gücü kaybı tespitinde ise daha öncesinde olduğu gibi ÇGMKGKOTİY kullanılmaktadır (22). Kanun, çalışma gücünün %60'ının kaybına neden olan olayın iş kazası olmasını aramamış, kişiye, kendi hatasından,

trafik kazasından vb. nedenlerle olmasında dahi malul sayılmasına imkân tanımıştır. Buna karşılık, meslekte kazanma gücü kaybının, maluliyet oluşturması için iş kazası ya da meslek hastalığı neticesinde meydana gelmesini şart koşturmuştur. Ayrıca MTİY’nde, ÇGMKGKOTİY’deki 2/3 oranının, %60’a düşmesi nedeniyle sigortalıların sosyal korunmasında %6.6’lık bir lehe düzenleme sağlanmıştır (22).

Yönetmeliğin 12. maddesinde ağır felç, tedaviyle iyileşmeyen psikotik bozukluklar, tam körlük hali, ekstremitte kayıpları, ağır beslenme problemleri, solunum cihazına ihtiyaç duyulan solunum yetmezlikleri, yeme-içme, tuvalet, kıyafet değiştirme vb. temel yaşam aktivitelerinin yapılamaması gibi ağır durumlar ve hastalıklar bakıma muhtaçlık durumları olarak belirtilmiştir (52).

2.3.7. Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik

Bu yönetmelikte esas olarak engellilere sağlanan sosyal haklar ve hizmetlerden yararlanabilmek için istenen engelli sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi ile ilgili usul ve esasların belirlenmesi amaçlanmıştır. Yönetmelik hazırlanırken engellilik sınıflandırılması sistemi oluşturulmasında ortak bir dil ve çerçeve kullanılması adına DSÖ’nün İşlevsellik Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması esas alınmıştır. Yani yönetmelik engelli kişilerin vücut fonksiyonlarındaki kayıp oranlarını hesaplamaya ve bu doğrultuda yararlanabileceği sosyal haklar ile hizmetlerin tespitine yönelik olarak düzenlenmiştir (14). Haksız fiil nedeniyle oluşan bedensel zararlar sonucu ortaya çıkan çalışma gücündeki kaybın hesaplanması yönetmeliğin ana amaçları arasında yer almamaktadır.

Engelli sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye yetkili kurumların Sağlık Bakanlığı tarafından belirleneceği, kurulların İç Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kulak-Burun-Boğaz, Genel Cerrahi veya Ortopedi, Nöroloji veya Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlarından oluşacağı belirtilmiştir. Yönetmeliğe göre, raporu düzenleyecek kurumda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanının bulunması halinde kurulda bulunması zorunlu kılınmıştır. Ayrıca değerlendirilecek engel başka bir uzmanlık alanını ilgilendiriyorsa o uzmanın da kurulda yer alması şarttır. Raporlar Ek-1’de yer alan forma uygun olarak düzenlenecek olup engel oranlarının Ek-2’de yer alan cetvellere göre hesaplanacağı belirtilmiştir. Birden fazla engelinin bulunması halinde kişinin engel oranının hesaplanmasında Balthazard Formülü kullanılmaktadır. Ayrıca 60 yaşın üzerindekilerde hesaplanan engel oranına Balthazard Formülü ile %10 eklenerek kişinin engel oranı bulunur. Kişinin engel oranının %50’den fazla olması ve günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımını almaksızın yapamayacağını

tespiti halinde ağır engelli olarak sınıflandırılıp bu durum engelli sağlık kurulu raporunun ilgili bölümünde mutlaka belirtilmelidir. Raporlar kişilerin engelli olma durumlarının artma ya da azalma ihtimali bulunduğu hallerde süreli olarak düzenlenebilecektir. Raporların geçerlilik süresi raporda muhakkak belirtilmelidir. Kişinin çalıştırılmayacağı işler, yararlanmak istediği sosyal haklar ve hizmetlerin neler olduğu raporda belirtilmelidir (14). Görüldüğü üzere sosyal hak ve hizmetlerden yararlanmak için düzenlenen engelli sağlık kurulu raporlarının yapısı Adli Tıp uygulamalarında düzenlenen meslekte kazanma gücündeki azalma oranı raporlarından oldukça farklıdır.

Engelli sağlık kurulu raporlarının çeşitli sosyal hak ve hizmetlerden yararlanabilmek için düzenlenmesi gerektiğini daha önce de belirtmiştik. Bu hak ve hizmetleri aşağıdaki gibi özetleyebiliriz (30, 53);

- İş ve istihdam hakları
- Özel ve mesleki eğitim hakkı
- Sosyokültürel haklar ve indirimler
- Sağlık ve evde bakım yardımları
- Engelli aylığı
- Muhtaç aylığı
- Özlük hakları
- Yardımcı araç-gereç ve cihaz hakkı
- Fiziksel çevre düzenlenmesi
- Vergi indirimi
- Belediye hizmetleri
- Erken emeklilik

2.3.8. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik

20.02.2019 tarihli 30692 sayılı RG’de yayımlanarak yürürlüğe giren yönetmelik ile “Terör, Kaza ve Yaralanmaya Bağlı Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporunun alınışı, geçerliliği, değerlendirilmesi ve bu raporu verebilecek yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarının tespiti ile ilgili usul ve esaslar” düzenlenerek ilk kez bedensel zararlarda çalışma gücü kaybı tespitinin nasıl yapılacağı bir yönetmelikle belirlenmiştir (17). 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na tabi sigortalılara bağlanacak sürekli iş göremezlik geliri, malullük aylıkları ile ölüm sigortasından bağlanacak aylıklar bu yönetmelik kapsamına alınmamış olup eskiden olduğu gibi “SSSİT”, “ÇGMKGKOTİY” ve “MTİY”ne göre değerlendirilecektir (17).

Kurul Başkanı ve İç Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları, Genel Cerrahi, Nöroloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının bulunduğu yedi daimi üye raporu düzenleyecek heyeti oluşturmaktadır. Raporun düzenlendiği sağlık kurumunda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanının bulunması halinde kurulda yer alması zorunludur. Engel Oranı hesabının, Ek-2’de yer alan cetvelden yararlanılarak yapılacağı belirtilmiş olup bu cetvelin bir önceki yönetmelik olan “EÖSEVSKRY” ekinde yer alan cetvelden majör bir farkı göze çarpmamaktadır. Raporda engelli bireyin bağımlılık durumunun tespit edilerek ilgili bölüme işaretlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durum bildirir sağlık kurulu raporu resmi yazı ile kurumlar tarafından talep edilebilecek olup bireysel başvurular ile düzenlenmeyecektir. Engelli Sağlık Kurulu Raporlarından farklı olarak bu raporlarda kişide var olan kronik hastalıkların yarattığı fonksiyon kayıpları hesaplama dahil edilmeyecektir. Olay nedeniyle birden fazla fonksiyon kaybı olması halinde Balthazard Formülü ile oranlar birleştirilecektir. 65 yaş ve üzeri bireylerin hesaplanan oranlarına Balthazard Formülüyle %10 eklenecektir. Raporlar süreli veya sürekli olarak düzenlenebilecek, bu durum raporda muhakkak belirtilecektir (17).

2.3.9. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik

20.02.2019 yürürlüğe giren yönetmelik ile 18 yaşından küçük bireylerin “Terör, Kaza ve Yaralanmaya Bağlı Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporunun alınışı, geçerliliği, değerlendirilmesi ve bu raporu verebilecek yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarının tespiti ile ilgili usul ve esaslar” düzenlenmiştir (18).

Kurul, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları ya da Yan Dal Uzmanları, Göz Hastalıkları Uzmanı, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Uzmanı, Çocuk Cerrahisi Uzmanı, Çocuk Nörolojisi Uzmanı, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı, Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanlarından en az 4 hekim, kurul başkanı ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) yetkili hekimi olmak üzere 6 daimi üyeden oluşmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşunda Çocuk Cerrahisi Uzmanı bulunmadığı durumlarda yerine Genel Cerrahi Uzmanı, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı bulunmadığı durumlarda yerine Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Çocuk Nöroloji Uzmanı bulunmadığı durumlarda Nöroloji Uzmanı kurula dâhil edilecektir. Çocuğun özel gereksinimi Ek-2’de yer alan Çocuk Özel Gereksinim Alan Kılavuzu doğrultusunda değerlendirilmektedir. Yine bu yönetmelikte de erişkinlerde olduğu gibi terör/kaza/yaralanma dışındaki kronik rahatsızlıklarından kaynaklı durumların yol açtığı fonksiyon kayıplarının değerlendirilmeye alınmayacağı belirtilmiştir. Ek-2’de yer alan hastalık

ve fonksiyon kısıtlılıklarına bağılı çocukların özel gereksinimleri belirlenmekte olup bu durumların tüm vücut fonksiyonlarına göre kayıp oranının ne olduğu belirtilmemiştir. Bununla birlikte Ek-2’de tespit edilen özel gereksinim düzeyine göre Ek-3’te engel oranı olarak karşılığının ne olduğu düzenlenmiştir. Buna göre engel oranları; özel gereksinimi olanlar için %20-39, hafif düzeyde özel gereksinimi olanlar için %40-49, orta düzeyde özel gereksinimi olanlar için %50-59, ileri düzeyde özel gereksinimi olanlar için %60-69, çok ileri düzeyde özel gereksinimi olanlar için %70-79, belirgin özel gereksinimi olanlar için %80-89, özel koşul gereksinimi olanlar için %90-99 olarak belirlenmiştir.

2.3.10. Adli Tıp Kurumu Kanunu

Kanun’un 2. Maddesi a) bendinde; “Mahkemeler, hâkimlikler ve savcılıklar ile Kurum’un uygun gördüğü alanlarda kamu kurum ve kuruluşları tarafından gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmek” Adli Tıp Kurumu’nun (ATK) görevleri arasında tanımlanmıştır. Madde 16’da “Bilirkişilerce, Fizik ve Trafik İhtisas Dairelerinin tıpla ilgili olmayan raporları hariç olmak üzere Adli Tıp İhtisas Dairelerince, Adli Tabip veya Adli Tıp Uzmanlarınca verilip de mahkemeler, hakimlikler ve savcılıklar tarafından yeterince kanaat verici nitelikte bulunmayan ve aralarında çelişki olduğu belirlenen raporları inceleyip, bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmek,” ihtisas kurullarının görevleri arasında tanımlanmıştır. 8 farklı kuruldanda biri olan 3. İhtisas Kurulu’nun görevleri; maluliyet, meslekte kazanma gücü kaybı, beden çalışma gücü kaybı, meslek hastalıkları, hapis cezalarının infazının ertelenmesi, sürekli hastalık, engellilik ve kocama sebepleri ile belirli kişilerin cezalarının hafifletilmesi veya kaldırılmasına ilişkin işlemlerin değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir (54).

2.4. Bedensel Zararların Tazmini

TBK’nin Haksız Fiillerden Doğan Borç İlişkileri başlığı altında yer alan madde 49’da “Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de, bu zararı gidermekle yükümlüdür.” denilerek zarara neden olanların zararın giderilmesi sorumluluğu ortaya konmuştur (44). Haksız fiilde maddi tazminat sorumluluğu doğabilmesi için iradeye dayanan bir fiil bulunmalı, fiil hukuka aykırı olmalı, hukuka aykırı fiil nedeniyle maddi zarar doğmalı, hukuka aykırı fiil ile maddi zarar arasında uygun illiyet bağı bulunmalı ve zarar verici fiil, zarar verenin kusuruyla işlenmelidir (44).

Haksız fiillerde maddi tazminatın ilk unsuru olan fiil; iradi olarak yapılan bir davranış ile gerçekleşebileceği gibi, yapma yükümlülüğü bulunan bir şeyi yapmama şeklinde de meydana gelebilir. Örneğin, inşaat yapan bir kimse yasaların ön gördüğü güvenlik önlemlerini almaması sonucu doğacak zararlardan sorumlu olur (55).

Hukuka aykırılık ise kişilerin mal ve kişisel değerlerini doğrudan veya dolaylı koruma amacı güden emredici hukuk kurallarının ihlalidir. Bu hakların haricinde özel koruma kurallarının, örf-adet kurallarının ve hukukun genel ilkelerine dayanan yazılı olmayan hukuktan kaynaklanan davranış kurallarının ihlali de hukuka aykırılık teşkil eder. Ahlaka aykırı bir fiilden doğacak zarardan sorumlu olunması için bu fiilin zarar verme kastı ile yapılmış olması gerekmektedir. Bir kimsenin kanunun verdiği yetkiye dayanan ve bu yetkinin sınırları içinde kalan yani hukuka uygun bir fiili zarara yol açsa bile tazminat sorumluluğu doğmaz (55).

Haksız fiil nedeniyle maddi tazminat borcunun doğabilmesi için mutlaka maddi bir zararın gerçekleşmesi gerekir (55). En geniş anlamıyla “bir kişinin malvarlığında veya şahıs varlığında iradesi dışında meydana gelen eksilme” zarar olarak tanımlanabilir (45). Bedensel zararlar, kişinin yaşamı, sağlığı ve bedensel bütünlüğüne yönelik olarak verilen zararları ifade etmektedir. Bedensel zararlar nedeniyle maddi ve manevi tazminat davaları açılmakta olup maddi tazminat davaları bedensel zararlar nedeniyle kişinin malvarlığının azalması veya artışın engellenmesi şeklinde meydana gelen zararların tazmini için açılan davalardır. Bedensel bütünlüğün zedelenmesinden doğan zararlar daha önce de belirtildiği gibi TBK Madde 54’de düzenlenmiştir (44).

2.4.1. Tedavi Giderleri

Adli tıp uzmanlarına ve diğer tıbbi bilirkişilere yöneltilen sorulardan biri olan tedavi giderleri haksız fiil nedeniyle bedensel zarar gören kişinin sağlığına kavuşması ve/veya hastalığının artmasını önlemek için yaptığı tüm harcamalardır. Muayene, tahlil, teşhis, ameliyat, hastane, ilaç, protez, pansuman, fizik tedavi, ambulans ücreti, yol gideri, bakıcı ücreti, estetik ameliyat giderleri, refakatçi ücreti vb. giderler tedavi giderleridir (45). Tedavi giderlerinin talep edilebilmesi için tedavi sonucunda iyileşmenin gerçekleşmesi zorunlu değildir. Tedavi giderleri özel hastane ve gerekli ise yurt dışında yapılan tedavi masraflarını da kapsamaktadır (55, 56). Yalnızca yapılan masraflar değil, ileride yapılması zorunlu tedavi giderlerinin de istenebileceği Yargıtay içtihatlarında kabul edilmiş olup hükmün verileceği tarihte bu giderlerin tespit edilmesinin olanaksız olması halinde TBK madde 75 uyarınca kararın kesinleşmesinden itibaren iki yıl içerisinde konuyu inceleme ve tazminat hükmü değiştirilme yetkisi saklı tutulmaktadır (55). Bu tedavilerin sonucunda kalıcı sakatlık oranının

ve dolayısıyla meslekte kazanma gücündeki azalma oranının değişmesi halinde tazminat hesabının yeniden yapılması da söz konusu olabilmektedir.

Yine tıbbi bilirkişilere mahkemelerce en sık yöneltilen ve incelenmesi istenen durumlardan birisi de haksız fiil neticesinde zarar görenin vücudunda kalıcı iz ya da yüzünde sabit iz olup olmadığı, varsa bu izin giderilmesinin mümkün olup olmadığı ile muhtemel tedavi giderlerinin ne olduğu hususudur. Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 2018/10828 nolu kararında *“Davacı taraf, davacı ...'in kazada yüzünden yaralandığını, bu yaralanması nedeniyle yüzünde sabit iz kaldığını ve bu izler nedeniyle estetik tedavi gideri yapılması gerektiğini belirterek, bu giderlerin de tazmini isteminde bulunmuştur. ... Devlet Hastanesi'nde görevli plastik cerrahi uzmanının 07.11.2007 tarihli raporunda, davacı ...'in yüzünde oluşan izin sabit iz niteliği taşıdığı bildirilmiştir. Davacının yüzünde oluşan izin sabit iz olduğu tespit edildiğine göre, bu zararın giderimi için gerekli bedelden de davalıların sorumlu olduğu gözetilmelidir. Bu durumda mahkemece; davacı ...'in yüzünde oluşan izin sabit iz olduğunun uzman bilirkişi raporuyla saptandığı göz önünde bulundurularak; davacının yüzünde oluşan sabit iz için yapılacak estetik tedavi giderine ilişkin tespit edilen bedelin (kusur oranları da dikkate alınmak suretiyle) hüküm altına alınması gerekirken eksik incelemeyle, yazılı olduğu biçimde hüküm tesisini doğru görülmemiştir.”* denilerek yüzde sabit iz niteliğindeki skar dokusuna yönelik estetik tedavi giderlerinin de tazminat hesabında göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır (57).

2.4.2. Kazanç Kaybı

Bu zarar; kişinin sağlığındaki bozulma nedeniyle, iyileşene veya kalıcı bir noktaya ulaşana kadar çalışmamasından doğan, geçici nitelikte olan zarardır (55). Yukarıda da değindiğimiz gibi fiziksel veya psikolojik bir bozukluk nedeniyle işini bütünüyle ve geçici bir süre için yapamaması veya yapmasının beklenilmez olması durumu geçici iş göremezlik durumudur. Kişinin sağlığındaki bozulma nedeniyle çalışması imkansız olabileceği gibi kendisinden beklenilmez de olabilir. Yani fiilen çalışmasında bir engel olmamasına rağmen iyi niyet kuralları gereği çalışmasının beklenilmezliği söz konusu olabilir. Örneğin, hastanede yatarak tedavi gören bir kişinin taburculuğundan sonra çalışma hayatına dönmeden önce belirli bir süre evde istirahat etmesi gerekecektir (21). Bu açıdan bakıldığında iyileşme süresi ve geçici iş göremezlik süresi kavramlarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Kişinin hastanede yatışı veya hekimin tedaviyi tamamlamasına kadar olan süre iyileşme süresi iken, bütünüyle iyileşmesi, eski sağlığına kavuşması ya da kalıcı bir noktaya ulaşmasına kadar geçen süre geçici iş göremezlik süresini ifade etmektedir. Sağlığı bozulan kişi iyileşme süresi sonucunda yeme-

içme, yatıp-kalkma, soyunup-giyinme gibi günlük aktivitelerini yapabilir hale gelebilir ancak fazladan beden ve beyin gücü kullanması gereken işini yapmakta zorlanması söz konusu olabilir. Geçici iş göremezlik süresi kişilerin yaptıkları işe, hangi organlarının zarar gördüğüne, yaşlarına ve meslek durumlarına göre belirlenecektir (58). Örneğin bacağına kırık meydana gelen, masa başında çalışan bir kişi, aynı şekilde yaralanan ve postacı olarak çalışan birine göre işine daha erken sürede dönebilecektir.

Geçici iş göremezlik nedeniyle kazanç kaybına uğramak ve tazminat talebinde bulunmak sadece çalışan ve belirli bir kazancı bulunanlar için geçerli değildir. Örneğin, bir ev hanımı normalde bu işi bir ücret karşılığında yapıyor olsaydı ne kadar gelir elde edecek idiyse, yaralanması nedeniyle geçici iş göremezlik süresi kadar tazminatı hak edebilecektir (55, 58).

2.4.3. Çalışma Gücünün Azalmasından ya da Yitirilmesinden Doğan Zararlar

Bedensel zarar sonucunda çalışma gücündeki azalma nedeniyle oluşan zararın hesabında; çalışma gücündeki kaybın oranı, zarar görenin gelir durumu, gelecekteki gelir artışı ve terfileri ile zarar gördüğü tarihten itibaren ne kadar süre çalışabileceği önem arz etmektedir (55, 56). Bu zarar geleceğe yönelik, varsayımlara dayanılarak hesap edilen bir zarar olup kesin miktarını belirlemek neredeyse imkansızdır (56). Çalışma gücündeki kayıp oranı tespiti, geleceğe yönelik yapılan bu hesaplamanın en önemli basamağını oluşturmaktadır. Ancak kanunda, bu hesaplamanın hangi yönetmelik çerçevesinde yapılacağı ve hangi uzmanlık dalı ya da dalları tarafından düzenleneceği konusunda bir hüküm bulunmamaktadır. Çalışma gücündeki kayıp oranını, haksız fiilden etkilenen organ, organın etkilenme derecesi belirlemekle birlikte, zarar görenin mesleğinin ne olduğu da büyük önem taşımaktadır. Örneğin, bacağına aynı ağırlıkta kırık olan ve benzer düzeyde iyileşen iki kişiden kurye olarak çalışanın çalışma gücündeki kayıp oranının, masa başında çalışana göre daha fazla olması beklenir (55, 56).

Zarar görenin çalışma gücündeki kayıp oranı geçireceği bir ameliyat ya da yapılacak bir tedavi ile azaltılabilecekse, zarar verenin masrafları karşılaması koşuluyla ve bu tedavinin önemli bir risk taşımaması durumunda zarar görenin bu ameliyat ya da tedaviye rıza göstermesi beklenir. Rızanın olmaması durumunda hakim tazminatı belirlerken çalışma gücünde ne düzeyde bir azalma olacağını dikkate alır. Tedavi ile iyileşme olmayıp tam tersine çalışma gücü kaybında bir artış olması ya da ölüm olması halinde, uygun illiyet bağı varlığında ortaya çıkan sonuçtan yine zarar veren sorumludur (55). Hükümün verileceği tarihte zarar görenin tedavisinin devam etmesi ve gelecekteki muhtemel tedavi masraflarının ne olduğu ile çalışma gücündeki kayıp oranının ne olacağını önceden tespit edilememesi durumunda, mevcut duruma göre

tazminat hesabı yapılp daha önce de bahsedildiği gibi hükmün değiştirilme yetkisi saklı tutulabilir (56).

Uzun yıllar önce, bedensel zarara uğrayanların bir işi ve kazancı olup olmadığına bakılıyordu. Bu yanlış görüş elli yıl önce terkedilmiştir (58). Hukuka aykırı bir olay, bir kaza ve haksız eylem sonucu çalışma gücü kaybı olan kişinin kazançlarında bir azalma olmasa bile, aynı kazancı elde ederken yaşlılarına ve aynı işi yapanlara göre daha fazla “**güç-efor**” sarf edecek olması nedeniyle “**güç (efor) kaybı tazminatı**” isteme hakkı bulunmaktadır. Hatta çalışma gücü kaybına uğrayan kişinin bir işi, mesleği, kazancı olmasa bile; bu kimse bir çocuk veya emeklilik dönemini sürdüren yaşlı bir kimse ya da kendi ev hizmetlerini yapan bir kadın olsa dahi, günlük yaşamlarını sürdürürlerken, günlük işlerini yaparlarken sakatlıkları oranında zorlanacak olmaları nedeniyle “güç (efor) kaybı tazminatı” isteme hakları bulunduğu kabul edilmektedir (58, 59).

2.4.4. Ekonomik Geleceğin Sarsılmasından Doğan Zararlar

Ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan zararların, çalışma gücünün azalmasından doğan zararlardan ayrılması çoğu zaman mümkün olmamaktadır (56). Haksız fiilin sebep olduğu bedensel zarar dar anlamda çalışma gücünde bir azalma meydana getirmemesine rağmen mağdurun yeni bir iş bulmasında, eski iş yerinde aynı şartlarda istihdam edilmeye devam etmesinde, müşteri kitlesini korumaya devam etmesinde sorunlar yaratabilir (45, 55, 56). Görseiliğin büyük önem taşıdığı günümüzde yüzde ve bedende kalıcı izlerin ÇGMKGKOTİY Cetvellerine göre çalışma gücünde kayıp oranı hesaplamasında karşılığı bulunmamaktadır. Oysa, TBK'nin 54. maddesinde yer alan “ekonomik geleceğin sarsılması” olgusu estetik zararları da kapsamaktadır. Bugün tüm iş alanlarında güzel, bakımlı ve gösterişli insanların daha kolay iş buldukları, yaptıkları işlerde daha çok ilgi gördükleri ve daha fazla başarı elde ettikleri belirtilmektedirler (59). Örneğin, bir mankenin yüzünde meydana gelen bir yaralanma izi, çalışma gücünü azaltmasa bile ileride iş bulmasını zorlaştırabilir, hatta imkansız kılabilir (56).

2.4.5. İlliyet Bağı

Bedensel zararlarda tazminat sorumluluğunun doğabilmesi için en önemli noktalardan biri de doğan zarar ile haksız fiil arasında nedensellik bağının olmasıdır. Ancak nedensellik bağı birçok olayda doğrusal olmayıp bazen illiyet bağını kesen başka olaylar meydana gelmekte, bazen de doğan zarardan birden fazla fiil sorumlu olabilmektedir (55).

Nedensellik (illiyet) bağımlı açıklayan iki teori mevcuttur. Bunlar günümüzde pek taraftarı kalmayan “şart teorisi” ile sorumluluğu daha objektif olarak değerlendiren “uygun illiyet bağı teorisi”dir. Şart teorisine göre, bir zararın doğması için zorunlu olan şart o zararın sebebinin oluşturmaktadır. Sonucu meydana getiren şartlardan herhangi birini yerine getiren kimse diğer şartları yerine getirmese bile zararlı sonuçtan sorumlu olur (55). Bu durum da hem sorumluluğu genişletmekte hem de zorunlu olan şartın değerlendirilmesi subjektif olduğu için yanıltıcı olma ihtimali yüksek olmaktadır. Uygun illiyet bağı teorisinde ise hakkaniyet ilkesine göre her somut olayda, yaşam deneyimlerine ve olayın akışına göre zarardan sorumlu tutulabilecek en uygun fiil araştırılmaktadır.

Zarar gören kişinin herhangi bir kusuru değil de kast veya ağır ihmal derecesindeki ağır kusuru ya da üçüncü bir kişinin ağır kusurlu davranışı illiyet bağımlı keser. Örneğin, trafik kazası sonucu kolundaki kırık nedeniyle ameliyat edilen bir kişinin, kolunda ameliyat sırasında radial sinir kesilmiş ve kolunda güç kaybı oluşmuştur. Oluşan bu zararın tamamından kazaya neden olan şoförün mü, sinir kesisine yol açan doktorun mu sorumlu olduğu konusu tartışmalıdır. Mahkeme tarafından trafik kazasına bağımlı meydana gelen geçici ve sürekli iş göremezliğinin ne olduğu konusunda rapor düzenlenmesi istendiğinde; ameliyat sırasında meydana gelen sinir kesisinin de geçici iş göremezlik süresine ve sürekli iş göremezlik oranına etkisi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olguda öncelikle doktorun gerekli özeni gösterip göstermediği, bir tıbbi uygulama hatası varlığının olup olmadığı sorgulanarak, trafik kazası ile meydana gelen sonuç arasındaki illiyet bağımlı kesecek nitelikte olup olmadığı, bu sonucun müştereken mi meydana geldiği, hangi oranlarda sorumlulukların paylaşılacağı değerlendirilmelidir.

Zarar gören, zararın artmasını önleyecek, en az seviyede kalmasını sağlayacak önlemler almakla yükümlüdür. Zarar görenin bu önlemleri almaması sonucu zararın artması söz konusu olabilir ve bu durumda ortak kusurdan söz edilebilir (55). Haksız bir fiil sonucunda yaralanan kimsenin önerilen ameliyat veya tedaviye rıza göstermemesi bedensel zararın artmasına ve oluşan zarar için ortak sorumluluğa yol açabilir. Yine zarar görenin bünyesinden kaynaklanan, zarar veren olaydan önce de var olan bir hastalığın, beklenilenin üzerinde bir zarar doğurması, zararın artmasına yol açması durumunda tazminatta indirim yapılabilir. Örneğin; uzun yıllardır diyabet hastası olan, ayağında kronik yaraları bulunan bir kişinin ayağının üzerinden araç geçmesi ve ayak parmaklarında kırık oluşması sonucu alçı uygulanmış, devam eden süreçte ayağındaki yaralarda ilerleme nedeniyle bacağına diz altından amputasyon yapılmak zorunda kalınmıştır. Trafik kazasına bağımlı uğramış olduğu meslekte kazanma gücündeki azalma oranının hesabında bu kişinin mevcut hastalığının, oluşan sonuca etkisi muhakkak göz önünde bulundurulmalıdır.

2.5. Adli Tıp Açısından Maluliyet

Adli Tıp'ta en sık yapılan uygulamalardan biri olan maluliyet raporu düzenlenmesi, genel olarak trafik kazası, iş kazası, darp, ateşli silah yaralanması, tıbbi uygulama hataları gibi haksız fiil nedeniyle oluşan bedensel zararların tazmini için açılan davalarda çalışma gücünün kaybının ne oranda olduğunun ve meslek hastalığı ya da iş kazası sonucu malulen emeklilik durumlarının tespiti amacıyla düzenlenmektedir.

“SSSİT”, “ÇGMKGKOTİY”, “MTİY” ve eklerindeki cetvelleri, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” doğrultusunda malulen emeklilik tespiti için düzenlenmiştir. TBK'de bedensel zararlardan biri olan çalışma gücü kaybının nasıl tespit edileceğine dair bir hüküm bulunmamakta, MTİY'de bahsi geçen çalışma gücü kaybı kavramı, iş kazası ve meslek hastalığı dışındaki bir nedenden oluşan malulen emeklilik durumunun tespiti için kullanılmaktadır. Ancak yıllar içerisinde oluşan Yargıtay içtihatlarına göre bedensel zararlar nedeniyle açılan tazminat davalarında maluliyet oranının (çalışma gücündeki kaybın) tespitinde 11.10.2008 tarihine kadar SSSİT, 11.10.2008-01.09.2013 tarihleri arasında “ÇGMKGKOTİY”, 01.09.2013 tarihinden sonra ise “MTİY” kullanılmaktadır (60).

MTİY ile bazı hastalıklar da maluliyet kapsamına alınarak malullüğün kapsamı genişletilmiş, bazı kolaylıklar getirilmiştir. ÇGMKGKOTİY'de yer alan; çalışma gücü kaybı, vazife malullüğü, harp malullüğü ile erken yaşlanma durumlarının tespiti ile ilgili tüm hükümler yürürlükten kaldırıldığından artık 01.09.2013 tarihinden itibaren bu hükümler uygulanmamaktadır. Ancak yönetmelik ekinde bir önceki yönetmelik ekinde bulunan cetveller güncellenmemiş olup meslekte kazanma gücü kaybı ile ilgili işlem ve uygulamalar eskiden olduğu gibi ÇGMKGKOTİY ekinde yer alan A, B, C, D ve E Cetvelleri kullanılarak yürütülmektedir (22).

14.05.2015 tarih, 29355 sayılı RG'de yayımlanan KMAZMSS Genel Şartları madde A.5. c)'de trafik kazasına bağlı sürekli sakatlık tazminatı hesaplamalarında genel şartlar yürürlük tarihi olan 01.06.2015 tarihinden itibaren “*Sürekli sakatlık tazminatına ilişkin sakatlık oranlarının belirlenmesinde, engelli ölçütü sınıflandırılması ve engellilere verilecek sağlık kurulu raporlarına ilişkin mevzuat doğrultusunda hazırlanacak sağlık kurulu raporu dikkate alınır.*” denilmektedir. Genel şartlarda değişiklik yapılması sonrasında Yargıtay 17. Hukuk Dairesi (HD), KTK'de yer almayan bir konu hakkında genel şartlarda sigortalı aleyhine değişiklik yapılamayacağını belirterek, kanuna aykırı hükümleri bünyesinde barındıran genel şartların uygulanmasının hukuka aykırı olduğuna karar vermiştir (48). Bu doğrultuda 6704 sayılı Kanunun 3. maddesi ile KTK'nin 90. maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve 26.04.2016 tarihinde yürürlüğe girmiş olup “*Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamındaki*

tazminatlar bu Kanun ve bu Kanun çerçevesinde hazırlanan genel şartlarda öngörülen usul ve esaslara tabidir. Söz konusu tazminatlar ve manevi tazminata ilişkin olarak bu Kanun ve genel şartlarda düzenlenmeyen hususlar hakkında 11/1/2011 tarihli ve 6098 sayılı Türk Borçlar Kanununun haksız fiillere ilişkin hükümleri uygulanır." şeklindedir (47). Bu maddenin en önemli sonucu, 01.06.2015 tarihinde KMAZMSS Genel Şartlarında yapılan değişikliklerin uygulanmasının önünü açmış olmasıdır (48).

Maluliyet raporu düzenlenmesi için yapılan başvuruların en büyük grubunu trafik kazası olguları oluşturmakta olup, bu başvurularda hangi tarihte hangi yönetmeliğin kullanılacağı tartışma konusu olmaktadır. KMAZMMS Genel Şartlarında yapılan değişiklik sonucunda 01.06.2015 tarihinden sonra EÖSEVSKRY'e göre rapor düzenlenmesi öngörülmüş ancak buna karar verirken olay tarihinin mi poliçe tarihinin mi göz önünde bulundurulacağı hususu da bir diğer tartışma konusudur. Ayrıca Türkiye Barolar Birliğinin 5-6 Nisan 2019 tarihinde düzenlediği Bedensel Zararlar Konusunda Yüksek Mahkeme Görüşleri Sempozyumu 4. oturumunda Yargıtay 17. Hukuk Dairesi Üyesi Kadri ÖZERDOĞAN konuşmasında bedensel zararlar ile ilgili KMAZMMS Genel Şartlarının getirdiği yeniliklerin, KTK'de yapılan değişikliklerin yürürlük tarihi olan 26.04.2016 tarihinden itibaren uygulanması eğiliminde olduklarını belirtmiştir. Ancak destekten yoksun kalma ile ilgili tazminat hesabında Genel Şartların yürürlük tarihi olan 01.06.2015 tarihinin baz alındığına dikkat çekmiştir (61). Yani Yargıtay 17. HD, 26.04.2016 tarihinden sonra meydana gelen trafik kazalarında maluliyet hesabında engellilik cetvelinin kullanılması, bu tarihten önce meydana gelen trafik kazalarında ise maluliyet cetvelinin kullanılması eğiliminde olduklarını belirtmiştir. Ancak bu konuda henüz bir Yargıtay kararı bulunmamaktadır. Böylece yeni bir tartışma konusu daha oluşmuştur. Maluliyet oranı hesaplanırken olay tarihinde yürürlükte olan mevzuata göre değerlendirilmesi gerektiği bilinmesine karşın incelediğimiz ve aşağıda belirttiğimiz Yargıtay kararlarında poliçe başlangıç tarihinde yürürlükte olan mevzuata göre değerlendirme yapılmasının gerektiğinden bahsedilmektedir.

- Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 19.06.2017 tarihli E. 2016/13434 K. 2017/6894 nolu ilamının karar kısmında davalı vekilinin *"bu hususun 01.06.2015 tarihli ... Genel Şartları ile düzenleme altına alındığını, davaya konu kazanın da bu tarihten sonra meydana geldiğini belirterek davanın reddini"* savunduğu, sonuç kısmında *"... poliçesi tanzim tarihinin 15.03.2015 oluşu nedeniyle, 01.06.2015 tarihinde yürürlüğe giren ... Genel Şartlarının somut olaya uygulanmasının mümkün olamayacağı gözetilerek ..."* denildiğinden (62),
- Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 31.05.2017 tarihli E. 2016/13345 K. 2017/6134 nolu ilamında *"Somut olayda; kaza 21.07.2015 tarihinde meydana gelmiş olmakla birlikte*

... .. poliçesinin tarihleri 13.10.2014-13.10.2015 olduğundan 01.06.2015 tarihli ... Genel Şartları bu davada uygulanamayacaktır” denildiğinden (63),

- Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 31.10.2017 tarihli E. 2017/1541 K. 2017/9897 nolu ilamında detaylı bir şekilde anlatılarak “*Türk Ticaret Kanunu’nun 1425. maddesine göre sigorta poliçesi genel ve varsa özel şartları içerir. Yeni Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk (Trafik) Sigortası Genel Şartları 01.06.2015 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Genel şartlar C.10. maddesi ile 12/8/2003 tarihli ve 25197 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni genel şartlar C.11 maddesine göre genel şartlar yürürlük tarihi olan 01.06.2015 tarihinden sonra akdedilmiş sözleşmelere uygulanacaktır. Bunun doğal sonucu olarak artık eski genel şartların, yeni genel şartların yürürlük tarihinden sonra düzenlenen poliçelerde uygulanma imkanı bulunmamaktadır.*” denildiğinden, olay tarihinden ziyade poliçe tarihinin dikkate alındığı görülmektedir. Ayrıca bu kararlar, Yargıtay 17. HD Üyesi Kadri ÖZERDOĞAN’ın yukarıda değindiğimiz konuşması ile aynı paralelde olmayıp bedensel zararlarla ilgili Genel Şartların getirdiği yeniliklerin 01.06.2015 tarihinden itibaren uygulanacağı anlaşılmaktadır (64).

Bu konuda daha önce yapılan çalışmalarda maluliyet raporu düzenlenmesi istemiyle kurumlara başvuruların yıllar içerisinde arttığı görülmektedir (60, 65). Artan nüfus, artan trafik kazaları ve iş kazaları, kişilerin bu konuda hak arama yolları bilincinde artma ve kurulan birçok aracı şirketin kaza mağdurlarını dava açmaları yönünde teşvik etmesi bu artışın sebepleri arasında sayılmaktadır (60, 65).

İş kazası sayısı 2012 yılından 2016 yılına gelene kadar %382 oranında artmıştır. 2016 yılında iş kazası geçiren 286068 kişinin 44953’ü kadın, 241115’i erkektir. SGK verilerine göre iş kazası sayısındaki dramatik artışın aksine 2012 yılından 2016 yılına kadar meslek hastalığı bildirimlerinde ılımlı bir yükseliş gözlenmiştir. Ayrıca bu verilere göre, sigortalıların belli bir bölümü meslek hastalığı tanısını sigortalılık durumu sona erdikten sonra almıştır (66). SGK verilerinde yer alan iş kazası ve meslek hastalığı sonucu ölümlerin, bilinen sayılardan daha yüksek olduğu düşünülmektedir. ILO’ya göre her yıl 2,4 milyon kişinin işe bağlı hastalıklardan, 380 bin kişinin ise iş kazalarından öldüğü tahmin edilmektedir. Uluslararası veriler göz önünde tutularak bir değerlendirme yapıldığında Türkiye’de beklenen işle ilgili hastalık sonucu ölüm sayısının yılda 10-18 bin arasında olmasının beklendiği, ancak yılda sadece 260 civarında meslek hastalığı için hak sahiplerine ölüm geliri bağlandığı belirtilmektedir (67).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre; ülkemizde meydana gelen trafik kazalarına bağlı ölü ve yaralı sayısında yıllar içerisinde artış olduğu görülmektedir (68) (Tablo 1). Türkiye

Sigortalar Birliği'nin yayımladığı 2019 yılının ilk 3 ayına ait trafik sigortası istatistiklerine göre 9408 mağdura sürekli sakatlık teminatından ödeme yapıldığı, toplam ödemenin 407715010 Türk Lirası olduğu, 883 mağdura toplam 9180189 Türk Lirası tedavi gideri ödemesi yapıldığı görölmektedir (69).

Tablo 1. Trafik kazası, ölü ve yaralı sayısı, 2008 - 2017 (68)

Yıl	Ölümlü yaralanmalı kaza sayısı	Ölü sayısı			Yaralı sayısı
		Toplam	Kaza yerinde	Kaza sonrası ⁽¹⁾	
2008	104 212	4 236	4 236	-	184 468
2009	111 121	4 324	4 324	-	201 380
2010	116 804	4 045	4 045	-	211 496
2011	131 845	3 835	3 835	-	238 074
2012	153 552	3 750	3 750	-	268 079
2013	161 306	3 685	3 685	-	274 829
2014	168 512	3 524	3 524	-	285 059
2015	183 011	7 530	3 831	3 699	304 421
2016	185 128	7 300	3 493	3 807	303 812
2017	182 669	7 427	3 534	3 893	300 383

(1) Trafik kazasında yaralanıp sağlık kuruluşuna sevk edilenlerden kazanın sebep ve tesiriyle 30 gün içinde ölenleri kapsamaktadır.

2.5.1. İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonucu Maluliyet Oranı Hesabında Kullanılacak Yönetmelikler

- 11.10.2008 tarihinden önce gerçekteşmiş olaylarda, “22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü” (70)
- 11.10.2008 ile 01.09.2013 tarihleri arasında meydana gelen olaylarda “11.10.2008 tarihli ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” (71)
- 01.09.2013 tarihinden sonra ise “03.08.2013 tarihli ve 28727 sayılı Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği” kullanılmaktadır (52).

2.5.2. Trafik Kazası Sonucu Maluliyet Oranı Hesabında Kullanılacak Yönetmelikler

- 11.10.2008 tarihinden önce gerçekteşmiş olaylarda, “22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü” (70)

- 11.10.2008 ile 01.09.2013 tarihleri arasında meydana gelen olaylarda “11.10.2008 tarihli 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” (71)
- 01.09.2013 ile 01.06.2015 tarihleri arasında meydana gelen olaylarda ve ayrıca sigorta poliçesi başlangıç tarihi 01.06.2015 tarihi öncesi olan olaylarda “03.08.2013 tarihli 28727 sayılı Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği” (52)
- 20.02.2019 tarihi öncesinde meydana gelen olaylarda ile sigorta poliçesi başlangıç tarihi 01.06.2015 tarihi sonrası olan olaylarda “23.03.2013 tarihli 28603 sayılı Engellilik Ölçütü Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” (14)
- 20.02.2019 tarihinden sonra meydana gelen olaylarda “20.02.2019 tarihli 30692 sayılı Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ve “20.02.2019 tarihli 30692 sayılı Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” kullanılmaktadır (17, 18).

2.5.3. Diğer Bedensel Zararlar Sonucu Maluliyet Oranı Hesabında Kullanılacak Yönetmelikler

Trafik kazası ile iş kazası ve meslek hastalığı dışındaki darp, tıbbi uygulama hatası, ateşli silah yaralanması gibi diğer nedenlerle oluşan bedensel zararlarda maluliyet hesabında kullanılacak yönetmelikler için aşağıdaki tarihler dikkate alınacaktır;

- 11.10.2008 tarihinden önce gerçekleşmiş olaylarda, “22.06.1972 tarihli 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü” (70)
- 11.10.2008 ile 01.09.2013 tarihleri arasında meydana gelen olaylarda “11.10.2008 tarihli 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” (71)
- 01.09.2013 ile 20.02.2019 tarihleri arasında meydana gelen olaylarda “03.08.2013 tarihli 28727 sayılı Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği” (52)
- 20.02.2019 tarihinden sonra meydana gelen olaylarda “20.02.2019 tarihli 30692 sayılı Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ve “20.02.2019 tarihli 30692 sayılı Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” kullanılmaktadır (17, 18).

2.5.4. Maluliyet Cetvellerine Göre Meslekte Kazanma Gücünde Azalma Oranı Hesaplama Yöntemi

Bedensel zarara neden olan olaya ve tarihe göre hangi yönetmeliklerin kullanılması gerektiğine yukarıda değinmiştik. Kullanılması gereken yönetmeliğin “SSSİT”, “ÇGMKKGKOTİY” ve “MTİY” olması halinde meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesabı bu yönetmeliklerin ekinde yer alan maluliyet cetvellerine göre yapılmaktadır.

Yönetmeliklerin Ek-1 listesinde çalışma gücünde en az %60 azalma meydana gelen tıbbi durumlar listelenmiştir. Ek-2 listesinde ise meslek hastalıkları belirlenmiştir. Bunların dışında meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesaplamasında kullanılan, Ek-3’te yer alan A, B, C, D ve E Cetvelleri olmak üzere 5 adet cetvel bulunmaktadır.

Maluliyet raporu düzenlenmesi için başvuran olgunun yapılan muayenesi, incelenen tıbbi evrakı ve istenen konsültasyon sonuçları birlikte değerlendirilerek, olguda olaya bağlı oluşan kalıcı fonksiyon kısıtlılıkları ve arızalar tespit edilmelidir. Saptanan fonksiyon kısıtlılıklarına göre A Cetvelinde yer alan arıza listelerindeki arızalardan uygun olanı seçilerek Arıza Liste Numarası, Arıza Sıra Numarası ve Arıza Ağırlık Ölçüsü not edilmelidir (71).

Daha sonra B Cetvelinde yer alan iş kolları ve mesleklerden olgunun mesleği bulunarak meslek grup numarası not edilmelidir. Olgunun mesleği bilinmiyorsa ya da ev hanımı, öğrenci, emekli ise düz işçi olarak değerlendirilmelidir (60). Mesleğinin B Cetvelinde bulunmaması halinde mesleğine en yakın meslek grubu raporda belirtmek koşulu ile takdireen seçilebilir. Örneğin, oldukça yaygın olan güvenlik görevlisi meslek grubu B Cetvelinde yer almadığından ‘Bekçiler’ meslek grubu en yakın meslek grubu olarak alınabilir (60).

A Cetvelinden yararlanarak not edilen Arıza Liste Numarası, Arıza Sıra Numarası ve B Cetvelinden yararlanarak not edilen Meslek Grup Numarası C Cetveli yardımı ile kombine edilerek Sürekli İş Görmezlik Simgesi saptanır. D Cetveli, arızaların ağırlık ölçülerine ve sürekli iş görmezlik simgesine göre meslekte kazanma gücü azalma oranını bulmaya yarar. Bu cetvelin sol kenarındaki sütun; 0’dan 65’e kadar olan arıza ağırlık ölçülerini, üstteki satır; C Cetveli yardımıyla bulunan A’dan R’ye kadar olan sürekli iş görmezlik simgelerini, bunların kesişme noktaları; 1’den 100’e kadar olan meslekte kazanma gücünün azalma oranını gösterir. A Cetvelinde belirlenen Arıza Ağırlık Ölçüsü ve C Cetveli yardımıyla bulunan Sürekli İş Görmezlik Simgesinin D Cetvelinde kombinasyonu ile bulunan oran, 38-39 yaşlarındaki bir sigortalının meslekte kazanma gücünün azalma oranıdır (71). Yapılacak tüm indirimler bu aşamada yapılmalıdır. Mağdurda meydana gelen ve fonksiyon kaybı oluşturan arızanın ilgili yönetmeliğin A Cetvelinde aynen yer almaması nedeniyle şahsın arızasına en yakın arıza çeşidinin seçilmesi ya da ilgili yönetmelikte belirtilen fonksiyon kaybı düzeyinde bir kayıp

olmaması nedeniyle oranda takdiren indirim yapılabilmektedir. Bilirkişilerin takdiren hesaplama yapması ile ilgili yasal bir düzenleme olmamakla birlikte tıbbi kurallara uygun olarak takdiren bir değerlendirme yapılması yönetmelikte tam karşılığı olmayan durumlarda, değişik şekillerde beden fonksiyonlarını kaybetmiş kişilerin mağdur olmalarını engelleyecek, hem de çok sayıda bedensel arıza içinden ilgili yönetmeliğe yansıtılabilenler dışında olanların yarattığı kayıpların belirlenmesine yardımcı olacaktır. Takdiri değerlendirmede bilimsel ve tıbbi gerekçelerin açıkça belirtilmesi olası itirazların sayısını azaltabilecektir (60). Örneğin; asetabulum fraktürü sonucu kalça eklem hareketlerinde %20 oranında kısıtlılık saptanan olguda, ilgili cetvelde birebir karşılığı olmaması nedeniyle XII. Liste Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızalarında bulunan “Koksa-femoral ekleminin normal hareketlerinin %50'sini kaybettirecek şekilde sertliği” arızası seçilerek, hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı eklem hareket kısıtlılığı oranında azaltılmasının uygun ve hakkaniyetli olduğu düşünülmektedir. Başka bir örnek vermek gerekirse; radius distal kırığına bağlı el bilek eklem hareketlerinde %10 oranında kısıtlılık olan olgunun arızasının A Cetvelinde birebir karşılığı bulunmamaktadır. En yakın arıza olarak seçilen ‘El bileği ankilozu’ arızası ise el bileği eklem hareketlerinin tamamen kaybını ifade etmektedir. Seçilen arızanın D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranında, el bileği eklem hareketlerinde %10 kısıtlılık olması nedeniyle takdiren 9/10 oranında indirim yapılabilinecektir. Engellilik Cetveli ise daha ayrıntılı hazırlanmış olduğundan takdir kullanma ihtiyacı daha az olup bu konuda literatürde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla Engellilik Cetveli kullanılarak farklı bilirkişilerce verilen raporlarda farklı oranlar hesaplanmasının nispeten önüne geçilebilmektedir.

Mağdurda birden fazla arıza olması durumunda her bir arıza için yukarıda belirtilen şekilde 38-39 yaşlarındaki bir sigortalının meslekte kazanma gücündeki azalma oranları hesaplanı, Balthazard Formülü kullanılarak birleştirilmelidir. Saptanan oranlar, en yükseklerinden başlanarak sıraya konulmalı ve en yüksek oran, sigortalının çalışma gücünün tümünü gösteren %100'den çıkarılmalıdır. Bu çıkarma işleminde kalan oran, sırada ikinci gelen meslekte kazanma gücü azalma oranı ile çarpılarak 100'e bölünmeli, çıkan sonuca en yüksek meslekte kazanma gücü azalma oranı eklenmelidir. Böylece birinci ve ikinci arızaların meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı bulunmuş olur. Sigortalının arızası ikiden fazla ise birinci ve ikinci arızaların meslekte kazanma gücü toplam azalma oranı birinci sıraya ve üçüncü sıradaki arızanın meslekte kazanma gücü azalma oranı ikinci sıraya alınarak yukarıdaki işlem tekrarlanmalıdır. İlgili Yönetmelik uyarınca birden fazla lezyona ait arızaların toplamı uzvun amputasyonunu ya da kaybını geçemez. Ayrıca, A Cetveli listelerinde ayrı ayrı gösterilen çeşitli arızalar, bu listelerde yer alan bir hastalık veya arızanın tabii sonucu iseler, bunlar, ayrı sebeplere bağlı arızalar gibi ele alınarak Balthazard Formülü ile birleştirilmez (71). Örneğin,

tibia kırığı meydana gelen bir mağdurda tibiada açılanma ve alt ekstremitede kısalık saptanmış olduğunu varsayalım. Bu durumda alt ekstremitede saptanan kısalığın tibia kemiğindeki açılanmanın tabii sonucu olduğu söylenebileceğinden farklı arızalar gibi alınarak yönetmelik gereğince Balthazard Formülü ile birleştirilmemelidir. Yalnızca tibiadaki açılanma arızasına göre hesaplama yapılması gerekmektedir.

E cetveli, yukarıda açıklanan yöntemle D cetveline göre bulunan orana ve sigortalının yaşına göre meslekte kazanma gücünün azalma oranını tespiti yarar (71). Anabilim Dalımızda E Cetveline göre hesaplama yapılırken hem olay tarihindeki yaşı hem de raporun düzenlendiği tarihteki yaşı dikkate alınarak raporun sonuç kısmında her iki oran da belirtilmektedir. Maluliyet Cetveli kullanılarak meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesaplamasına bir örnek vermek gerekirse;

Trafik kazası sonucu sol distal tibia-fibula kırığı nedeniyle ameliyat edilen, iyileşmesi tamamlanan 20 yaşındaki olgunun yapılan muayenesi ve istenen konsültasyon sonuçları birlikte değerlendirildiğinde olaya bağlı olarak gelişen fonksiyon kısıtlılıkları ve arızalarının: sol ayak bileğinde eklem hareket kısıtlılığı, sol distal fibulada 10°'den az açılanma olduğunu varsayalım. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinde “*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 24. madde hükümlerine göre işlem yapılmaz*” denildiğinden fibuladaki açılanmanın doğal sonucu olan eklem hareket kısıtlılığı hesaplamaya dahil edilmeyip, sadece fibulada 10°'den az açılanma arızasının alınması uygun olacaktır. Buna göre;

A Cetveli XII. Liste: Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızaları

Arıza Çeşidi: Tibia, fibula, tibio-fibulanın

A-- 10°'ye kadar angulasyon veya eksen rotasyonu bırakarak tam iyileşmiş kırıkları

a-- Tek taraflı

Arıza Sıra No: 33

Arıza Ağırlık Ölçüsü: 10

B Cetveline Göre Meslek Grup No: 1 (Düz işçi olarak alınmıştır.)

C Cetveline Göre Sürekli İş Görmezlik Simgesi: A

D Cetveline Göre 38-39 yaşlarındaki bir sigortalının Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı: %14

Sonuç olarak; E Cetveline göre şahsın Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı, olay tarihindeki yaşına (on yedi) ve rapor tarihindeki yaşına (yirmi) göre **%10,3 (on virgöl üç)** olarak bulunmuştur.

Bazı olgularda olay öncesinde de belli bir düzeyde meslekte kazanma gücünde azalma söz konusu olabilmekte, olaya bağlı olarak meslekte kazanma gücündeki azalma oranında bir artma olabilmektedir. Bu durumda kişinin olay öncesindeki meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesaplanıp, olay sonrası hem olayla ilişkili hem de olaydan bağımsız, daha öncesinde var olan tüm arızaları göz önünde bulundurularak hesaplanan toplam meslekte kazanma gücündeki azalma oranından çıkarılarak fark hesabı yapılır (72). Meslekte kazanma gücünde azalmaya sebep olan lezyon aynı bölgede olduğunda fark hesabı yapmak uygun olmakla birlikte bazı durumlarda fark hesabına dayalı rapor düzenlemek hak kayıplarına sebebiyet verebilmektedir. Örneğin, paraplejisi olup telefon santralinde çalışan bir kişi kaza sonucu her iki gözde tam görme kaybına uğrayabilir. Olay öncesinde meslekte kazanma gücündeki azalma oranı %100 (parapleji) olan kişinin, kaza sonrası meslekte kazanma gücündeki azalma oranı da %100 (her iki göz tam görme kaybı)'dür. Ancak bu şahsın artık telefon santralindeki işini yapması beklenemez. Böyle durumlarda ayrıntılı bir şekilde muayene bulguları not edilmeli, kişinin mevcut meslekte kazanma gücündeki azalma oranları hesaplanmalı ve her bir olay için ayrıntılı bir şekilde meslekte kazanma gücündeki azalma oranı bulunduğu rapor düzenlenirken raporda belirtilmesi uygun olur (72).

2.5.6. Engellilik Cetvellerine Göre Engellilik Oranı Hesaplama Yöntemi

Engellilik Cetveli kullanılarak, bedensel zararların tazmini amacıyla çalışma gücü kaybı oranının tespiti için düzenlenen raporlar, engellilere yönelik hak ve hizmetlerden yararlanılması için düzenlenen engelli sağlık kurulu raporlarından oldukça farklıdır. Engelli hak ve hizmetlerinden yararlanmak amacıyla düzenlenen engelli sağlık kurulu raporlarında kişinin doğuştan ya da sonrasında kendisinde var olan bir hastalığa bağlı tüm arızaları göz önünde bulundurulurken, maluliyet oranı hesaplaması yapılırken sadece tazminata konu olay nedeniyle oluşan arızası göz önünde bulundurulur. KMAZMSS Genel Şartlarda bu konuya değinilerek Engellilik Cetveli kullanılarak yapılan maluliyet oranı hesabında yalnızca trafik kazası ile illiyeti bulunan sekellerin dikkate alınması gerektiği vurgulanmış, ayrıca “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ve “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik”te terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durum bildirir sağlık kurulu raporunda, Engelli Sağlık Kurulu Raporlarından farklı olarak kişide var olan

kronik hastalıkların yarattığı fonksiyon kayıplarının hesaplamaya dahil edilmeyeceği belirtilerek öncesinde var olan “illiyet” sorununun önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

Engellilik Cetveli kullanılarak maluliyet raporu düzenlenmesi için başvuran olgunun yapılan muayenesi, incelenen tıbbi evrakı ve istenen konsültasyon sonuçları birlikte değerlendirilerek, olguda olaya bağlı oluşan fonksiyon kısıtlılıkları ve arızalar tespit edilmelidir. Saptanan fonksiyon kısıtlılıklarına göre EÖSEVSKRY Ek 2’de yer alan engel oranları cetvelinden uygun arıza seçilmelidir. Bu cetvelde engel durumlarının, hem fonksiyonel hem de anatomik kayıplarının değerlendirilmesinde standart ve objektif bir yaklaşım sağlanması amaçlanmıştır (14). Engel oranı hesaplarken yine birden fazla arıza olması durumunda Balthazard Formülü kullanılarak hesaplama yapılmalıdır (14). Engellilik Cetvelinde yaşa ve mesleğe göre bir hesaplama yer almamaktadır.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı ve İzinler

Tez çalışması ile ilgili etik kurul başvurusu 25.05.2018 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapıldı. 03.07.2018 tarihli etik kurul değerlendirilmesinde revizyon önerildi ve gerekli düzeltmeler yapılarak 27.09.2018 tarihinde revize edilen belgeler düzeltme formu ile birlikte kurula iletildi. EÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 16.10.2018 tarihli 18-10.1/19 karar numaralı Araştırma Başvurusu Onay Belgesinde araştırmaya başlanmasının uygun olduğu belirtildi.

3.2. Çalışma Grubu ve Veri Toplama

Bu çalışmada; 1 Ekim 2018-1 Şubat 2019 tarihleri arasında EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalına Hukuk Mahkemeleri, İş Mahkemeleri ve Sigorta Tahkim Komisyonları tarafından gönderilen 336 olgudan 205 olgu çalışmaya dahil edildi. Etik Kurul onayının alınmasının ardından 01.10.2018-16.10.2018 tarihleri arasında EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalına başvurmuş ve maluliyet raporu düzenlenmiş 29 olgunun raporu etik kurul onayının 16.10.2018'de gelmesi nedeniyle retrospektif olarak incelendi. 16.10.2018-01.02.2019 tarihleri arasında başvuran 176 olgu ise prospektif olarak değerlendirildi. Çalışmanın amacı ve içeriği açıklanarak olgulardan onam alındı. İyileşme sürecinin devam ettiğinin anlaşılması, konsültasyon süreçlerinin ve eksik tıbbi evrakın çalışma süresi içerisinde tamamlanamaması gibi nedenlerle nihai raporunun düzenlenmesi mümkün olmayan, elde edilen veriler ile iki Cetvele göre de hesaplama yapılması mümkün olmayan, onam vermeyen olgular çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışma hem retrospektif hem de prospektif bir çalışma olup olguların anamnezi alındı ve muayeneleri yapıldı. Cinsiyet, yaş, meslek, travma orijini, travma türü, rapor isteyen kurum, olay tarihi, muayene tarihi, olaya bağlı yaralanmalar, muayene bulguları, tıbbi iyileşme süresi, varsa daha önce alınmış raporlar, olgu rapor formlarına kaydedildi. Gerekli konsültasyonlar istendi. Saptanan fonksiyon kısıtlılıkları ve arızalarına göre D ve E Cetveli kullanılarak hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları ile Engellilik Cetveli kullanılarak hesaplanan engellilik oranı olgu rapor formlarına kaydedildi.

3.3. Verilerin Analizi

Olgu rapor formlarına kaydedilen veriler SPSS for Windows versiyon 25 programına kodlanarak girildi ve analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edildikten sonra

tanımlayıcı istatistikler, frekans tabloları, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler saptandı. D Cetveline, E Cetveline ve Engellilik Cetveline göre hesaplanan oranlar ile diğer veriler Wilcoxon, Freidmans's, Kruskal-Wallis testleri uygulanarak karşılaştırıldı. $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.



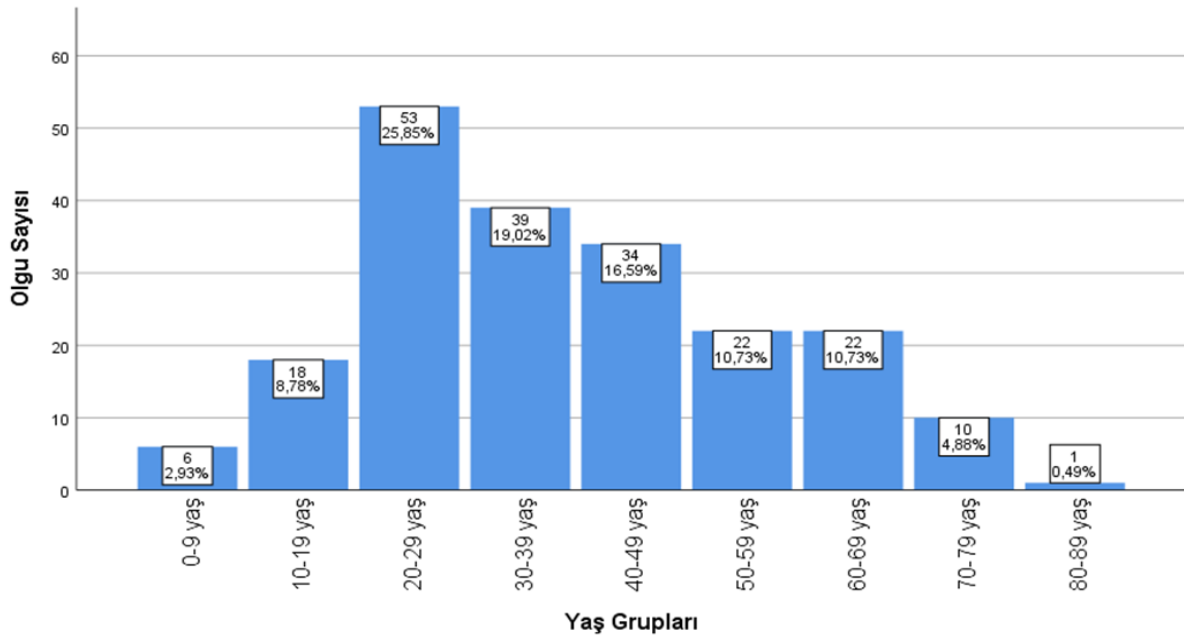
4. BULGULAR

Anabilim Dalımıza maluliyet raporu istemiyle başvuran 336 olgudan, çalışmaya dahil edilen 205 olgunun 148'i (%72,2) erkek, 57'si (%27,8) kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması $36,96 \pm 16,26$, kadınların yaş ortalaması $42,75 \pm 19,98$, tüm olguların yaş ortalaması $38,57 \pm 17,52$ olarak saptandı (Tablo 2). Binominal test uygulandığında maluliyet raporu düzenlenmesi için başvuran erkek olguların anlamlı olarak daha fazla olduğu ($p < 0,05$), Mann-Whitney U testine göre cinsiyetler arası yaş dağılımının benzer olduğu görüldü.

Tablo 2. Olguların cinsiyete göre yaş ortalamaları.

Cinsiyet	Yaş Ortalaması	Sayı (n)	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Erkek	36,9662	148	16,26959	8,00	83,00
Kadın	42,7544	57	19,98953	8,00	76,00
Toplam	38,5756	205	17,52674	8,00	83,00

Olguların yaşları 10'arlık gruplara ayrıldığında en çok 20-29 (n=53) yaş grubunda olgu bulunduğu, bunu 30-39 yaş grubunun izlediği görüldü (Grafik 1).



Grafik 1. Onlu yaş gruplarına göre olguların dağılımı.

Mahkeme istem yazılarında 10 olgunun EÖSEVSKR Hakkında Yönetmelik, 4 olgunun SSSİT, 4 olgunun MTİY, 3 olgunun ÇGMKGKOTİY, 1 olgunun hem MTİY hem de EÖSEVSKRY, 1 olgunun hem SSSİT hem de ÇGMKGKOTİY kapsamında

değerlendirilmesinin istendiği görüldü. 205 olgunun yalnızca 23'ünde (%11,22) hangi yönetmeliğe göre hesaplama yapılmasının istendiği belirtilmişti. Mahkeme üst yazılarının 5'inde olay tarihinde yürürlükte olan yönetmeliğe göre değerlendirme yapılmasının istendiği belirtilmiş olup bu yönetmeliğin hangisi olduğuna dair bilgiye yer verilmediği görüldü. Olay tarihinde yürürlükte olan yönetmeliklere baktığımızda ilk sırayı EÖSEVSKRY'nin (n:119 %58,0) aldığı, bunu sırasıyla ÇGMKGKOTİY (n:44 %21,5), MTİY (n:40 %19,5) ve SSSİT'nin (n:2 %1) izlediği saptandı. Olguların 5'inin mahkeme istek yazılarında olay tarihinde yürürlükte olmayan yönetmeliğe göre hesaplama yapılmasının istendiği görüldü.

Mahkeme istek yazılarında maluliyet raporu ile ilgili kullanılan kavramlara bakıldığında en sık “sürekli (daimi, kalıcı) iş göremezlik” kavramının kullanıldığı, bunu “maluliyet oranı, durumu veya raporu”, “iş gücü kayıp oranı” kavramlarının izlediği görüldü (Tablo 3).

Tablo 3. Mahkeme istek yazılarında kullanılan kavramlar.

Kullanılan Kavramlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sürekli (daimi, kalıcı) iş göremezlik	108	52,7
Maluliyet oranı, durumu veya raporu	73	35,6
İş gücü kayıp oranı	21	10,2
Engel oranı	1	0,5
Meslekte kazanma gücü kaybı oranı	1	0,5
Sakatlık oranı	1	0,5
Toplam	205	100,0

Çalışmaya dahil olan 205 olgu için en sık Asliye Ticaret Mahkemesinden (n:172, %83,9) maluliyet raporu düzenlenmesinin talep edildiği, bunu Asliye Hukuk Mahkemelerinin (n:31, %15,1) izlediği, Sigorta Tahkim Komisyonu ve İş Mahkemelerinden 1'er tane başvuru olduğu saptandı.

Olguların meslekleri sorgulandığında 48 farklı meslek belirtilmiş olup; beyan edilen mesleklerin en sık işçi (n:38, %18,4), öğrenci (n:34, %16,6), ev hanımı (n:22, %10,7) olduğu görüldü. Olguların 14'ü (%6,8) çalışmadığını, 15'i (%7,2) emekli olduğunu belirtti. Sadece bir örneği bulunan 26 farklı meslek, diğer meslekler grubu (%12,7) altında toplandı (Tablo 4). Öğrenci, ev hanımı ve emekli olduğunu, çalışmadığını beyan eden olgular başta olmak üzere, mesleği B Cetvelinde yer almayan 100 olgunun, meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesaplaması 'Düz işçi' kabul edilerek yapıldı. Buna göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesaplamasında, olguların toplamda 138'inin (%67,3) meslekleri 'Düz işçi' olarak kabul edildi. Yine 5 olgunun beyan ettiği mesleği B Cetvelinde yer almadığından mesleklerine en

yakın meslek grubu seçilerek hesaplama yapıldı. Mahkeme istek yazılarının yalnızca 3'ünde hangi mesleğe göre hesaplama yapılması istendiğinin belirtildiği görüldü.

Tablo 4. Mesleklere göre olguların dağılımı.

Meslek	Olgu Sayısı (n)	Yüzde (%)
İşçi	38	18,4
Öğrenci	34	16,6
Diğer	26	12,7
Ev hanımı	22	10,7
Emekli	15	7,2
Çalışmayan	14	6,8
Şoför	9	4,3
Çiftçi	6	2,9
Tezgahtar	5	2,4
İnşaat işçisi	4	2,0
Temizlik görevlisi	3	1,5
Güvenlik görevlisi	3	1,5
Garson	3	1,5
Elektrik tesisatçısı	3	1,5
Dikiş makinası işçisi	2	1,0
Aşçı	2	1,0
Otomobil tamircisi	2	1,0
Öğretmen	2	1,0
Demirci	2	1,0
Kuaför	2	1,0
Marangoz	2	1,0
Elektrik teknisyeni	2	1,0
Boya-badana işçisi	2	1,0
Ütücü	2	1,0
Toplam	205	100,0

Maluliyet raporu düzenlenmesi istenen 205 olgunun yaralanmasına neden olan travmanın orijinine bakıldığında 203'ünün (%99) kaza, 2'sinin (%1) kasten yaralama olduğu görüldü. Travma türlerine bakıldığında ise olguların 198'inin (%96,5) trafik kazası nedeniyle başvurduğu; bunların 85'inin (%41,5) araç içi trafik kazası, 61'inin (%29,7) motosiklet kazası, 52'sinin (%25,4) araç dışı trafik kazası olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Yaralanmaya neden olan travma türünün dağılımı.

Yaralanmaya Neden Olan Travma	Olgu Sayısı (n)	Yüzde (%)
Araç içi trafik kazası	85	41,5
Motosiklet kazası	61	29,7
Araç dışı trafik kazası	52	25,4
İş kazası	4	1,9
Darp	1	0,5
Yüksekten düşme	1	0,5
Kesici-delici alet yaralanması	1	0,5
Toplam	205	100,0

205 olgunun bir kısmında birden fazla yaralanma bulunması nedeniyle toplam 380 yaralanma saptanmıştır. İlk üç sırada sırasıyla tibia kırıkları (n:46 %12,1), fibula kırıkları (n:29 %7,6) ve vertebra kırıklarının (n:29 %7,6) olduğu görüldü. Bunların dışında femur, radius, klavikula, pelvis, kot kırıklarının, iç organ yaralanmaları, tendon, bağ, ligaman yaralanması ve menisküs yırtıklarının, eklem çıkıklarının sıkça görüldüğü saptandı (Tablo 6).

Tablo 6. Kemik kırıkları ve diğer yaralanmaların dağılım yüzdeleri.

Yaralanma Türleri	Olgu Sayısı (n)	Yüzde (%)
Tibia kırığı	46	12,1
Fibula kırığı	29	7,6
Vertebra kırığı	29	7,6
Tendon, bağ, ligaman, menisküs yaralanması, eklem çıkığı	27	7,1
Radius kırığı	26	6,8
Femur kırığı	21	5,5
Pelvis kırığı	19	5,0
Kot kırığı	19	5,0
Klavikula kırığı	19	5,0
İç Organ yaralanması	18	4,7
Yüz kemiği kırığı	18	4,7
Yumuşak Doku Travması	17	4,5
Humerus kırığı	15	3,9
Beyin lezyonu	14	3,7
Kafatası kemiği kırığı	10	2,6
Tarsal kemik kırığı	8	2,1
Ulna kırığı	8	2,1
Patella kırığı	7	1,8
Skapula kırığı	7	1,8
Metatarsal kemik kırığı	6	1,6
Sternum kırığı	5	1,4
Karpal kemik kırığı	4	1,1
Metakarp kemik kırığı	4	1,1
Falanks kırığı	2	0,6
Göz yaralanması	2	0,6
Toplam	380	100,0

Yapılan muayeneleri sonucunda 90 olguya (%43,9) konsültasyon istendi. 90 olgu için toplam 101 konsültasyon istenmiş olup 9 olguya birden fazla konsültasyon istendiği saptandı. Radyoloji (n:75, %74,3), Nöroloji (n:5, %5,0), Göz Hastalıkları (n:5, %5,0), Ortopedi ve Travmatoloji (n:5, %5,0), Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları (n:4, %4,0), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n:4, %4,0), Göğüs Hastalıkları (n:2, %2,0) ve Genel Cerrahi (n:1, %1,0) sıklık sırasına göre görüş alınan branşlardır. Olguların 29'u psikiyatrik şikayetleri olduğunu belirtmekle birlikte, yargılama sürecinin bu nedenle uzamaması için psikiyatri konsültasyonu istenmemiş ve rapora not olarak eklenmiştir.

Olguların Anabilim Dalımızda yapılan muayeneleri, incelenen tıbbi evrakı ve istenen konsültasyon sonuçları birlikte değerlendirildiğinde; 172 (%83,9) olguda fonksiyon kısıtlılığı ve/veya arıza saptanırken 33 (%16,1) olguda herhangi bir fonksiyon kısıtlılığı ya da arıza saptanmadı. Olguların 88'inde (%42,9) yalnızca bir arıza bulunurken, 84'ünde (%41) birden

fazla arıza saptanmış olup toplam saptanan fonksiyon kısıtlılığı ve arıza sayısı (n:296) bu nedenle olgu sayısından fazla bulundu. Engellilik Cetveli ve Maluliyet Cetvelleri göz önünde bulundurulduğunda; olaya bağlı en sık meydana gelen arızanın eklem hareket kısıtlılığı (n:119, %40,2) olduğu, bunu yürüyüş bozukluğunun (n:35, %11,8) ve kemik yapıda deformitenin (n:32, %10,8) izlediği görüldü. Skar dokusu dışında fonksiyon kısıtlılığı veya arızası bulunmayan 10 (%3,4) olgu bulunmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Olaya Bağlı Olarak Gelişen Fonksiyon Kısıtlılıkları ve Arızalar.

Fonksiyon Kısıtlılıkları ve Arızalar	Sayı (n)	Toplam Arızalardaki
		Yüzde (%)
Eklem hareket kısıtlılığı	119	40,2
Yürüyüş bozukluğu	35	11,8
Kemik yapıda deformite, şekil bozukluğu	32	10,8
Ekstremitte kısalığı	15	5,1
Ekstremitte atrofisi-hipertrofisi	15	5,1
Kemikte açılanma	14	4,7
Diğer	14	4,7
Vertebra yükseklik kaybı	12	4,1
Yalnızca skar dokusu	10	3,4
Epilepsi riski	7	2,4
Radikülit, fitik	4	1,4
Protez	4	1,4
Vertebra füzyonu	4	1,4
Splenektomi	3	1,0
Mental fonksiyon bozukluğu	3	1,0
Ruhsal bozukluk	2	0,6
Gaita inkontinansı	1	0,3
Kemikte psödoartroz	1	0,3
Anosmi	1	0,3
Toplam	296	100,0

Olaya bağlı olarak meydana gelen fonksiyon kısıtlılıkları ve arızaların, MTİY Cetveli kapsamında değerlendirilmesinde; 14 liste içinden 12 farklı arıza listesi kullanıldı. Maluliyet Cetveline göre arızası bulunan 162 (%79,0) olguda toplam 205 arıza saptandı. 127 olguda bir,

35 olguda birden fazla, ilgili yönetmelikte karşılığı olan arıza saptanırken; 43 (%21,0) olguda ilgili yönetmelikte karşılığı olan hiçbir arıza saptanmadı. Arıza saptanan 162 olgunun 96'sında (%59,3) Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızası, 43'ünde (%26,5) Omuz ve Kol Arızası, 23'ünde (%14,2) El Bileği ve El Arızası saptandı (Tablo 8). Olguların 67'sinde (%41,4) saptanan fonksiyon kısıtlılıkları ve arızaların A Cetvelinde karşılığı bulunmakla birlikte, belirtilen düzeyde bir kayıp olmaması nedeniyle tıbbi gerekçeler doğrultusunda takdir kullanılarak oran hesaplandı. Saptanan Omuz ve Kol Arızalarının 30'unda (%69,8), El Bileği ve El Arızalarının 22'sinde (%95,7), Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızalarının 17'sinde (%17,7) takdir kullanılarak oran hesaplandı. Ayrıca olguların 11'inde (%6,8) saptanan fonksiyon kısıtlılıkları ve arızaların A Cetvelinde karşılığı bulunmadığından arızasına en yakın arıza çeşidi seçildi.

Tablo 8. Maluliyet Cetveline Göre Arıza Grubu Oranları.

Maluliyet Cetveline Göre Arıza Grubu	Sayı (n)	Toplam Arızalardaki Yüzde (%)
Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızaları	96	46,8
Omuz ve Kol Arızaları	43	21,0
El Bileği ve El Arızaları	23	11,2
Omurga Arızaları	16	7,8
Yüz Arızaları	7	3,4
Baş Arızaları	5	2,4
El Parmakları Arızaları	5	2,4
Karın Hastalıkları ve Arızaları	4	2,0
Göğüs Hastalıkları	2	1,0
Göz Arızaları	2	1,0
Kulak Arızaları	1	0,5
Endokrin, Metabolizma, Kollagen Doku, Periferik Damar Hastalıkları, Hematolojik ve Romatoid Hastalıkları	1	0,5
Toplam	205	100,0

Olaya bağlı olarak meydana gelen fonksiyon kısıtlılıkları ve arızaların, EÖSEVSKRY Cetveli kapsamında değerlendirilmesinde ise 15 arıza listesinden 10'u kullanıldı. Engellilik Cetveline göre arızası bulunan 161 (%78,5) olguda toplam 188 arıza saptandı. 139 olguda bir, 22 olguda birden fazla, ilgili yönetmelikte karşılığı olan arıza saptanırken, 44 (%21,5) olguda ilgili yönetmelikte karşılığı olan hiçbir arıza saptanmadı. İlgili yönetmeliğe göre arıza saptanan 161 olgunun 145'inde (%90,1) Kas-İskelet Sistemi Arızası, 11'inde (%6,8) Kulak, Burun ve

Boğaz Arızası, 10'unda (%6,2) Deri Arızası saptandı (Tablo 9). Olguların 5'inde (%3,10) saptanan fonksiyon kısıtlılıkları ve arızaların Engellilik Cetvelinde karşılığı bulunmakla birlikte, belirtilen düzeyde bir kayıp olmaması nedeniyle tıbbi gerekçeler doğrultusunda takdir kullanılarak oran hesaplandı. Saptanan Deri Arızalarının %50'sinde takdir kullanılarak oran hesaplandı.

Tablo 9. Engellilik Cetveline Göre Arıza Grubu Oranları.

Engellilik Cetveline Göre Arıza Grubu	Sayı (n)	Toplam Arızalardaki Yüzde (%)
Kas-İskelet Sistemi	145	77,1
Kulak, Burun ve Boğaz	11	5,9
Deri	10	5,3
Sinir Sistemi	9	4,8
Sindirim Sistemi	5	2,6
Zihinsel, Ruhsal, Davranışsal Bozukluklar	2	1,1
Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi	2	1,1
Görme Sistemi	2	1,1
Ürogenital Sistem	1	0,5
Kardiyovasküler Sistem	1	0,5
Toplam	188	100,0

Maluliyet Cetveline göre arızası bulunmayan 43 (%21,0) olgunun 10'unda Engellilik Cetveline göre arıza bulundu; bu arızaların 6'sının Deri Arızası grubundan, 2'sinin Kulak, Burun ve Boğaz Arızası grubundan, 2'sinin de Kas-İskelet Sistemi Arızası grubundan olduğu görüldü.

Engellilik Cetveline göre arızası bulunmayan 44 (%21,5) olgunun 11'inde Maluliyet Cetveline göre arıza bulundu; bu arızaların 10'unun Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızası grubundan, 1'inin Omuz ve Kol Arızaları grubundan olduğu görüldü.

Olguların olaydan sonra en erken 8 ay-en geç 123 ay sonra, ortalama $40,6 \pm 26,5$ ay sonra muayeneye gönderildiği saptandı. Olguların D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı, E Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ve Engellilik Cetveline göre engellilik oranlarının ortalamaları, maksimum ve minimum değerleri ile standart sapmaları Tablo 10'da belirtildi.

Tablo 10. Olguların Maluliyet Cetveline ve Engellilik Cetveline göre hesaplanan oranlarının maksimum ve minimum değerleri ile ortalamaları.

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı	205	0,00	100,00	15,1422	17,53797
E Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı	205	0,00	100,00	14,9678	17,85879
Engellilik oranı	205	0,00	65,10	9,0100	11,00057

Olguların D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ile olay tarihindeki yaşı göz önünde bulundurularak E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalamaları Wilcoxon Testi ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). D Cetveline ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ile Engellilik Cetveline göre hesaplanan engel oranı ortalamaları Wilcoxon Testi ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), D Cetveline ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalamasının, engellilik oranı ortalamasına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Yine Freidman's Two-Way testi ile karşılaştırıldığında, Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı ortalamasının, D Cetveli ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalamalarına göre anlamlı olarak daha az ($p<0,05$) olduğu, D Cetveli ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) saptandı.

Yalnızca Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızası bulunan 68 olgunun D Cetveline ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalaması Freidman's Two-Way testi ile karşılaştırıldığında, Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı ortalamasından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Yalnızca Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızası bulunan olguların Maluliyet Cetveli ve Engellilik Cetveline göre oranlarının ortalamaları.

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı	68	1,00	44,00	13,7397	9,49298
E Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı	68	1,00	61,00	12,8941	10,96509
Engellilik oranı	68	,00	24,00	7,2279	5,58684

Yalnızca Üst Ekstremitte Arızası bulunan 43 olgunun D Cetveline ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalaması Freidman's Two-Way testi ile karşılaştırıldığında, Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı ortalamasından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Yalnızca Üst Ekstremitte Arızası bulunan olguların Maluliyet Cetveli ve Engellilik Cetveline göre oranlarının ortalamaları.

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı	43	1,00	64,00	12,4449	12,81898
E Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı	43	1,00	58,00	12,5349	13,02819
Engellilik oranı	43	1,00	60,00	7,2791	9,83758

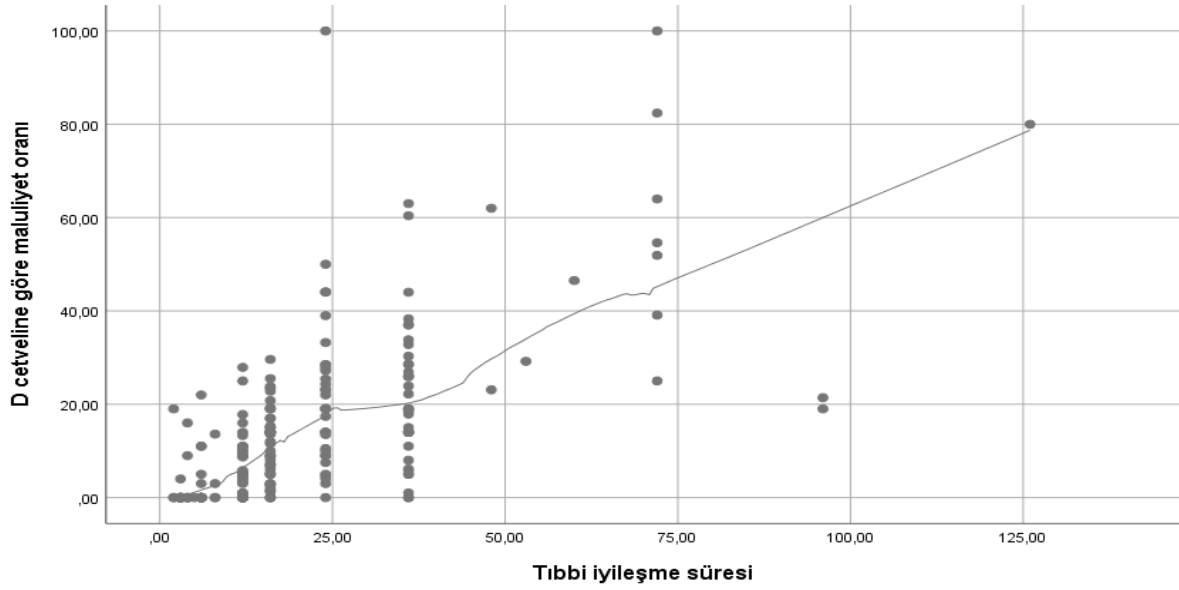
D ve E Cetvellerine göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları, Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı, yaş ve tıbbi iyileşme süreleri arasındaki korelasyon, Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiş olup korelasyon katsayıları Tablo 13'de verilmiştir. Ayrıca D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları ile engellilik oranı ve tıbbi iyileşme süreleri arasındaki pozitif yönde korelasyon aşağıdaki grafiklerde görülmektedir (Grafik 2, Grafik 3).

Tablo 13. D ve E Cetvellerine göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları, Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı, yaş ve tıbbi iyileşme süreleri arasındaki Spearman's korelasyon analizi katsayıları.

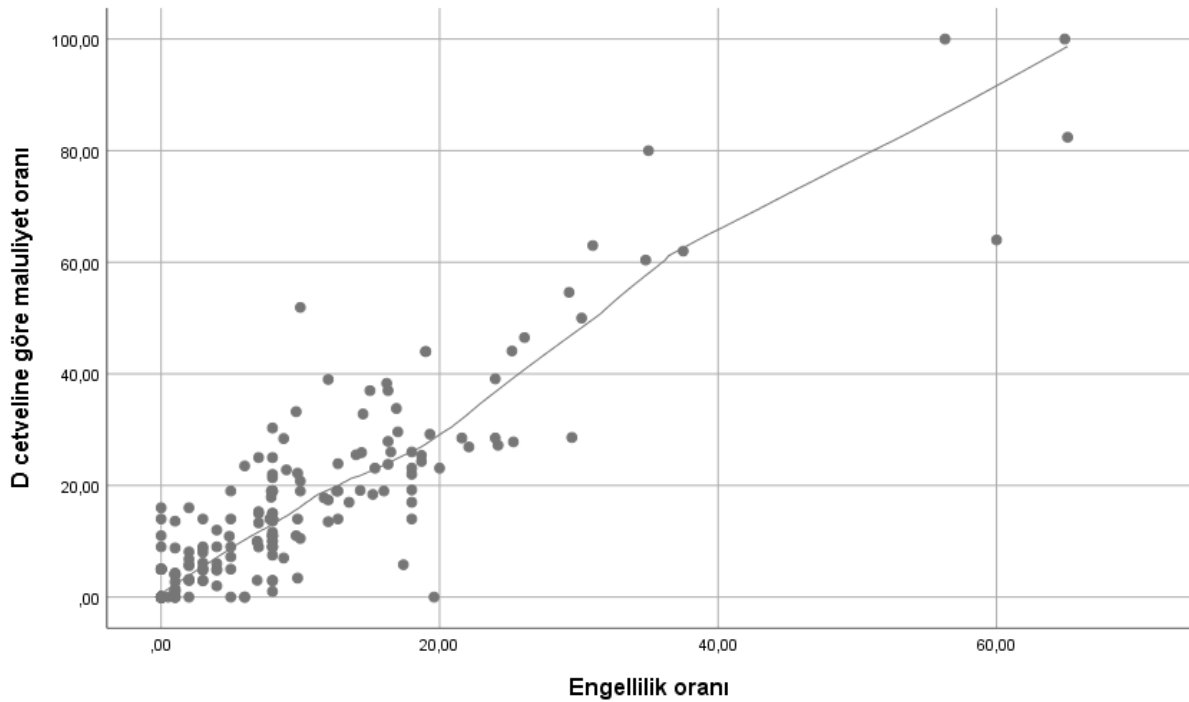
	Yaş	D cetveline göre maluliyet oranı	E cetveline göre maluliyet oranı	Engellilik oranı	Tıbbi iyileşme süresi
Yaş	1,000	0,124	0,227**	0,123	0,042
D Cetveline göre maluliyet oranı	0,124	1,000	0,988**	0,850**	0,681**
E Cetveline göre maluliyet oranı	0,227**	0,988**	1,000	0,848**	0,681**
Engellilik oranı	0,123	0,850**	0,848**	1,000	0,675**
Tıbbi iyileşme süresi	0,042	0,681**	0,681**	0,675**	1,000

** =Aralarındaki korelasyon anlamlı.

Grafik 2. D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ile tıbbi iyileşme süresi korelasyon grafiği.



Grafik 3. D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ile Engellilik Oranı korelasyon grafiği.



D cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalaması erkeklerde %15,60, kadınlarda %13,95 iken Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı erkeklerde %9,17, kadınlarda ise %8,59 olarak saptanmış olup Mann-Whitney U testi ile

karşılaştırıldığında cinsiyetler arası meslekte kazanma gücündeki azalma oranları ve engellilik oranlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kruskal Wallis testi uygulandığında, D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranlarının mesleğe göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Yine engellilik oranlarında meslekler arası anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında, travma türlerine göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranları ve engellilik oranlarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$; $p>0,05$).

Mahkeme istek yazılarınının 60'ında "illiyetinin olup olmadığı", "kaza nedeniyle", "olaya bağlı" ifadelerine yer verildiği görüldü.

Olguların tıbbi iyileşme sürelerine baktığımızda en az 2 hafta, en çok 126 hafta, ortalama $21,59\pm 17,91$ hafta olduğu görüldü. Meslekte kazanma gücündeki azalma oranı %100 olan 2 olgunun tıbbi iyileşme süresi belirtilmedi. Yukarıda da belirtildiği gibi meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ve engellilik oranı ile tıbbi iyileşme süreleri arasında pozitif korelasyon saptandı. Meslekte kazanma gücündeki azalma oranı %0 olan olguların tıbbi iyileşme sürelerinin ortalaması $8,76\pm 7,81$ hafta, meslekte kazanma gücündeki azalma oranı %0'dan fazla olan olguların tıbbi iyileşme sürelerinin ortalaması $25,03\pm 18,31$ hafta saptandı. Meslekte kazanma gücündeki azalma oranı %0 olan olguların tıbbi iyileşme sürelerinin anlamlı olarak düşük olduğu görüldü ($p<0,05$).

Olguların incelenen dosyasında, daha önceden alınmış 9 meslekte kazanma gücündeki azalma oranı raporu ve 35 engellilik oranı raporu olmak üzere toplam 44 rapor görüldü. Bu raporların oranlarının ortalaması $20,07\pm 21,22$ olarak saptandı. Eski raporların oran ortalaması, eski raporu bulunan olguların D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p<0,05$). Engellilik Cetveline göre hesaplanan oran ortalaması ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Olguların sürekli bakıcı ihtiyacı MTİY çerçevesinde değerlendirildiğinde olguların hiçbirinde sürekli bakıcı ihtiyacı olmadığı saptandı.

5. TARTIŞMA

Adli Tıp uygulamalarından olan maluliyet raporu başvurularının, trafik kazası, iş kazası, kasten yaralama, tıbbi uygulama hataları gibi adli olayların sayılarının artışına paralel olarak arttığı gözlenmektedir (60, 66, 68). Anabilim Dalımıza çalışmanın yürütüldüğü 4 aylık süre içerisinde maluliyet raporu istemiyle toplam 336 olgu başvurmuş olup daha öncesinde bu konuda Anabilim Dalımızda yapılan çalışmalardaki veriler göz önünde bulundurulduğunda başvuruların yıllar içerisinde arttığı gözlenmektedir (60). Çalışmaya dahil edilen 205 olgunun erkek/kadın oranı 3/1 olup, erkek cinsiyet istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır. Bu durumun daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüş olup erkeklerin çalışma hayatında ve sosyal hayatta kadınlara göre halen daha fazla yer almasından, kadınlara göre riskli davranışlarda daha fazla bulunma eğiliminden kaynaklandığı düşünülmektedir (60, 73, 74).

Tüm olguların yaş ortalaması $38,57 \pm 17,52$ bulunmuş olup Kaya ve Ark.'nın yaptığı çalışma ile benzer bir yaş ortalaması saptanmıştır (60). Cinsiyetler arası yaş dağılımında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Olguların yaşlarının 8 ile 83 arasında değiştiği; sadece aktif çalışma hayatında yer alan yaş grubunun değil, öğrenci ya da emekli kişilerin de maluliyet oranı tespiti istemiyle başvurduğu görülmüştür. Bu durum çocuk veya emekli bireylerin günlük işlerini sürdürürlerken sakatlıkları oranında zorlanacak olmaları nedeniyle “güç (efor) kaybı tazminatı” isteme hakları bulunmasının doğal sonucudur (58, 59). Olguların yaşları onarlı gruplara ayrıldığında Kaya ve ark., Hilal ve ark. ile Hekimoğlu ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmalarda 30-39 yaş grubunda daha fazla olgu bulunmakla birlikte bu çalışmada en çok olgunun 20-29 yaş grubunda yer aldığı görülmüştür (60, 73, 75). Bütün bu çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda; aktif çalışma hayatında ve sosyal hayatta daha çok yer alan yaş gruplarının, maluliyet raporu düzenlenmesi için daha çok başvurduğu görülmektedir.

Haksız fiil neticesinde oluşan bedensel zararlarda, zarara sebebiyet verenin bu zararı giderme yükümlülüğü TBK'nin 49. maddesiyle ortaya konmuştur (44). Kanunda bu zararların neler olduğu belirtilmekle birlikte bunların nasıl tespit edileceğine yönelik açık bir hüküm bulunmadığına daha önce de değinmiştik (44). Raporların hangi yönetmeliğe göre düzenleneceği konusu maluliyet oranı tespitinde karşılaşılan önemli sorunlardandır. Özellikle trafik kazası sonrası hangi tarihte hangi cetvelin kullanılarak hesaplama yapılacağı konusu halen tartışılmaktadır. Bununla birlikte hem konuyla ilgili Yargıtay kararları hem de KMAZMSS Genel Şartlarda ardından da KTK'de yapılan düzenlemeler ve son olarak çıkarılan “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ile “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” hükümleri göz önünde bulundurulduğunda; genel bilgilerde verilen tarih aralıklarına göre kullanılacak yönetmeliğin

seçilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz (17, 18, 47, 49, 62-65). Maluliyet oranı tespitinde 20.02.2019 tarihine kadar farklı amaçlar için düzenlenmiş olan yönetmelikler kullanılmakta iken bu tarihten sonra ilk kez “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ve “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik”lerinin amaçları arasında “maluliyet oranı tespiti” yer almıştır. Olguların maluliyet oranı hesabında, olay tarihinde yürürlükte olan yönetmeliklere bakıldığında ilk sırayı EÖSEVSKRY’in (%58,0) aldığı görüldü. 205 olgunun mahkeme istem yazılarının yalnızca 23’ünde (%11,22) hangi yönetmeliğe göre hesaplama yapılmasının istendiği görülmüş olup yargı makamlarının, hesaplamada kullanılacak yönetmeliğin hangisi olduğu kararını, büyük oranda bilirkişinin sorumluluğuna bıraktığı anlaşılmaktadır. Ayrıca istek yazılarının 5’inde olay tarihinde yürürlükte olan yönetmeliğe göre değerlendirme yapılmasının istendiği belirtilmiş olup bu yönetmeliğin hangisi olduğuna dair bilgiye yer verilmemesi de bu durumu destekler niteliktedir. Bununla birlikte 5 olguda da olay tarihinde yürürlükte olan yönetmelik yerine başka bir yönetmeliğe göre hesaplama yapılmasının istenmesi durumu; yargı makamlarının da bu konuda tam bir fikir birliği içinde olmadığını göstermesi açısından önemlidir. Rapor düzenlenmesini talep eden kurumun hangi yönetmeliğe göre hesap yapılmasını istediğini belirtmesinin, bu konudaki karışıklığı ortadan kaldırayabileceği kanaati oluşmuştur.

Çalışmada raporu istenen olguların mahkeme rapor istem yazıları incelendiğinde, en sık “sürekli (daimi, kalıcı) iş göremezlik” (n:108, %52,7) kavramı kullanılmış olup “maluliyet oranı, durumu veya raporu”, “iş gücü kayıp oranı”, “engel oranı”, “meslekte kazanma gücü kaybı oranı” ve “sakatlık oranı” gibi farklı terminolojilerin kullanıldığı görülmektedir. Hangi yönetmelik çerçevesinde bir değerlendirme yapılması istendiğinin belirtilmemesi yanında istem yazılarının birçoğunda kavram birliğinin de olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum, bilirkişilerin değerlendirilmesi istenen hususu yanlış anlamasına yol açabileceğinden ortak bir dil oluşturulması gerektiği kanaatindeyiz. Rapor istemlerinin yaklaşık 3/4’ünün Asliye Ticaret Mahkemeleri tarafından yapılması, bu mahkemelerin iş yüklerinin fazlalığını ortaya koyması açısından önemli olup istem yazılarındaki standardizasyonun sağlanması amacıyla özellikle bu mahkemelerde görev yapan katipler ve hakimler ile çalışmalar yürütülmesinin yararlı olacağı kanısındayız.

Meslekleri sorgulandığında olgular, 48 farklı meslek ifade etmiş, belirtilen bazı mesleklerin B Cetvelinde yer almadığı görülmüştür. Özellikle ev hanımı, öğrenci veya emekli olduğunu, çalışmadığını beyan eden olguların oranı oldukça fazla olup bu olguların B Cetvelinde nasıl değerlendirileceği belirsizdir. Mesleği B Cetvelinde bulunmayan olguların (n:105, %51,2) meslekleri ya düz işçi olarak alınmış ya da varsa mesleklerine en yakın meslek grubu seçilmiştir. Bu çalışmada olduğu gibi literatürde de benzer şekilde olguların

çoğunluğunun düz işçi olarak kabul edildiği görülmüştür (53, 60). Yine mahkemelerin istek yazılarının büyük çoğunluğunda hangi meslek grubuna göre hesaplama yapılacağı konusunun belirtilmediği görülmüştür. Mahkemeler tarafından gönderilen olguların mesleklerinin belirtilmemesi ve sadece olguların ifadelerine dayanılarak meslek konusunda bilgi sahibi olunması, düzenlenen raporların tartışmalı yanlarından biridir. Bu durum itirazlara yol açarak, farklı bir meslek grubuna göre tekrar hesaplama yapılmasına, yargılamanın uzamasına ve ek maliyete sebebiyet vermektedir. Bu nedenle, mahkemelerin hangi meslek grubuna göre hesaplama yapılmasının istendiği hususunu belirtmeleri, bu sorunun çözümü açısından doğru bir yaklaşım olacaktır. Her gün yeni meslek gruplarının oluştuğu günümüz dünyasında, en son 2008 yılında yayımlanan ve bu tarihten sonra güncellenmeyen B Cetvelinde mesleği bulunmayan olguların meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesabında hak kayıpları oluşabilmektedir. Bu nedenle, meslek grupları ile ilgili de bir güncelleme yapılması gerekmektedir.

Bedensel zarara neden olan olayın en sık ne olduğuna baktığımızda, daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu olarak %96,6'sının trafik kazası olduğu görülmüştür (60, 73, 74). Trafik kazalarının en sık %41,5 ile araç içi trafik kazası olduğu, %29,8'inin motosiklet kazası, %25,4'ünün araç dışı trafik kazası olduğu saptanmıştır. Şenol ve Ark.'nın sadece tek taraflı ekstremitte kırığı olan olguları dahil ettikleri çalışmada ise %43,7 ile motosiklet kazalarının en sık görülen grup olduğu belirtilmiştir. Ekstremitte kırıklarının, motosiklet kazalarında diğer yaralanma türlerine göre daha çok meydana gelmesinden bu farkın oluştuğu düşünülmüştür (76). Karanfil ve Ark.'ı, genel olarak adli olguların değerlendirildiği çalışmaların çoğunda yaralanma nedeni olarak ilk sırada trafik kazalarının saptandığını, bazı çalışmalarda darpın en sık neden olarak bulunduğunu belirtmiştir (77). Bu çalışmada yalnızca 1 olgu darp, 1 olgu da kesici-delici alet yaralanması ile başvurmuş olup genel adli olgu profiline göre oldukça düşük oranda saptanmıştır. Bu düşüklüğün, adli olguların büyük bir grubunu oluşturan kasten yaralama (darp, kesici-delici alet yaralanması vb.) olgularının çoğunluğunun bir sekel bırakmadan iyileşecek ölçüde hafif yaralanmalar olması ve tazminat davalarına konu olmaması nedeniyle maluliyet oranı hesabı için gönderilmemelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Olguların yalnızca 4'ü iş kazası nedeniyle başvurmuş olup olgu azlığının nedeni olarak iş kazası sonucu malulen emeklilik ya da sürekli iş göremezlik geliri bağlanması değerlendirmelerinin öncelikle SGK, itiraz olması halinde Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunca yapılması, bu kararlara da itiraz olması durumunda ATK 3. İhtisas Kurullarının görev almasından kaynaklandığı düşünülmüştür (78).

İncelenen evraktan, olguların %12,1'inde tibia kırığı meydana geldiği, %7,6'sında fibula kırıkları ve %7,6'sında vertebra kırıklarının oluştuğu görülmüştür. Kadı ve Ark.'nın

yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde en sık tibia-fibula kırığı saptanmış, bunu vertebra kırıkları ve femur kırıkları izlemiştir (74). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da en sık alt ekstremitte yaralanması saptanmıştır (60, 73). Olguların çok büyük bir yüzdesinin trafik kazaları olması ve trafik kazalarında en çok baş-boyun bölgesi ile ekstremitte yaralanmalarının görülmesinin bu durumu açıkladığı düşünülmektedir (79).

Olguların %43,9'una konsültasyon istenmiş olup Kaya ve Ark.'nın çalışmasına göre (%89) daha düşük bir oranda konsültasyon istendiği görüldü (60). Maluliyet tespiti için bilirkişilik görevini yürüten adli tıp uzmanı bu noktada müdavi hekim olarak değerlendirilmektedir. Raporunu konsültan hekimin önerisi üzerine inşa eden müdavi hekim elbette sorumluluktan kurtulamaz. Müdavi hekim konsültan hekime danıştığı konuları, kendi tıbbi bilgi ve becerisi ölçüsünde değerlendirmekle yükümlüdür (80). Yaralanma türleri göz önünde bulundurulduğunda kırıkların çoğunlukta olması nedeniyle ortopedik muayenenin önem kazandığı görülmektedir. Bu nedenle, özellikle her hekimin temel tıp eğitiminde kazandığı becerilerden olan eklem hareket açıklığı muayenesi gibi temel ortopedik muayene nedeniyle konsültasyon istemesini doğru bulmamaktayız. Bununla birlikte özellikle üniversite hastaneleri gibi büyük hastanelerde konsültasyon hizmeti sunan hekimlerin sürekli değişmesi, hekimlerin eklem hareket açıklığı ölçümü konusunun adli-tıbbi önemini bilmemeleri nedeniyle gerekli özeni göstermeden muayene yapmaları yerine Adli Tıp uzmanlarının yönetmeliklere uygun olarak muayene yapmalarının daha uygun olduğunu düşünüyoruz. Konsültasyon için gönderilen olgularda yaşanan önemli sorunlardan birisini; muayene ve tetkiklerin cetvellere göre eksik ve hatalı değerlendirilmesi oluşturmaktadır. Bunun önüne geçebilmek için konsültasyon isteminde hangi hususun değerlendirilmesinin istendiği ayrıntılı bir şekilde belirtmeli, gerekirse ekte cetvellerin ilgili bölümlerinin fotokopileri gönderilerek kişinin tıbbi durumunun ekteki arızaları karşılar nitelikte olup olmadığı sorulmalıdır. Ayrıca klinikler arası hizmet içi eğitimlerle istenilen hususların önemi belirtilebilir. Tıbbi gerekçesi olmadan istenen her konsültasyonun mali bir yükü olduğunu, yargılama sürecinin uzamasına neden olduğunu unutmadan zorunlu olmadıkça konsültasyon istenmemelidir. Olguların büyük çoğunluğunda kemik kırığı olması ve kemiklerde açılanma, yalancı eklem, ekstremitte kısılalığı olup olmadığının tespiti için en çok Radyoloji (%74,3) bölümünden konsültasyon istendi. Olgulardan bazıları (n:29) psikiyatrik şikayetler belirtmiş olmakla birlikte ya hiç psikiyatrik tedavi almadıkları ya da düzenli ve yeterli süre tedavi almadıkları görüldü. Mahkeme sürecinin bu nedenle uzamaması, bu konudaki takdirin hakime bırakılması amacıyla, varsa psikiyatrik arızası dışındaki arızaları dikkate alınarak maluliyet oranı hesabı yapılarak, kişinin psikiyatrik şikayetlerinin olduğu, en az 6 ay boyunca düzenli psikiyatrik izleme alınması ve sonrasında kişide olaya bağlı psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılar kalıcı bir ruhsal bozukluk olup olmadığını,

mevcutsa tedavi ile çalışma olanağı verip vermeyeceğini, işlevselliğinde kısmi ya da tam düzelme olup olmadığını belirtir raporun gönderilmesi halinde maluliyet oranının tekrar değerlendirilebileceği raporlarımızda belirtilmektedir. Bu nedenle psikiyatri konsültasyonu beklenenden az sayıdadır.

Olguların %83,9'unda arıza saptanırken, %16,1'inde herhangi bir arıza saptanmadı. 172 olguda arıza saptanmakla birlikte bazı olgularda birden fazla arıza bulunması ve bazı arızaların birbirlerinin doğal sonuçları olması nedeniyle toplam fonksiyon kısıtlılığı ve arızalar, olgu sayısından fazla saptandı. Örneğin alt ekstremitte kısıtlılığı, eklem hareket kısıtlılığı bulunan olguda yürüyüş bozukluğunun, kemik yapıda deformite bulunan bir olguda da eklem hareket kısıtlılığının görülmesi olasıdır. Kaya ve Ark.'nın çalışmasında %68,4 olguda arıza saptandığı, %14,4'ünde saptanmadığı, %9,4 olguda psikiyatrik şikayetlerin kalıcı olup olmadığının tespiti için takip ve tedavi önerildiği, Hilal ve Ark.'nın çalışmasında ise %84,7 olguda arıza saptandığı, %15,3'ünde saptanmadığı belirtilmiştir (60, 73). En sık görülen fonksiyon kısıtlılıkları ve arızaların neler olduğuna bakıldığında; arıza saptanan olguların %69,18'inde eklem hareket kısıtlılığı olduğu, bunu yürüyüş bozukluğu ve kemik yapıda deformitenin izlediği görüldü. Eklem hareket açıklığının miktarı; fonksiyonellik seviyesi ve günlük yaşam aktivitelerine katılım oranı ile doğrudan ilişkili olduğundan, maluliyet oranı tespitinde de önem arz etmektedir. Ulaşılabilir ve ucuz olması nedeniyle tercih edilen ve birçok eklem ölçümüne izin veren evrensel gonyometre, klinikte kullanılan en yaygın yöntem olmasına rağmen eklem stabilizasyonunu sağlamak için her iki elin de kullanılması, aynı anda gonyometre ile ölçüm yapılmaya çalışılması hata payını arttırmaktadır. İlerleyen teknolojiyle birlikte cep telefonu uygulamalarıyla eklem hareket ölçümleri yöntemleri geliştirilmiştir. Klasik gonyometreye göre kullanım kolaylığı olmasına rağmen ölçüm standartlarının yetersizliği nedeniyle şu aşamada klinikte kullanılması önerilmemektedir (81). Yardımcı bir sağlık personelinin eklem hareket açıklığı muayenesine katılmasının hata payını azaltabileceğini düşünmekteyiz. Olgularda 2. en sık saptanan fonksiyonel kısıtlılık ise yürüyüş bozukluğudur (%21,7). Yürüyüş bozukluğu değerlendirmesi; simülasyona da çok açık olması itibarıyla oldukça tecrübe gerektiren, göreceli bir değerlendirmedir. Engellilik Cetvelinde karşılığı bulunan bu arızanın değerlendirilmesinde simülasyon şüphesi olması, yürüyüş bozukluğunun ağırlığı konusunda arada kalınması gibi durumlarda daha objektif bir değerlendirme imkanı sunan ve yürüyüş bozukluğu ile kombine edilmeyen eklem hareket kısıtlılığı, atrofi, kısalık gibi bulgulara göre hesaplama yapılması uygun olacaktır.

Çalışmada sekel saptanan olguların %45,35'inin fonksiyon kısıtlılıkları ve arızalarının A Cetvelinde birebir karşılığının olmaması nedeniyle arızasına en yakın arıza seçildi ya da karşılığı olmakla birlikte arızada belirtilen düzeyde olmaması nedeniyle tıbbi gerekçelere

dayandırılarak meslekte kazanma gücündeki azalma oranında takdir indirimine gidildi. Eroğlu ve Ark.'nın çalışmasında %60,6, Hilal ve Ark.'nın çalışmasında %21,7, Kadı ve Ark.'nın çalışmasında %23,1, Kaya ve Ark.'nın çalışmasında %35,8 oranında takdir uygulandığı belirtilmiştir (53, 60, 73, 74). Takdir uygulanan bölgeler özellikle omuz, kalça ve el bileği olarak bildirilmiş olup bu çalışmada da benzer şekildedir (73, 74). SSSİT, ÇGMKGKOTİY ve MTİY'nde takdir yetkisi ile ilgili herhangi bir düzenleme yer almaz iken, hak kayıplarının önüne geçmek amacıyla hemen hemen tüm Adli Tıp uzmanlarının farklı oranlarda bu yola başvurduğu anlaşılmaktadır. Takdir kullanımının bu kadar fazla olması, A Cetvelinin eksikliklerini göstermesi açısından önem arz ederken, raporların standardizasyonunu olumsuz yönde etkileyeceği bilinen bir gerçektir. Burada dikkat edilmesi gereken husus 'muayenesine göre', 'kliniğine göre' gibi genel ifadelerle takdir indirimine gidildiğini söylemek yerine, tıbbi gerekçeleri açık bir şekilde raporda belirtilmek suretiyle oranda indirimin yapılması uygun olacaktır. Bu gerekçelerin açıkça belirtilmesinin bir standart sağlanmasına katkı sağlayacağı, yapılan indirimleri keyfi olmaktan çıkarıp, rapor sonuçlarının hekimden hekime değişmesinin önünü keseceği düşünülmektedir. EÖSEVSKRY'in 8. Maddesinde, cetvelde yer almayan fonksiyon kısıtlılıklarının oranlarının, engelli sağlık kurulunca belirlenebileceği hükmüne yer verilerek takdir kullanımının n açılmıştır (14, 82). Engellilik Cetveli; Maluliyet Cetveline göre daha ayrıntılı düzenlenmiş ve daha fazla arızayı karşılar nitelikte olduğundan takdir kullanımına duyulan ihtiyaç çok daha az miktardadır. Çalışmada yalnızca 5 olgunun Engellilik Cetveline göre oran hesaplamasında takdir indirimi uygulanması da bunu göstermektedir. Bu alışmada Engellilik Cetveline göre hesaplama yapılırken, yalnızca skar dokusu arızası değerlendirmesinde, skarın yüzdesine göre bir takdir indirimi uygulanmıştır. Eroğlu ve Ark.'nın yaptığı çalışmada Engellilik Cetveline göre yapılan hesaplamada takdir indirimi ya da artırım uygulanmadığı, Hilal ve Ark.'nın yaptığı literatür araştırmasında, Adli Tıp uzmanlarınca Engellilik Cetveline göre düzenlenen raporlarda taktir kullanım oranlarına yönelik çalışmalara rastlanmadığı belirtilmiştir (53, 82).

Maluliyet Cetveli kapsamında değerlendirildiğinde arıza saptanan 162 olgunun %59,3'nde Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızası saptandı. Kaya ve Ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde (%54,5), Hekimoğlu ve Ark.'nın çalışmasında ise biraz daha düşük (%30,2) ancak yine en sık Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızaları görülmesinin, olguların çoğunluğunun yaralanmasının trafik kazası sonucu meydana gelmesinden ve trafik kazalarında da ekstremitte yaralanmalarının daha sık olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Olaya bağlı meydana gelen fonksiyon kısıtlılıkları ve arızaların, Engellilik Cetveli kapsamında değerlendirilmesinde arıza saptanan 161 olgunun %90,1'inde Kas-İskelet Sistemi

Arızası bulunduğu görüldü. Eroğlu ve Ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde en büyük grubu Kas-İskelet Sistemi Arızalarının oluşturduğu kayıtlıdır (53).

Olaya bağlı fonksiyon kısıtlılığı ve arıza saptanan 172 olgu, Maluliyet Cetveli kapsamında değerlendirildiğinde 162'sinin, Engellilik Cetveli kapsamında değerlendirildiğinde 161'inin sekelinin karşılığının olduğu görüldü. Her iki Cetvelin de saptanan fonksiyon kısıtlılığı ve arızaları karşılama oranlarının hemen hemen aynı olduğu görüldü. Fonksiyon kısıtlılığı ve arızası bulunan olgulardan, her iki Cetvele göre de karşılığı olmayan olgu saptanmadı. Fonksiyon kısıtlılığı ve arızası bulunup Maluliyet Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı %0 (yüzde sıfır) olan 10 olgunun Engellilik Cetveline göre arızasının karşılığının olduğu görüldü. Özellikle yüzünde ve vücudunda skar dokusu, yüzün destek yapısını oluşturan kemik dokuda kayıplar ve kırıklar, omurga kemik uzantılarında ayrıklı kırıklar, epilepsi riski gibi Maluliyet Cetvelinde karşılığı bulunmayan arızaların bu farkı oluşturduğu anlaşıldı. GörSELLİĞİN büyük önem taşıdığı günümüzde yüzde ve bedende kalıcı izler ve biçim bozukluklarının Maluliyet Cetvellerinde karşılığının bulunmaması en çok eleştirilen konulardan biridir. Maluliyet Cetvellerinde yalnızca yanık sonucu meydana gelen hipertrofik skar ve keloidlerin karşılığı bulunmaktadır. Bedensel zararlarda TBK'ye göre tazmin edilmesi gereken zararlar 4 başlık altında toplanmış, yönetmelikteki eksiklik nedeniyle çalışma gücünün azalması ya da yitirilmesi başlığı altında değerlendirilemeyen skar dokuları, Yargıtay kararları doğrultusunda ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan zararlar başlığı altında değerlendirilmeye başlanmıştır (58). Kişinin yüzünde veya vücudunun diğer bölümlerinde meydana gelen skar dokularının çalışma gücünde kayıp başlığı altında mı, ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan zararlar başlığı altında mı değerlendirilmesi gerektiği konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Mahkemeler kişide olaya bağlı sabit iz olup olmadığı, varsa estetik operasyon ile giderilip giderilemeyeceği ve olası tedavi giderlerinin ne olduğu hususlarında doktor bilirkişilerden görüş istemektedir. Bu çalışmada da skar dokusu dışında fonksiyon kısıtlılığı veya arızası bulunmayan olguların Maluliyet Cetvellerine göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı sıfır iken, Engellilik Cetveli göz önünde bulundurulduğunda skar dokusu yüzdesine göre oranı hesaplanmıştır. İki yönetmelik arasındaki bu fark tazminat hesabında da fark oluşmasına yol açmaktadır. Yönetmeliklerde, bu konuda eksik yönlerle ilgili revizyona gidilmesi önem taşımaktadır.

Fonksiyon kısıtlılığı ve arızası bulunup Engellilik Cetveline göre engellilik oranı %0 (yüzde sıfır) olan 11 olgunun, Maluliyet Cetveline göre arızasının karşılığının bulunduğu görüldü. Özellikle alt ekstremitede komplikasyonsuz iyileşen tibia-fibula kırıklarının, fibulada açılanmanın, hafif deformite ile iyileşen pelvis ve klavikula kırıklarının Maluliyet Cetvelinde karşılığı bulunurken Engellilik Cetvelinde yer almamasının bu farkı oluşturduğu anlaşıldı.

Açılanma, kısalık, eklem hareket kısıtlılığı oluşturmadan iyileşen tibia-fibula kırıklarının, kişinin tıbbi şikayeti olmasa bile %1 gibi bir oran karşılığının olması, buna rağmen vücudun en büyük kemiklerinden olan izole femur kemiği açılanmasının bir karşılığının olmaması, keza tıbbi bir şikayet ve fonksiyonel bir kısıtlılık olmasa bile hafif şekil bozukluğu dışında komplikasyonu olmayan pelvik kemik kırıklarının karşılığının olması durumunun, Maluliyet Cetvellerinin güncellenmesi gereken bölümlerinden olduğu kanaatine varıldı. Bu açıdan bakıldığında Engellilik Cetvelinde bu olguların daha sağlıklı bir değerlendirmeye tabi tutulduğu söylenebilir.

Olguların olaydan sonra en erken 8 ay, en geç 123 ay sonra, ortalama $40,6 \pm 26,5$ ay sonra muayeneye gönderildiği görüldü. Haksız fiil neticesinde yaralanan kişilerin, iyileşmesi tamamlanmadan maluliyet raporu alınması için gönderilmesi söz konusu olabilmektedir. Ancak iyileşmesi tamamlanmamış, fonksiyonlar ve arızalar açısından varılabilecek en iyi noktaya ulaşılmamış olgularda maluliyet oranının ilerleyen zaman içerisinde değişme olasılığının göz ardı edilmemesi gerekir. Elbette sekelin ne zaman kalıcı olduğunun, daha iyi bir noktaya gelmesinin mümkün olmadığı kararını vermek kolay olamamaktadır. Olguların yaşı, cinsiyeti gibi kişisel özellikleri, yaralanmanın ağırlığı, tedavi sürecinde komplikasyon gelişip gelişmemesi, uygulanan tedavi yöntemi ve kişinin bu tedaviye uyumu gibi birçok faktör bu süreyi etkileyebilmektedir. Bu nedenle standart bir süre belirlemek mümkün olmamaktadır. Yine de genel bir yaklaşım olarak maluliyet raporunun olaydan 12-18 ay sonra düzenlenmesi söz konusudur (82). Özellikle sinir hasarı, organik beyin hasarı sendromları ve epilepsi gibi baş arızalarında iyileşme sürecinin uzun olması nedeniyle en az 18 ay beklenmesi doğru olacaktır. Ancak durumun değişmesinin mümkün olmadığı splenektomi, amputasyon gibi durumlarda beklemeye gerek yoktur (82). Bu çalışmada; olay tarihinden muayene tarihine kadar geçen ortalama süre yukarıda bahsettiğimiz genel kabul gören bekleme süreleriyle uyumlu görülmektedir. Kalıcılık oluşmadan düzenlenen raporlar ile daha sonrasında düzenlenen raporlar arasında oransal farklar çıkması itirazlara konu olabilmektedir. Bu nedenle tıbbi evrakın incelenmesi, yapılan muayene ve istenen konsültasyon sonuçlarına göre tedavinin tamamlanmadığı kanaatinin oluşması, olgunun tekrar bir ameliyat geçireceğini ya da fizik tedavi alacağını belirtmesi, olgunun mevcut durumunun uygulanacak bir tedavi ile daha da düzebileceğinin tespiti halinde iki yol önerilebilir. Birinci yol tedavi ve iyileşme sürecinin tamamlanmasının ardından tekrar müracaatının sağlanması ve maluliyet oranı hesabının yapılmasıdır. İkinci yol ise bilirkişilerin, mevcut tıbbi durumuna göre maluliyet oranı tespit edip, bu oranın tedavi/rehabilitasyonla değişebileceğini düzenledikleri raporlarda belirtmeleridir. Oranın değişme olasılığının hakime bildirilmesi, TBK Madde 75'e göre hakim'in tazminat hükmünü değiştirme yetkisinin saklı kalması yönünde karar vermesine neden olabilir

(60). Böylece iki yıl içerisinde tekrar maluliyet oranı hesabı yapılması için değerlendirilebilecek ve tazminat hesabı yeniden yapılabilecektir.

Bu çalışmada tüm olguların D ve E Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalamasının, Engellilik Cetveline göre engellilik oranı ortalamasının yaklaşık 2 katı olduğu görüldü. Eroğlu ve Ark.'nın yaptığı çalışmada D Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalaması %32,94, E Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalaması %33,07, Engellilik Cetveline göre engellilik oranı ortalaması %28.43 olarak bulunmuş olup tespit edilen ortalamaların bu çalışmadaki ortalamalara göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir (53). Bu farkın; baş ve göz arızaları gibi arıza ağırlık ölçüsü yüksek olan arıza grubunun, bu çalışmadakine göre daha fazla oranda olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Olguların D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ile olay tarihindeki yaşı göz önünde bulundurularak E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Yaş arttıkça E Cetveline göre meslekte kazanma gücündeki azalma oranı artmakla birlikte olguların yaş dağılımının dengeli olması, D ve E Cetvellerine göre hesaplanan oran ortalamalarında anlamlı bir fark oluşmamasına neden olmuştur. Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı ile D ve E Cetvellerine göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları aralarında anlamlı bir fark saptanmış olup ($p<0,05$), meslekte kazanma gücündeki azalma oranlarının engellilik oranına göre yüksek olduğu görüldü. Bu çalışma ile benzer şekilde Eroğlu ve Ark.'nın yaptığı çalışmada da Engellilik Cetveline göre hesaplanan total oranlar ile D ve E Cetvellerine göre hesaplanan total oranlar karşılaştırıldığında engellilik oranının anlamlı olarak düşük saptandığı görülmüştür (53). Şenol ve Ark.'nın çalışmasında meslekte kazanma gücündeki azalma oranının ortalama %15, engellilik oranının ise ortalama %5,5 olarak hesaplandığı ve her ikisi arasında saptanan bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir (76).

Bu çalışmada yalnızca Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızası bulunan olguların D ve E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ortalamaları, Engellilik Cetveline göre hesaplanan engel oranı ortalamasından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Aynı durum, yalnızca Üst Ekstremitte Arızası bulunan olguların oran ortalamalarının karşılaştırılmasında da söz konusudur ($p<0,05$). Tüm olguların oranlarının karşılaştırılmasında olduğu gibi, yalnızca Pelvis ve Alt Ekstremitte ile yalnızca Üst Ekstremitte Arızası olan olguların D ve E Cetveline göre hesaplanan oranlarının ortalamalarının, Engellilik Cetveline göre hesaplanan oran ortalamasının yaklaşık 2 katı olduğu görüldü. Diğer arıza gruplarında olgu sayısının az olması nedeniyle karşılaştırma yapılmadı. Eroğlu ve Ark.'nın çalışmasında ise

yalnızca Üst Ekstremitte ve Göz Arızalarında engellilik oranının meslekte kazanma gücündeki azalma oranına göre düşük saptandığı, diğer arıza gruplarında meslekte kazanma gücündeki azalma oranları ve engellilik oranları arasında anlamlı bir fark saptanmadığı belirtilmiştir (53). Literatürde meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ile engellilik oranını karşılaştıran fazla çalışma olmamakla birlikte Adli Tıp uzmanlarının rutin uygulamaları sırasında aynı olgunun iki cetvele göre oranlarının farklı çıktığı bilinen bir gerçektir.

Bu çalışmada Engellilik Cetveline göre hesaplanan oranlar ile D ve E Cetvellerine göre hesaplanan oranlar karşılaştırıldığında, engellilik oranının anlamlı olarak düşük saptandığı görülmüş olup bu durumun, maluliyet oranı hesaplamasında Engellilik Cetveli kullanılan trafik kazası mağdurlarının aleyhine olduğu aşikardır. Aynı şekilde yaralanan, benzer şekilde fonksiyon kısıtlılığı oluşan ve mesleği aynı olan iki kişiden birisinde kaza tarihinin farklı olması sebebiyle daha düşük maluliyet oranı saptanacak ve dolayısıyla daha az tazminat hak edilebilecektir. Maluliyet oranı tespiti için başvuran olguların büyük çoğunluğunu trafik kazası mağdurlarının oluşturması bu durumun önemini daha da arttırmaktadır. Hakkaniyete uygunluktan bahsedilebilmesi için aynı miktarda zarar gören iki kişiye de aynı miktarda, zararlarını karşılar nitelikte tazminat ödenmelidir. Olayın trafik kazası ya da iş kazası olması, gerçekleştiği tarihlerin farklı olmasının bu durumu etkilememesi gerektiği, mal varlığından ya da şahıs varlığından eksilenin yerine konması gerektiği düşünülmektedir.

Bedensel zararları oluşturan hususlardan biri olan çalışma gücü kaybının tespitinde kişinin mesleğinin ne olduğu büyük önem taşımaktadır (55, 56). Bacağında kırık olan ve benzer şekilde iyileşen güvenlik görevlisi ile masa başında çalışan bir memurun çalışma güçlerindeki kayıp aynı olmayacaktır. Bacağında kırık nedeniyle fonksiyonel kısıtlılığı olan güvenlik görevlisinin mesleğini sürdürürken masa başındakine göre daha fazla zorlanacağı aşikardır. Bu nedenle tazminat hesabında, meslek ve yaşın göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünmekteyiz. Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranında meslek grubu ve yaş dikkate alınmamakta ancak Maluliyet Cetveline göre yapılan hesaplamada yaş ve meslek grubu dikkate alınarak meslekte kazanma gücündeki azalma oranı hesaplanmaktadır. Bu çalışmada D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranlarının mesleğe göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak meslekler arası, D Cetveline göre meslekte kazanma gücünde azalma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da mesleği nedeniyle meslekte kazanma gücündeki azalma oranında ciddi derecede artma görülen olgular saptandı. Örneğin, mesleği kasap olan ve fibula kırığı sonrası komplikasyonsuz iyileşen bir olguda Engellilik Cetveline göre engellilik oranı %0 iken, Maluliyet Yönetmeliğinin D cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranının %16 olduğu görüldü.

D ve E Cetvellerine göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları, Engellilik Cetveline göre hesaplanan engellilik oranı ve tıbbi iyileşme süresi arasında pozitif yönde güçlü korelasyon saptandı. Yaş ile sadece E Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranı 38-39 yaşındaki bir kişinin meslekte kazanma gücündeki azalma oranıdır. E Cetveline göre bu yaştan daha büyük yaşlarda bu oran artarken daha küçük yaşlarda ise oran azalmaktadır. Aynı miktarda oluşan fonksiyon kısıtlılığı, yaşlı bir kişiye göre genç bir kişinin çalışma gücünde daha az etkilenme oluşturacaktır. Bu açıdan bakıldığında Engellilik Cetvelinde bu yönde bir değerlendirme yapılmamaktadır. EÖSEVSKRY'nin 11. maddesinde 60 yaş üzerinde saptanan orana Balthazard yöntemiyle %10 eklenir denilmekte iken, “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” 10. maddesinde 65 yaş üzerindeki engellilerin engel oranına Balthazard yöntemiyle %10 ekleneceği belirtilmiştir. Bu durumun maluliyet raporu düzenlenmesi sırasında uygulanıp uygulanmayacağı tartışmalıdır. Bu düzenleme E Cetvelindeki yaşa göre hesaplamadan oldukça farklı olup aynı özellikte sekelleri olan 59 yaşındaki ve 61 yaşındaki olgular arasında oransal anlamda ciddi bir fark oluştururken, 18 yaşındaki ve 59 yaşındaki olguların yaşlarının, engel oranlarına hiçbir etkisi olmayacaktır. Anabilim Dalımızda Engellilik Cetveline göre maluliyet raporu düzenlenmesi sırasında yaş faktörü hesaplamaya dahil edilmemekte, sadece kazaya bağlı arızalar hesaplamada göz önünde bulundurulmaktadır.

Mahkeme istek yazılarının yaklaşık %30'unda “illiyetinin olup olmadığı”, “kaza nedeniyle”, “olaya bağlı” gibi ifadeler yer verildiği görülmüş olup yalnızca davaya konu olan olaya bağlı sekellerin hesaplamaya dahil edilmesi hususuna dikkat çekilmiştir. Maluliyet raporu düzenlenmesinde üzerinde hassaslıkla durulması gereken konulardan birisi de oluşan zarar ile olay arasında uygun illiyet bağının varlığıdır (55). İlliyet bağının başka bir kişinin kusuru ile kesilmesi, ya da birden fazla kişinin sonuçtan sorumlu olması durumları söz konusu olabilmektedir. Aynı şekilde zarar görenin zararını en aza indirmek için gerekli önlemleri almaması, hatta kasıt veya ağır ihmal nedeniyle oluşan zararın artması durumlarında ortak sorumluluktan bahsedilebilecek ve tazminatta indirim gidilebilecektir (55). Yine kişinin olaydan önce de var olan bir hastalığı nedeniyle oluşan zararın artması halinde tazminatta indirim söz konusu olabilecektir. Örneğin, olgulardan birinde iş kazası sonucu sağ tibia-fibula kırığı meydana geldiği ve ameliyat edilerek platin takıldığı, bu olaydan sonra doğumsal hidrosefali, araknoid kisti nedeniyle geçirdiği kriz sırasında düştüğü, ikinci bir travma sonucu aynı bölgeden tekrar ameliyat edildiği, ikinci travmaya bağlı olarak yapılan ameliyatta platin çıkarılarak çivi uygulandığı, takılan çivinin (küntcher) kaydığı (migrasyonu) ve bu nedenle kaynamama (psödoartroz) durumunun gelişmiş olduğu anlaşıldığından, iş kazasına bağlı olarak

gelişen sağ bacak kemiklerindeki kırık ile olguda saptanan eklem hareket açıklıklarında kısıtlılık ve kısalık arızası arasında illiyet bağı kurulamamıştır. Bu nedenle maluliyet hesaplaması komplikasyonsuz tibia-fibula kırığı şeklinde değerlendirilerek yapılmıştır. Bu olguda olduğu gibi, maluliyet oranı tespiti için başvuran her olgunun olaya bağlı yaralanmasının ne olduğu, uygulanan tedavi ve bu süreçte herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği, kontrollerdeki muayene bulguları dikkatlice incelenmelidir. Tıbbi özgeçmişi muhakkak sorgulanmalı, hastalıkları, geçirdiği ameliyatlar ve kullandığı ilaçlar ayrıntılı bir şekilde not edilmeli, mevcut bulguların oluşan sonuca etkisinin olup olmadığı değerlendirilerek bu durum muhakkak raporlarda belirtilmelidir. Olgu yoğunluğu nedeniyle Engelli Sağlık Kurullarında düzenlenen raporlarda bu hususların sağlıklı bir şekilde ele alınıp alınamayacağı kafalarda soru işareti yaratmaktadır. İlliyet bağını etkileyen hususların değerlendirilmesi bir kenara, olaydan tamamen bağımsız olarak şahsın kendisinde var olan hastalıklarının da hesaplama dahil edildiğini gözlemlediğimiz bazı engelli sağlık kurulu raporlarının, tazminat davalarında çalışma gücü kaybı raporları olarak değerlendirilmeye alınması doğru değildir.

Bu çalışmada hem meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ve engellilik oranı ile tıbbi iyileşme süreleri arasında pozitif korelasyon saptandı; hem de meslekte kazanma gücündeki azalma oranı %0'dan fazla olan olguların tıbbi iyileşme sürelerinin ortalamasının, meslekte kazanma gücündeki azalma oranı %0 olan olguların tıbbi iyileşme sürelerinin ortalamasının yaklaşık 3 katı olduğu görüldü. Bu durumun, yaralanması ağır olup iyileşmesi uzun süren olgularda kalan sekeller dolayısıyla, meslekte kazanma gücündeki azalma oranı ve engellilik oranının fazla olmasının sonucu olduğu düşünüldü. Eroğlu ve Ark.'nın yaptığı çalışmada maluliyet saptanan olgularda tıbbi iyileşme süresi ortalamasının 235.96 ± 149.24 gün, maluliyet saptanmayan olgularda 90.59 ± 117.61 gün olarak saptandığı belirtilmiş olup çalışmamızdaki tıbbi iyileşme sürelerine göre yüksek olduğu görülmüştür (53). Maluliyet oranı ortalamalarında da benzer şekilde yükseklik olduğunu, bu farkın baş arızaları gibi tıbbi iyileşme süresinin de uzun olduğu arızaların oransal olarak daha çok olmasından kaynaklandığı belirtmişti. Geçici iş görmezlik süresi kişilerin yaptıkları işe, hangi organlarının zarar gördüğüne, yaralanmanın ağırlığına, yaşlarına ve meslek durumlarına göre belirlenmelidir. Tabi burada geriye yönelik olarak bu süreye karar vermek, özellikle tedavi sürecini ayrıntılı olarak gösteren tıbbi evrakın bulunmadığı durumlarda oldukça güç olacaktır. Yukarıda belirtilen nedenlerle standart süreler belirlemek güç olmakla birlikte birçok Adli Tıp uzmanı geçici iş görmezlik sürelerini belirlerken ATK'nin kemik kırıklarında ortalama iyileşme sürelerini düzenlediği listeden yararlanmaktadır. Kişilerin tedavilerini düzenleyen, takip eden ve o an ki muayene bulgularıyla işini yapıp yapamayacağı hususunu daha objektif olarak

değerlendirilebilecek olan tedaviyi üstlenen hekimin düzenlemiş olduğu iş görmezlik raporlarına dayanarak, iş görmezlik sürelerinin belirlenmesi daha uygun olacaktır.

Bu çalışmada MTİY çerçevesinde değerlendirildiğinde olguların hiçbirinde sürekli bakıcı ihtiyacı saptanmadı. Maluliyet raporu düzenlenmesi istenen olgularda, geçici ve sürekli bakıcı ihtiyacı olup olmadığı sıkça sorulan sorulardan biridir. Kişilerin geçirmiş oldukları travmalar sonucunda oluşan yaralanmaların, tedavi, iyileşme (nekahet) dönemlerinde ve kalıcı bir bedensel hasar oluşması halinde beden fonksiyonlarında bir azalma olması ve günlük bakım ihtiyaçlarını giderme konusunda sıkıntı yaşanması bu durumların doğal sonuçlarından biridir. Yaralanma sonrası kişinin günlük öz bakım ihtiyaçlarını gideremediği veya gidermekte zorlandığı durumlarda, tam zamanlı veya günlük belli bir saat profesyonel bakım desteği ihtiyacı olup olmadığı ve varsa süresinin belirlenmesine dair kapsamlı bir mevzuat bulunmamaktadır. Ayrıca, bireysel farklılıklar, aile desteği, yaralanmanın özelliği gibi birçok farklı etkenin değişkenlik göstermesi nedeniyle standart bir süre verilmesi de mümkün değildir. Uygulamada bazen tıbbi iyileşme süresi boyunca bakıcı ihtiyacının olduğu şeklinde yaklaşımlar olmaktadır. Örneğin, yalnızca kaburga kırığı olan birinin tıbbi iyileşme süresi olan 1,5 ay boyunca bakıcı ihtiyacının da olduğu söylenebilir mi? Kaburga kırığı olan bu kişide, fazladan efor sarf ederek mesleğini yerine getirebilmesi için 1,5 aylık bir istirahate ihtiyacı olduğu tabben kabul edilebilirse de, bu 1,5 aylık sürede yeme-içme, tuvalet, giyinme gibi ihtiyaçlarını yardımsız yapamayacağını söylemek doğru olmayacaktır. MTİY'nin 12. maddesinde kuadripleji, parapleji, dipleji, iki gözde de yüzde yüz (tam) görme kaybı, iki elin kaybı, bir kolun omuzdan ve bir bacağın kalçadan kaybı, her iki bacağın alttan en az 1/3'ünün kaybı gibi oldukça ağır durumlar başka birinin sürekli bakımına muhtaç olma halleri olarak düzenlenmiş ancak geçici olan durumların nasıl değerlendirilmesinin gerektiği, ya da daha hafif durumlarda geçici süreli bakıcı ihtiyacı olup olmadığıyla ilgili bir değerlendirme bulunmamaktadır (52).

Bakım hizmetine ihtiyaç duyulan süre ve bakım ihtiyacı oranı ile ilgili olarak, sosyal haklar kapsamında engelli bireylerin bakıma muhtaçlığının değerlendirilmesi ile ilgili olan "*Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik*" de engellilik sınıflandırmasına göre ağır engelli (engel oranı en az %50) olduğu belgelendirilenlerden; günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olduğu tespit edilenler **bakıma muhtaç engelli** olarak tanımlanmıştır (83). Yönetmelik'te ayrıca sosyal çalışmacı, psikolog, çocuk gelişimci, tabip, fizyoterapist, hemşire, sağlık memuru unvanına sahip kişiler arasından farklı mesleki unvanlara sahip en az üç kişiden oluşan bir **bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin** engellinin ve ailesinin sağlık ve psiko-sosyal durumunu tahlil ederek, engellinin bakıma muhtaçlığını, ihtiyaç duyduğu bakım

hizmetlerini ve engelliye verilecek bakım hizmet modellerini tespit edeceği belirtilmiştir (83). Yönetmelikte de vurgulandığı üzere bakıcı ihtiyacına sadece fonksiyon kısıtlılıklarının tespit edildiği tıbbi değerlendirme ile karar verilemeyeceği, multidisipliner bir yaklaşımla aile, sosyal çevre, fiziki çevre gibi faktörlerin de göz önünde bulundurulmasının gerektiği anlaşılmaktadır. Ayrıca bedensel zararların tazmininde maluliyet oranı tespiti için özel olarak düzenlenmiş bir yönetmelik ve cetvel bulunmadığı gibi, bakıcı ihtiyacının değerlendirilmesi için de bir düzenleme bulunmamaktadır.

Olguların 40'ının incelenen evrakı içerisinde eski raporu mevcuttu. Eski raporların oranlarının ortalaması $20,72 \pm 21,93$ olarak saptandı. Eski raporların oran ortalaması, eski raporu bulunan olguların D Cetveline göre hesaplanan meslekte kazanma gücündeki azalma oranları ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p < 0,05$). Engellilik Cetveline göre hesaplanan oran ortalaması ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Bu durumun; eski raporların çoğunluğunun Engellilik Cetveline göre düzenlenmesinden kaynaklandığı düşünüldü. Kişilerin olay nedeniyle ve olaydan bağımsız tüm arızaları dikkate alınarak düzenlenen engelli sağlık kurulu raporlarının, olay tarihinde yürürlükte olmayan yönetmeliğe göre düzenlenen raporların mahkemelere sunulması karışıklık yaratmaktadır. Mahkeme talebi ile düzenlenen rapor ile bu raporlar arasında oransal fark olması itirazlara konu olmaktadır. Bu farkın neden oluştuğunun açıklanması ve maluliyet oranı hesaplaması yapılması için bilirkişilere tekrar başvurulmaktadır. Sonuç olarak da yargılama süreci uzamakta ve tekrar tekrar alınan raporlar nedeniyle yargılama giderleri artmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada olguların Maluliyet Cetveli ile hesaplanan oranları, Engellilik Cetveline göre hesaplanan oranlarından yüksek bulunmuştur. Bu durum aynı ağırlıkta yaralanan, aynı düzeyde fonksiyon kısıtlılığı kalan iki kişinin, olay tarihinin ya da yaralanmaya neden olan olayın farklı olması nedeniyle farklı miktarda tazminat alınması sonucunu doğurmaktadır. Asıl olan kişinin çalışma gücündeki azalma miktarı ve buna bağlı oluşan kazanç kaybı ya da efor kaybının ne miktarda olduğudur.

Kişinin fonksiyon kaybı üzerine odaklı, mesleğini ve yaşını göz önünde bulundurmadan, Engellilik Cetveli ile yapılan değerlendirmede kişinin gerçek zararını saptamak mümkün olmayacaktır. Engellilik Cetvellerinin, kişinin yaşı ve mesleğinin de hesaplama dahil edilebilecek şekilde güncellenmesi uygun olacaktır.

Kişinin yaralanmasından bağımsız olan fonksiyon kısıtlılıkları/arızaları da göz önünde bulundurularak hesaplama yapılması illiyet bağı açısından sorun yaratmaktadır. Bu nedenle, sadece olaya bağlı yaralanma hesaplama dahil edilmeli, maluliyet raporu düzenlenmesi için yapılan başvurularda olayla ilgili öykü yanında özgeçmiş öyküsünün de ayrıntılı alınmasına özen gösterilmelidir. Ayrıca şahsın olayla ilişkili tüm evrakının ve varsa olay öncesine ait evrakın mahkeme dosyaları içinde yer almasının sağlanması bu konuda değerlendirme kolaylığı sağlayacaktır.

Mesleğe ve yaşa göre hesaplama yapılmasının tazminat hesaplamalarında daha uygun olduğu düşünülmektedir. A Cetvelinde birçok arızanın tam karşılığının bulunmaması ve bu nedenle takdir uygulamak zorunda kalınması, bazı arızalarda oran karşılığının yüksek olması, dış görünüşün öneminin yadsınamayacağı günümüz dünyasında skar dokularının karşılığının bulunmaması cetvelin eksikliklerini oluşturmaktadır. Bu nedenlerle arızaların listelendiği A cetvelinin daha fazla arızayı karşılar nitelikte güncellenmesi ve bu sayede takdir kullanma ihtiyacının minimuma indirilmesi uygun olacaktır. Aynı şekilde B Cetvellerinin çağımızda değişen meslek gruplarını kapsayacak şekilde güncellenmesi, ev hanımı, öğrenci, emekli gibi başvuruların oldukça büyük kısmını oluşturan gruplara da ayrıca yer verilmesi yerinde olacaktır.

Maluliyet raporu düzenlenen olgularda en sık karşılaşılan sorunlardan biri olaydan ne kadar süre sonra kalıcılığın olduğudur. Bu süre; yaralanmanın ağırlığına, uygulanan tedaviye, komplikasyon gelişip gelişmemesine, kişinin yaşına, tedaviyle uyumuna göre değişebileceğinden, standart süreler belirlemek neredeyse imkansızdır. Tıbbi kayıtlar, alınan anamnez ve yapılan muayene doğrultusunda kalıcılık gelişip gelişmediğine karar verilerek,

hesaplanan maluliyet oranının değişme ihtimali olduğu durumların raporda belirtilmesi uygun olacaktır.

Geçici iş göremezlik sürelerinin belirlenmesinde kişilerin yaralanan organlarının, yaş ve mesleklerinin ne olduğu, tedavi süreçleri göz önünde bulundurulmalıdır. Kişilerin tedavilerini düzenleyen, takip eden ve o anki muayene bulgularıyla işini yapıp yapamayacağı hususunu daha objektif olarak değerlendirilebilecek olan tedaviyi üstlenen hekimin düzenlemiş olduğu iş göremezlik raporlarına dayanarak iş göremezlik sürelerinin belirlenmesi daha uygundur. Bu nedenle, mahkeme dosyalarında bu tür belgelerin bulunmasına özen gösterilmelidir.

Rapor düzenlenmesi sürecinde tıbbi gerekçesi olmayan konsültasyon istemlerinden kaçınılmasıyla; hem yargılama sürecinin uzamasına hem de mali yükün artmasına engel olunması sağlanacaktır. Elbette tespitinde uzmanlık gerektiren bir durum için konsültasyon istenmeli, ancak rapor tamamen konsültasyon sonucuna göre inşa edilmemeli, konsültasyon sonuçları adli tıbbi bakış açısı ile değerlendirilmelidir.

Tazminat davalarında geçici bakıcı ihtiyacının değerlendirilmesi için özel olarak düzenlenen bir yönetmelik ya da kılavuz bulunmamaktadır. Bu konuda çalışmalar yapılarak bakıcı ihtiyacının değerlendirilmesi için algoritmalar ya da kılavuzlar geliştirilmesi yararlı olacaktır.

Maluliyet raporu düzenlenmesi medikolegal bir değerlendirme olup Adli Tıp uzmanlarının bu raporların düzenlendiği heyetlerde bulunması yararlı olacaktır. Hukuk profesyonelleri ve Adli Tıp uzmanlarının katıldığı, maluliyet raporları konusunda yaşanan sıkıntıların, çözüm yollarının, karşılıklı beklentilerin paylaşıldığı ortak bilimsel toplantılar düzenlenmesi ile kavramsal birliğin sağlanması, daha standart ve herkes tarafından kabul gören raporların düzenlenmesi sağlanabilecektir.

7. KAYNAKLAR

- 1.Devellioğlu F. Osmanlıca-Türkçe ansiklopedik lûgat: Doğuş; 1980.
- 2.Küçükali A. Engellilere Uygulanan Sosyal Politikaların Değerlendirilmesi: Atatürk Üniversitesi Örneği. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;4(1):59-86.
- 3.Adak N. Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları. Sağlık Sosyolojisi: Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakóltesi Yayınları; 2016. s. 1-15.
- 4.Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006;9(3):78-87.
- 5.Şişman Y. Özürlülük alanında kullanılan kavramlar üzerine genel bir değerlendirme. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2012;7(28):69-85.
- 6.Türk Dil Kurumu Sözlüğü Erişim Tarihi:06.05.2019. Erişim: <http://www.tdk.gov.tr/>.
- 7.Ertürk KL, Şimşek AA, Songür DG, Şengül G. Türkiye'de Engelli Farkındalığı ve Engelli Bireylerin Adalete Web Erişilebilirlikleri Üzerine Bir Değerlendirme. Bilgi Dünyası. 2014;15(2).
- 8.Okur N, Erdugan FE. Sosyal haklar ve özürlüler: Özürlülük modelleri bağlamında tarihsel bir değerlendirme. Özürlüler İdaresi Başkanlığı. 2010;II. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu 4-5-6 Kasım Denizli.
- 9.Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme: 14.07.2009 tarihli 27288 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:22.05.2019. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm>.
- 10.Recommendation concerning Vocational Rehabilitation of the Disabled: International Labour Organization Erişim Tarihi:07.05.2019. Erişim:https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312437.
- 11.Organization WH. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. 1980.
- 12.Organization WH. International classification of functioning, disability and health: ICF: Geneva: World Health Organization; 2001.

13.5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun: 07.07.2005 Tarihli 25868 Sayılı Resmi Gazete; Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf>.

14.Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik: 30.03.2013 Tarihli 28603 Sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:09.05.2019. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>.

15.Yurtiçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmelik: 25.04.2009 tarihli 27210 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:22.05.2019.

Erişim:<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.13013&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Yurti%20inde%20C4%B0C5%9Fe%20Yerle%20Firme%20Hizmetleri%20Hakk%20B1nda%20Y%20C3%B6netmelik>.

16.Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Yer Alan Engelli Bireylere Yönelik İbarelerin Değiştirilmesi Amacıyla Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 03.05.2013 tarihli 28636 sayılı Resmi Gazete.

17.Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik: 30692 Sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi: 20.02.2019.

Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>.

18.Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik: 20.02.2019 tarihli 30692 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:14.05.2019.

Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-1.htm>.

19.Birgen N, Okudan M, Okyay M, İnanıcı M. İş Kazasına Bağlı Olgularda Maluliyet Oranı Hesaplanması Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 1999;4(3):101-8.

20.Caniklioğlu N. Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda Sakatlara Emekli-Yaşlılık Aylığı Bağlanmasına Hak Kazanma Bakımından Bir Karşılaştırma. Kamu-İş. 2002;6(4/2002).

21.Kerimoğlu H. Sosyal Sigortalar Kanunu Açısından Maluliyet Sigortası, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi. 2004.

22.Bağcı M. Maluliyet ve Vazife Maluliyeti. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.

23.Güvercin C. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;57(02).

- 24.**İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi: 27.05.1949 tarihli 7217 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:22.05.2019. Erişim: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>.
- 25.**Türkiye Cumhuriyeti Anayasası: 09.11.1982 tarihli 17863 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:22.05.2019. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>.
- 26.**Tekin A. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği). Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Süleyman Demirel üniversitesi, 2007.
- 27.**Erdoğan O. İnsan Hakları Bağlamında Engelli Kadınların Sosyo-Ekonomik Sorunları: Trabzon İli Örneği. Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi.6(14):89-114.
- 28.**Engelliler Tarihi. Erişim Tarihi: 08.05.2019.
Erişim: <https://www.engelsizerisim.com/detay/engelliler-tarihi/>.
- 29.**Engelli Çalışmalarına Tarihi ve Güncel Bir Bakış. Erişim Tarihi: 08.05.2019. Erişim: <http://www.yenimakale.com/engelli-calismalarina-tarihi-ve-guncel-bir-bakis.html>.
- 30.**Çakır G, Aktaş E. 2007-2010 Yılları Arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Özürlü Sağlık Kurulunca Düzenlenen Raporların İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi; 2013.
- 31.**Engelliliğin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi. Erişim Tarihi: 05.05.2019. Erişim: <https://engellilerdostu.com/engelliligin-dunyadaki-tarihsel-gelisimi/>.
- 32.**Kara B. Türkiye'de Engelli Bireylerin Yasal Hakları Ve Uygulamadaki Yeri. International Journal of Social Science. 2016(48):249-60.
- 33.**Burcu E. Türkiye’de yeni bir alan: ‘Engellilik sosyolojisi’ ve gelişimi. Sosyoloji Konferansları. 2015.
- 34.**Aysoy M. Avrupa Birliği Sürecinde Özürlüler Politikası: Açı; 2004.
- 35.**Akkaya Y. Sosyal Güvenlik ve Tarihi üzerine “Aykırı” Notlar. İktisat Dergisi. 2006(478):15-7.
- 36.**Tarihçe: Sosyal Güvenlik Kurumu; Erişim Tarihi: 08.05.2019.
Erişim: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>.
- 37.**Dilik S. Sosyal güvenliğin tarihsel gelişimi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 1988;43(01).

- 38.**Ayhan A. Sosyal güvenlik kavramı ve sosyal güvenlik ilkeleri. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2012;2(1).
- 39.**Alper Y, Çağaçan A, Sayan S. 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sosyal Güvenlik Sistemine Bakış. TÜSİAD Yayınları, İstanbul. 2012.
- 40.**Sigortacılığın Kökenleri ve Türkiye'deki Gelişim Süreci: Türkiye Bilimleri Akademisi, Ulusal Açık Ders Akademileri; Erişim Tarihi:08.05.2019.
Erişim:http://www.acikders.org.tr/pluginfile.php/2551/mod_resource/content/3/Sigorta_%C5%9Eirketleri.pdf.
- 41.**Özyalçın ZC. Türk sigorta sektörünün gelecek perspektifi: sorunsuz çözüm önerileri üzerine bir araştırma: İstanbul Ticaret Üniversitesi; 2017.
- 42.**Sigortanın Tarihi: Türkiye Sigortalar Birliği; Erişim Tarihi: 08.05.2019. Erişim: <https://www.tsb.org.tr/sigortanın-tarihi.aspx?pageID=438>.
- 43.**5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu: 14.06.2007 Tarihli 26552 Sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi: 09.05.2019. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5684.pdf>.
- 44.**6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu: 04.02.2011 Tarihli 27386 Sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:09.05.2019. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098-20120704.pdf>.
- 45.**Yeni Gelişmeler Işığında Bedensel Zararların Tazmini, Uluslararası Kongre; Cilt-1. Türkiye Barolar Birliği Yayınları; Ankara: 2016.
- 46.**5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası: 16.06.2016 tarihli 26200 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:09.05.2019.
Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>.
- 47.**2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu: 18.10.1983 tarihli 18195 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:14.05.2019. Erişim:<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2918.pdf>.
- 48.**Adıyaman M. 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanununda 6704 Sayılı Kanunla yapılan değişikliklerin tazminat davalarına etkisi Erişim Tarihi: 11.05.2019. Erişim: <https://www.hukukihaber.net/makale/2918-sayili-karayollari-trafik-kanununda-6704-sayili-kanunla-yapilan-degisikliklerin-tazminat-davalarina-etkisi-h78043.html>.
- 49.**Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları: 14.05.2015 tarihli 29355 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi: 09.05.2019. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/05/20150514-5.htm>.

- 50.**Özkıdık D. Hekimin Mesleki Sorumluluk Sigortası. Ankara Barosu Dergisi. 2016;(4).
- 51.**Yıldırım İ. Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;6(3).
- 52.**Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği: 03.08.2013 tarihli 28727 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi: 09.05.2019. Erişim:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130803-6.htm>.
- 53.**Eroğlu İ, Küpeli A. 2015-2016 yılları arasında adli tıp anabilim dalında 'çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranı tespit işlemleri yönetmeliği cetvelleri' kullanılarak düzenlenmiş 'iş gücü kaybı (maluliyet)' konulu rapor sonuçlarının 'özürlülük ölçütü, sınıflandırması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmeliğindeki özür oranları cetveli ile karşılaştırılması Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Erişim Tarihi: 18.05.2019. Erişim: <http://dspace.sdu.edu.tr/xmlui/handle/123456789/24313>.
- 54.**Adli Tıp Kurumu Kanunu: 20.04.1982 tarihli 17670 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi: 15.05.2019. Erişim: <https://www.atk.gov.tr/mevzuat-veri-tabani.html>.
- 55.**Toker A. Haksız fiilin ve haksız fiilden doğan maddi tazminatın unsurları: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2017.
- 56.**Braun C. Haksız fiilde bedensel zararın ispatına ve bedensel zarardan sorumluluğa ilişkin bir Yargıtay kararının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi.64(1):37-64.
- 57.** Yargıtay 17. Hukuk Dairesi; 2018/10828 Nolu Karar: Erişim Tarihi:09.05.2019. Erişim: <https://karararama.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/>.
- 58.**Çelik A Ç. Bedensel Zararlar Nedeniyle Tazminat Erişim Tarihi: 09.05.2019. Erişim: https://tazminathukuku.com/dosyalar/378_bedensel-zararlar-nedeniyle-tazminat.pdf.
- 59.**Bedensel Zararlarda İş Gücü Kaybı Tazminatı Erişim Tarihi: 09.05.2019. Erişim: <https://www.kyhukuk.com.tr/wp-content/uploads/2018/04/Kazalarda-i%C5%9F-g%C3%BC-c%C3%BC-kayb%C4%B1-tazminat%C4%B1.pdf>.
- 60.**Kaya A, Meral O, Erdoğan N, Aktaş E. Maluliyet Raporlarının Düzenlenmesi Anabilim Dalımıza Başvuran Olgu Özellikleri İle. Adli Tıp Bülteni. 2015;20(3):144-51.


- 61.**Bedensel Zararlar Konusunda Yüksek Mahkeme Görüşleri Sempozyumu: Türkiye Barolar Birliği; Erişim Tarihi:11.05.2019. Erişim: <https://tv.barobirlik.org.tr/Watch/5035>.
- 62.**Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 2016/13434 Esas Nolu, 2017/6894 Karar Nolu İlamı Erişim Tarihi:28.05.2019.
Erişim:<https://karararama.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/>.
- 63.**Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 2016/13345 Esas Nolu, 2017/6134 Karar Nolu İlamı Erişim Tarihi:28.05.2019.
Erişim: <https://karararama.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/>.
- 64.**Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 2017/1541 Esas Nolu, 2017/9897 Karar Nolu İlamı Erişim Tarihi:28.05.2019.
Erişim:<https://karararama.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/>.
- 65.**Hilal A. Maluliyet Hesaplamalarında Karşılaşılan Sorunlar. Adli Tıp Bülteni. 2016;21(2).
- 66.**İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. Türkiye Makine Mühendisleri Odası. 2018;8(MMO/689).
- 67.**İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Raporu 2018: Sosyal Haklar Derneği; Erişim Tarihi:12.05.2019.
Erişim:http://sosyalhaklarderneği.org/wp-content/uploads/2018/12/SHD-%C4%B0%C5%9F%C3%A7i-Sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1-ve-%C4%B0%C5%9F-G%C3%BCvenli%C4%9Fi-Raporu_13.12.2018-2.pdf.
- 68.**Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri: Türkiye İstatistik Kurumu; 2017. Erişim Tarihi: 12.05.2019. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27668>.
- 69.**2019 1. Dönem Motorlu Taşıtlar Sigorta İstatistikleri: Türkiye Sigortalar Birliği; Erişim Tarihi:12.05.2019. Erişim: <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>.
- 70.**Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü: 14223 Sayılı 22.06.1972 Tarihli Resmi Gazete; Erişim Tarihi: 10.06.2019. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.74496.pdf>.
- 71.**Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği: 11.10.2018 tarihli 27021 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi: 13.05.2019. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.12511&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>.
- 72.**Ünal V, Ünal EÖ, Yener Z, Çetinkaya Z, Çağdır S. Fark hesabına dayalı maluliyet oranı tespiti. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine. 2015;12(2):37-46.

- 73.**Hilal A, Akgündüz E, Kaya K, Yılmaz K, Çekin N. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Gelen Maluliyet Raporlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2017;22(3).
- 74.**Kadı MR, Kadı G, Balcı Y, Göçeoğlu ÜÜ. Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranları ile Takdir Oranlarının Değerlendirilmesi: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Olguları. Adli Tıp Bülteni. 2018;23(2).
- 75.**Hekimoğlu Y, Gümüş O, Kartal E, Etlı Y, Demir U, Aşırđizer M. Maluliyet oranlarının yaş ve cinsiyet ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi. 2017;24(3):173-81.
- 76.**Şenol E, Çelik C, Ata U, Meral O, Özkayın N. Ekstremitte Kırığı Olgularında Tedavi Seçeneklerinin ve Meslekte Çalışma Gücü Kaybı ve Engellilik Oranlarının Karşılaştırılması. Adli Tıp Bülteni. 2019. <https://doi.org/10.17986/blm.2019252289>.
- 77.**Karanfil R, Zeren C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2009-2010 Yıllarında Başvuran Olguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi. 2011;25(3):183-90.
- 78.**Ünal V, Baklacioğlu F, Ünal EÖ, Çetinkaya Z, Demir M, Çağdır AS. Beden çalışma gücü kaybı değerlendirilen olgularda kurumlar arası karşılaştırma. Adli Tıp Bülteni.2016;21(1):8-15.
- 79.**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. 2013;52(2):93-9.
- 80.**Korkmaz Y. Tıbbi Konsültasyon ve Kusurun Paylaşılması. Türkiye Barolar Birliği Dergisi. 2019;140(31):239-302.
- 81.**Keleş E, Şimşek E, Salmanı M, Şimşek TT, Angın S, Yakut Y. Eklem hareket açıklığı ölçümünde kullanılan iki akıllı telefon uygulamasının uygulayıcı içi ve uygulayıcılar arası güvenilirliğinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy Rehabilitation; 2016;3(1):21-9.
- 82.**Hilal A. Trafik Kazalarında Maluliyet. Türkiye Klinikleri Forensic Medicine-Special Topics. 2019;5(1):19-23.
- 83.**Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik: 23.10.2007 tarihli 26679 sayılı Resmi Gazete; Erişim Tarihi:21.05.2019. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/10/20071023-10.htm>.

8. EKLER

EK 1: EÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat: Erzene/Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 61 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetik@mail.ege.edu.tr - www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	2018 Yılında EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalında Düzenlenen Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı Raporlarının Engelli Sağlık Kurulu Raporları İle Karşılaştırılması.		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Ender ŞENOL		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Adli Tıp		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>
	Gözlemsel İlaç Çalışması <input type="checkbox"/>	Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması <input type="checkbox"/>		
	In Vitro Tıbbi Tanı Cihazları İle Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları <input type="checkbox"/>	İlaç Dışı Klinik Araştırma <input checked="" type="checkbox"/>		
	Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	27.09.2018	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	24.09.2018	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/> imza tarihi: 27.09.2018				
Diğer	<input type="checkbox"/>					

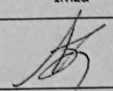
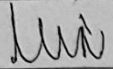
KARAR BİLGİLERİ

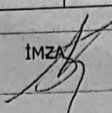
Karar Nu: 18-10.1/19 Tarih: 16.10.2018

Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, **araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda** araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun olduğuna toplantıya katılan etik kurul üye tamamının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşe EROL

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşe EROL Başkan	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Mine HEKİMGİL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Patoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşe EROL	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 30.04.2018/07	Sayfa 1/2
---	--	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzené Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr - www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	2018 Yılında EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalında Düzenlenen Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı Raporlarının Engelli Sağlık Kurulu Raporları İle Karşılaştırılması
ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 18-10.1/19				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayça Arzu SAYINER Üye	Mikrobiyoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Mikrobiyoloji AD Tıbbi Viroloji BD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Şebnem PIRILDAR Üye	Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Mine DÜNDAR ÇÖMLEKOĞLU Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Nevin ORUÇ Üye	Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sema KALKAN UÇAR Üye	Çocuk Metabolizma Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Skate
Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yard. Doç. Dr. Candide ŞENTÜRK	Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku	Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
Sumru FESİOĞLU
EÜTF Klinik Araştırmaları
Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşe EROL	İmza	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
			22	28.09.2011/05	2/2

EK 2: Erişkinler İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada amacımız; 1 Ekim 2018-1 Şubat 2019 tarihleri arasında EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalına Hukuk Mahkemeleri ve Sigorta Tahkim Komisyonları tarafından gönderilen ve maluliyet raporu düzenlenmesi için başvuran olguların, her iki yönetmeliğe göre düzenlenen raporlarının aynı arıza için hesaplanan oranları karşılaştırılacaktır. Engelli Sağlık Kurulu Raporları ve Meslekte Kazanma Gücünde Azalma Oranı Raporları arasındaki farkların neden oluştuğunu ortaya koymak, raporlar düzenlenirken kullanılan yönetmeliklerin kısıtlılıklarına ve bilirkişilerin karşılaştıkları güçlüklerle dikkat çekmek, yeni hazırlanacak yönetmeliklere katkı sağlamak amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

1 Ekim 2018-1 Şubat 2019 tarihleri arasında EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalına Hukuk Mahkemeleri ve Sigorta Tahkim Komisyonları tarafından gönderilen ve maluliyet raporu düzenlenmesi için başvuran olguların arasından araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalar araştırmaya dahil edilecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak verdiğiniz bilgilerin doğruluğu sizin sorumluluğunuzdur. Bu koşula uymadığınız durumda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı minimum 200 olacak şekilde planlanmıştır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma süresi boyunca Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için 05362675651 no.lu telefondan Dr. Uğur ATA'ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

ÇOCUK HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada amacımız; 1 Ekim 2018-1 Şubat 2019 tarihleri arasında EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalına çalışma gücü kaybı ve engel oranı raporu düzenlenmesi için başvuran kişilerin muayene sonuçlarının geçmişte kullanılan cetvellere ve yeni kullanılmaya başlayan cetvele göre karşılaştırılması.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak verdiğiniz olayla ilgili bilgilerin doğruluğu sizin sorumluluğunuzdur. Bu koşula uymadığınız durumda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı minimum 200 olacak şekilde planlanmıştır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma süresi boyunca Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için 05362675651 no.lu telefondan Dr. Uğur ATA' ya başvurabilirsiniz.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTEĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK 4: Olgu Rapor Formu Örneği.

Olgu numarası:		
Cinsiyeti: Erkek / Kadın	Yaşı:	Mesleği:
Hastalık Özgeçmişı:		
Travmanın orijini: Kaza..... Suicid..... Homicid.....	Travmanın türü: Trafik kazası..... İş kazası..... Yüksekten Düşme..... Darp..... Diğer (belirtilecek).....	
İsteyen kurum:		
Değerlendirilmesi istenen hususlar:		
Olay tarihi...../...../.....	Muayene tarihi:...../...../.....	
Başvuru tarihinde yapılan muayenede saptanan bulgular:		
İstenecek konsültasyonlar:		

Olaya Bağlı Olarak Gelişen Fonksiyon Kısıtlılıkları ve Arızalar:

Olay tarihinde yürürlükte olan yönetmelik:

Maluliyet oranı:

Sakatlık oranı:

Tıbbi iyileşme süresi:

Sürekli bakıcı ihtiyacı olup olmadığı: EVET / HAYIR

Diğer: