

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

**TRAFİK KAZASI SONRASINDA
DÜZENLENEN MALULİYET
RAPORLARINDA YAŞANAN SORUNLAR
VE MALULİYET ORANLARININ İLGİLİ
YÖNETMELİKLERE GÖRE
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Talip VURAL

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mustafa Talip ŞENER

ERZURUM 2020

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 18.03.2019 tarih ve E.1900091879 sayılı yazısı ile "Trafik Kazası Sonrasında Düzenlenen Maluliyet Raporlarında Yaşanan Sorunlar ve Maluliyet Oranlarının İlgili Yönetmeliklere Göre Karşılaştırılması" konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Talip VURAL tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığınca görüşülmüş ve 22.04.2019 tarih ve 03 sayılı oturumunun 42 nolu kararınca çalışma etik kurallara uygun görülmüştür.



İÇİNDEKİLER

ONAY	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Maluliyetin Tanımı.....	3
2.2. Maluliyetin Tarihçesi	4
2.3. Maluliyet Nedenleri.....	6
2.4. Trafik Kazaları ve Maluliyet	7
2.5. Türkiye’de Trafik Kazalarına Bağlı Maluliyete İlişkin Yasal Mevzuat	9
2.6. Maluliyet Hesaplamalarında Kullanılan İlgili Kılavuz ve Cetveller.....	11
2.6.1. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği	13
2.6.2. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği	14
2.6.3. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik	15
2.6.4. Karayolu Yolcu Taşımacılığı Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları	16
2.6.5. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik	17
2.6.6. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik	19
2.7. Özürlülüğün Dünya Çapındaki Değerlendirmeleri	22
2.7.1. Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD).....	22
2.7.2. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)....	23
2.8. Uluslararası Kullanılan Bazı Cetveller.....	23

2.9. Yönetmeliklerin Genel Hatlarıyla Karşılaştırmalı Tabloları.....	25
2.10. Maluliyet Raporlarının Hazırlanmasında Adli Tıbbın Yeri ve Bilirkişilik	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Olguların Demografik Verilere Göre İncelenmesi.....	29
4.2. Olguların Olay Türüne, Rapor Talebine ve Coğrafi Dağılıma Göre İncelenmesi.....	29
4.3. Olguların Hastanede Yatış, Operasyon ve Olay Sonrası Başvuru Süresine Göre İncelenmesi.....	31
4.4. Olguların Adli-Tıbbi Değerlendirme Süreçleri	32
4.5. Olguların Sekel Durumlarına Göre İncelenmesi	33
4.6. Olguların Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğine Göre İncelenmesi.....	34
4.7. Olguların Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğe Göre İncelenmesi.....	34
4.8. Olguların Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ne Göre İncelenmesi.....	35
4.9. Olguların Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği'ne Göre İncelenmesi	35
4.10. Olguların Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğine Göre İncelenmesi.....	36
4.11. Olgulardan Elde Edilen Yaş, Cinsiyet, Olay Türü, Rapor Talep Eden Kurum, Olay Sonrası Başvuru Sürelerine Ait Verilerin Çalışma Kapsamındaki Tüm Yönetmeliklere Göre Karşılaştırılması;	36
4.12. Çalışma Kapsamında Hesaplanan Ortalama Maluliyet Oranlarının İlgili Yönetmeliklere Göre Grafiklerle Karşılaştırılması;	39
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	61
EKLER.....	69
EK-1. Etik Kurul Kararı	69

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Olguların cinsiyet ile yaş dağılımı.	29
Şekil 2. Maluliyet raporu düzenlenen olguların başvuru şekline göre dağılımı.	30
Şekil 3. Maluliyet raporu düzenlenen olguların geldiği yere göre dağılımı.	30
Şekil 4. Olguların olay sonrası rapor için başvuru sürelerinin dağılımı.	32
Şekil 5. Olguların konsülte edildiği kliniklere göre dağılımı.	33
Şekil 6. Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre olguların maluliyet oranları.	34
Şekil 7. Olguların maluliyet oranlarının Özürlülük Ölçütü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliklere göre karşılaştırılması.	39
Şekil 8. Özürlülük Ölçütü, Meslekte Kazanma Gücü Kaybı ve Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliklere göre maluliyet oranı düzenlenen 121 olgunun karşılaştırılması.	40
Şekil 9. Diğer sağlık kuruluşları ile Adli Tıp Anabilin Dalınca ilgili yönetmeliklere göre maluliyet raporu düzenlenen 52 olgunun ortalama maluliyet oranlarının karşılaştırılması.	40

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de yıllara göre trafik kazası, ölü ve yaralı sayıları.	9
Tablo 2. ÇÖZGER sistemine mevzuatla uyum arandığında engel oranı için kullanılacak EK-3 tablo.	20
Tablo 3. Maluliyet ve engellilik/özürlülük hesaplamalarında kullanılan yönetmeliklerin yapılan çalışma ve yargı kararlarına göre yürürlük tarihlerinin karşılaştırılması.	25
Tablo 4. Temel kavramlar açısından özürlü ve engelli yönetmeliğinin karşılaştırılması.	25
Tablo 5. Maluliyet oluşturan sekellerin anatomik bölgelere göre dağılımları.	33
Tablo 6. On sekiz yaş altı 23 olgunun Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğine göre <i>Çocuklar İçin Özel Gereksinim düzeyinin</i> Değerlendirilmesi.	35
Tablo 7. Meslekte Kazanma Gücü Kaybı, Özürlülük Ölçütü ve Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliklerine göre maluliyet karşılaştırması.	36
Tablo 8. Meslekte Kazanma Gücü Kaybı, Özürlülük Ölçütü ve Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliklerine Göre Ortalama Maluliyet Oranları İle Gruplar Arasında Karşılaştırma.	37
Tablo 9. Diğer sağlık kuruluşları ile Adli Tıp Anabilin Dalınca ilgili yönetmeliklere göre maluliyet raporu düzenlenen 52 olgunun incelenmesi.	38
Tablo 10. Kazayla illiyet bağı olmayan ve 20 olguda sağlık kurulu raporlarına eklenen hastalıkların dağılımı.	38
Tablo 11. Tüm olguların ilgili yönetmeliklere göre maluliyet oranlarının dağılımı.	41

KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	: (Americans with Disability Act): Amerikan sakatlık yasası
ADTK	: Araç dışı trafik kazası
AHM	: Asliye Hukuk Mahkemesi
AİTK	: Araç içi trafik kazası
AMA	: (American Medical Association): Amerikan Tıp Birliği
ATK	: Adli Tıp Kurumu
ATM	: Asliye Ticaret Mahkemesi
BÖGV	: Belirgin özel gereksinim vardır
ÇÖZGER	: Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIM	: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği
FMLA	: (Family and Medical Leave Act.) : Aile tıbbi bakım yasası
HMK	: Hukuk Muhakemeleri Kanunu
ICF	: (International Classification of Functioning, Disability and Health): İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırması
ICFCY	: (International Classification of Functioning Disability and Health, Childrtn and Youth Version): İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırması Çocuk ve Genç Versiyonu
ICIDH	: (International Classification of Impairments , Disabilities and Handicaps): Bozukluklar, Yetiyitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırılması
ILO	: (International Labour Organization): Uluslararası Çalışma Örgütü
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
KZMSS	: Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası
ÖGV	: Özel gereksinim vardır
ÖKGV	: Özel koşul gereksinimi var
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: (Statistical Package for Social Sciences): İstatiksel Analiz
TBK	: Türk Borçlar Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Adli tıp uzmanlığı eğitimime katkılarından ve tez çalışması sırasında verdiği desteklerden dolayı mesleki çalışma disiplini ve bilimselliğe verdiği önemi her zaman örnek alacağım değerli hocam ve aynı zamanda tez danışmanım sayın Prof. Dr. Mustafa Talip ŞENER'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Adli Tıp Anabilim Dalı'nda görev aldığım süreçte uzmanlık eğitimime tıbbi, hukuki ve meslek etik ilkeleri katkıları ile birlikte bilgi, tecrübe, saygı, sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen her zaman örnek alacağım sayın bölüm başkanımız ve değerli hocam sayın Prof. Dr. Ahmet Nezh KÖK'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Asistanlık süresince çalışma imkânı bulduğum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında çalışan araştırma görevlisi meslektaşlarıma ve tüm personele şükranlarımı sunuyorum.

Dr. Talip VURAL

ÖZET

Trafik Kazası Sonrasında Düzenlenen Maluliyet Raporlarında Yaşanan Sorunlar ve Maluliyet Oranlarının İlgili Yönetmeliklere Göre Karşılaştırılması

Maluliyet; ortaya çıkan bir sakatlık, herhangi bir kısıtlama ya da bir şekilde bir insan için normal sayılan ölçüler dâhilinde bir faaliyet gerçekleştirme yeteneği olmaması durumu olarak tanımlanır. Trafik kazaları sonucunda anatomik veya fonksiyonel olarak vücut fonksiyonlarını kaybeden bireyler, tazminat davaları için Adli Tıp Uzmanlarından maluliyet oranlarının hesaplamasına yönelik rapor talep etmektedir.

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı'nda 31.12.2018 tarihinden öncesine ait trafik kazası nedeni ile maluliyet raporu düzenlenmiş rastgele seçilen örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, %10 beklenen prevalansı Epi-Info Versiyon 7 programı ile hesaplanan 144 olgu retrospektif olarak ilgili beş ayrı yönetmeliğe göre ayrı ayrı incelendi.

Trafik kazasına bağlı yaralanmalar sonucunda rapor talebinde bulunan olguların %74.3'ü erkek olup ortalama yaş 38.4 idi. Olguların %77.8'i araç içi trafik kazası olup %72.2'si hukuk mahkemeleri tarafından gönderilmiştir. Olgulara üniversite veya devlet hastaneleri sağlık kurullarınca düzenlenen heyet raporlarında ortalama özür/engel oranı %28.9 olduğu tespit edildi. Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliğine göre ortalama maluliyet oranı %21, Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliğine göre ortalama maluliyet oranı %16.2 olduğu, Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliğine göre olguların %92.4'ü maluliyet oranı %60'ın altında olduğu, Özürlülük Ölçütüne göre ortalama maluliyet oranı %16.4 olduğu bulundu.

Maluliyet hesaplamalarında en yüksek maluliyet oranı ve en çok takdir kullanımı Meslekte Kazanma Gücü Kaybı yönetmeliği olarak bulunmuştur. Üniversite veya devlet hastaneleri sağlık kurullarınca düzenlenen heyet raporlarında ortalama özür-engel oranı daha yüksektir. Maluliyet hesaplamalarında çok sayıda, trafik kazalarına özgün olmayan yönetmelik kullanılmaktadır. Adli Tıp Uzmanları öncülüğünde oluşturan kurullarca trafik kazalarına bağlı maluliyet hesaplamaları tespitine yönelik standardizasyonu sağlamak için özgün ve yeni bir yönetmeliğe ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler; Adli tıp, trafik kazası, maluliyet, yönetmelikler

ABSTRACT

The Problems Experienced in the Disability Reports Issued After the Traffic Accident and the Comparison of the Disability According to the Related Regulations

Physical infirmity; a disability is defined as a situation where there is no restriction or in some way, the inability to carry out an activity within a normal level for a person. Individuals who lose their body functions anatomically or functionally as a result of traffic accidents request a report from the Forensic Medicine Specialists for the calculation of physical infirmity rates for compensation cases.

In this study, Atatürk University Faculty of Medicine, Forensic Medicine Department of the Presidency of the physical infirmity report by reason of the pre-owned car accident since 31.12.2018 arranged randomly selected sample size in the 95% confidence interval, calculated with 10% expected prevalence of Epi-Info Version 7 program 144 cases retrospective that was examined separately according to five separate regulations.

74.3% of the cases who requested reports as a result of injuries due to traffic accidents were male and the average age was 38.4 years. 77.8% of the cases were in-vehicle traffic accidents and 72.2% were sent by the courts. In the delegation reports issued by the medical boards of the university or state hospitals, the average apology / disability ratio was found to be 28.9%. The average physical infirmity rate is 21% according to the Regulation on Loss on Winning Profession, and the average physical infirmity rate is 16.2% according to the Physical infirmity Regulation for Adults, According to the Disability Detection Procedures Regulation, 92.4% of the cases have a disability rate below 60%, The average physical infirmity rate according to the Physical infirmity Criteria was found to be 16.4%.

In physical infirmity calculations, the highest rate of disability and the most use of discretion were found as the Loss on Winning Profession regulation. The average apology-disability ratio is higher in the delegation reports issued by the health committees of universities or state hospitals. In physical infirmity calculations, a large number of regulations that are not specific to traffic accidents are used. There is a need for a new and original regulation to ensure standardization for the determination of physical infirmity calculations due to traffic accidents by the boards formed by the Forensic Medicine Experts.

Keywords; Forensic medicine, traffic accident, disability, regulations

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Trafik kazalarına bağılı yaralanmalar yüksek mortalite ve morbidite yükü, yüksek sosyal ve ekonomik maliyetler nedeni ile büyük bir sağıık sorundur (1). Geniş kapsamlı ve yeterli olamamakla birlikte, yapılan literatür çalışmalarında tüm yaşam boyunca yaralanmalara bağılı olarak %11 oranında sakatlık meydana geldiğı ve bu yaralanmalarda en büyük sebebinin trafik kazaları olduğı belirtilmektedir (2, 3). Ülkemizde trafik kazası istatistikleri incelendiğinde; 2017 yılında toplam 1.202.716 trafik kazası meydana gelmiş, bu kazalara bağılı olarak 7427 ölüm, 300.383 yaralanma ortaya çıkmıştır (4, 5).

Dünya Sağıık Örgütüne göre maluliyet; “*Ortaya çıkan bir sakatlık, herhangi bir kısıtlama ya da bir şekilde bir insan için normal sayılan ölçüler dâhilinde bir faaliyet gerçekleştirme yeteneğı olmaması hali*” olarak tanımlanmaktadır (6). Maluliyet kavramı Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise “*sakatlık*” olarak belirtilmektedir (7).

Anayasamızın 5. Maddesine baktığımızda ülkemiz sosyal bir hukuk devleti olarak tanımlanmaktadır (8). Sosyal devletin en önemli görevlerinden biri ise anayasaya dayanarak vatandaşlarının milli ve manevi değerlerinin korunmasını sağlamaktır. Sosyal güvenlik, adalet, sağıık, eğitim, ulaşım gibi hizmetler devlet güvencesi ile yapılır ve coğrafi ve kültürel ayırım yapılmadan toplumun her kesimi bundan faydalanır.

Ülkemizde trafik kazaları sonucunda anatomik veya fonksiyonel olarak vücut fonksiyonlarını kaybeden bireyler tazminat talepleri için mahkemelerden, sigorta şirketleri aracılığıyla ya da bireysel olarak Adli Tıp Uzmanlarından maluliyet oranlarının hesaplamasına yönelik rapor talep etmektedirler. Trafik kazalarına bağılı gelişen maluliyet hesaplamalarına yönelik ülkemizde yürürlükte olan ilgili birçok kanun ve yönetmelikler bulunmaktadır. Ülkemizde çok sayıda değerlendirme ölçütlerinin kullanılmasına rağmen bu ölçütler hastaların sekel halini almış lezyonlarını karşılamak için zaman zaman yetersiz olabilmekte, bunun sonucunda aynı

tip yaralanma ya da sakatlıkların maluliyet oranlarında ve tazminatlarda farklılıklar gözlenebilmektedir (9).

Bu çalışmada; Adli Tıp Anabilim Dalına trafik kazalarına bağlı olarak maluliyet raporu düzenlenmesi amacı ile adli birimlerce gönderilen ve/veya bireysel olarak müracaat eden olguların sekel halini almış lezyonları yürürlükte olan ve aşağıda detaylı olarak açıklanan yönetmeliklere göre olgular üzerinden ayrı ayrı hesaplanarak; ilgili yönetmeliklerdeki maluliyet oranları arasındaki oransal farklılıkların belirlenmesi, rapor düzenleme aşamasında yaşanan zorlukların tespit edilmesi ve çözüm önerilerinin sunulması amaçlandı.

- 1) 11 Ekim 2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği
- 2) 30 Mart 2013 tarih ve 28603 Resmi Gazete sayılı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik
- 3) 03.08.2013 tarih ve 28727 Resmi Gazete sayılı Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği
- 4) 20 Şubat 2019 tarih ve 30692 Resmi Gazete sayılı Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik
- 5) 20 Şubat 2019 tarih ve 30692 Resmi Gazete sayılı Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Maluliyetin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) maluliyet kavramını; “*Meydana gelen bir sakatlık, herhangi bir kısıtlama ya da bir şekilde bir insan için normal sayılan ölçüler dâhilinde bir faaliyet gerçekleştirme yeteneği olmaması halı*” şeklinde açıklamaktadır. (6). Türk Dil Kurumu sözlüğüne baktığımızda ise maluliyet sakatlık olarak belirtilmektedir (7). Maluliyet, Arapça illet sözcüğünden gelmektedir (10). Maluliyet, aynı zamanda kavramsal olarak farklı bir anlama sahip olup sürekli bir iş göremezlik olarak ifade edilmektedir. Şahsın öz geçmişinde bulunan sakatlıklar ve şahsın çalışma hayatını etkilemeyen sakatlıklar, maluliyetin içeriğini oluşturmamaktadır. Maluliyet derecesi ise; sürekli ve kalıcı iş göremezlik, meslekte kazanma gücü kaybı ve sakatlık derecesi şeklinde tanımlanmaktadır. Maluliyet oranı bazı cetvellere yararlanılarak meslekte kazanma gücü kayıp oranı olarak da belirtilmiştir (11). Malul kelimesi, daha geniş olarak; sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın, iş kazası veya meslek hastalığı geçirsin ya da geçirmesin, beden ve ruhsal açıdan sakat insan, özürlü kişi, engelli kişi, beden gücü kuvveti belli bir oranda azalmış veya ruhsal yapısı bozulmuş kişi, sürekli iş göremez kişi, çalışma gücü azalmış veya kaybolmuş kişi olarak ta kullanılmaktadır. Uluslararası literatürde ise maluliyet kavramı (disability, invalidity, defect, deformity.) sakatlık, yetersizlik, güçsüzlük gibi anlamlarla belirtilmektedir (12). DSÖ uluslararası özürlülük, engellilik ve yetersizlik tanımlarını geliştirmiştir ve bu sınıflandırma dünya çapında birçok ülke tarafından kullanılmaktadır. Yetersizlik (Impairment) kavramı; fizyolojik, anatomik veya psikolojik yapının normalden sapması ya da kaybı ve organ seviyesindeki bozuklukları kapsamaktadır. Özürlülük (Disability) kavramı; sağlığın bozulmasına bağlı olarak meydana gelen yetersizlikten ötürü normal ve sağlıklı bireylere göre kişinin fonksiyonlarının azalması ya da kaybedilmesi olarak açıklanmaktadır. Engellilik-Maluliyet (Handicap) kavramı; özürlülük ya da yetersizlik nedeniyle, kişinin cinsiyet, yaş, kültürel ve sosyal açıdan doğal olarak devam ettirdiği hayatını gerçekleştirmemesidir (6, 13).

Trafik kazalarına bağlı gelişen maluliyet, ülkemizde yürürlükte olan birçok kanun ve yönetmeliklere göre değerlendirilmektedir. Değerlendirme kapsamında kullanılan yönetmeliklerde farklılıklar olduğu gibi, hastanın sekel halini alan lezyonunu tam olarak gösteren kılavuzlar da bulunmayabilmektedir. Bu durum kimi zaman maluliyet ve özür/engel durumunun tespitinde farklılıkların oluşmasına neden olabilmektedir (9). Adli tıp kapsamında maluliyet; her türlü etki ile vücutta meydana gelen ya da getirilen yaralanmaların veya çalıştıkları meslek ile bağlantılı koşullardan ortaya çıkan ya da bu ortamlarda bulunan ajanlara bağlı olarak vücut yapılarında oluşan bozuklukların; tedavileri ve iyileşme dönemi tamamlandıktan sonra, sekel halii almış olayla ilişkili arızaların, kişinin mesleği ve yaşı göz önüne alınarak tespit edilmesi olarak ele alınmaktadır (14).

2.2. Maluliyetin Tarihçesi

Yirminci yüzyılın başından itibaren ve özellikle Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra Fransa başta olmak üzere ortopedik araçlar tüm dünyada kullanmaya başlanmış ve rehabilitasyon işlemleri yaygınlaşmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra fiziksel rehabilitasyon gelişmiş, Dünya Sağlık rgt bu alana öncülük yapmış ve 1970'li yıllarda maluliyet ölçümü ile ilgili baremler geliştirilmiştir (15).

Özürlülük ile ilgili 'tıbbi' ve 'sosyal' olarak karakterize edilen modeller başta olmak üzere birçok model geliştirilmiştir. Bu modeller içerisinde Hibrid model olarak en bilineni İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF)'dir (16). Dünya Sağlık rgt 1980 yılında Cenevre'de yaptığı çalışmada, sakatlıkla ilgili ortak ve standart bir dil belirlemek için Bozukluklar, Yeti yitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH) adlı bir sınıflama sistemini oluşturmuştur. (17). Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD) ICD, tanıya dayalı İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılmasını 2001 yılında yayınlamıştır (18). Amerika'da Aile tıbbi bakım yasası (FMLA) ve Amerikan sakatlık yasası (ADA) bulunmakta ve bunların kapsamında hemen hemen tüm eyaletlerde uygulanmaya konulan alışanların Tazminat Yasası uygulanmaktadır (19). Maluliyet hesaplamaları için rehber çizelgeler bulunmakta olup hekime hastasına göre

değerlendirme yapma yetkisi tanımlanmıştır (6). Avrupa ülkelerine bakıldığında ise Almanya, Fransa, İtalya ve diğer Avrupa ülkelerinde geliştirilen maluliyet cetvellerinin alt ve üst sınır belirtilmesiyle hesaplamalar yapılmaktadır (20, 21).

Osmanlı Devleti'nde 1867 yılında uygulanmaya başlanan Dilaver Paşa Nizamnamesidir çalışma hayatına yönelik ilk düzenlemedir. Zorunlu çalışma koşulları yanı sıra günlük 10 saat çalışma sınırlaması getirilmiş ve çalışma hayatına ait düzenlemeler yapılmıştır (22). 2003 yılında çıkarılan 4810 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda ise bilirkişi kelimesi belirtilmiştir. (22, 23). İş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili olarak 1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı Kanun ile düzenlemeler yapılmıştır (24). Yapılan çalışmalarda maluliyet oranlarının hesaplanması, Çalışma, Sağlık ve Adalet Bakanlıklarının sorumluluğunda olup ortak bir cetvelle değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. (23, 25). Ülkemizde hastalığa bağlı maluliyette yaş ve meslek yerine aralık verilmiş olup, 11.10.2008 tarih ve 27021 sayı ile *Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Güç Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği* çıkarılarak yayımlanmıştır (25).

Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi'nin 2.Maddesi kapsamında çalışan bireylerin hastalık, malullük, iş kazaları, meslek hastalıkları gibi birçok durumda yardım alması gerektiği belirtilmiş olup işverenin koruyucu yükümlülükleri bulunduğu belirtilmiştir (26). Ülkemizde Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü 1979 yılında çıkarıldıktan sonra, bu tüzük uzun bir süre kullanıldığı halde tüzükle ilgili herhangi bir yenileme işlemi yapılmamıştır (10). Mahkemeler ve Yargıtay kararlarına bakıldığında 11 Ekim 2008 tarih ve 27021 sayılı resmi gazetede yayımlanan "*Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği*" göre maluliyet hesaplanmasını istenmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ilgili tüzük ve yönetmeliklerde görülen aksaklıkları değerlendirerek geliştirmek ve Avrupa ve Amerika baremlerinden yararlanılarak, yeni ve kapsamlı bir yönetmelik hazırlanması gerektiği belirtilmektedir (27). Ülkemizde gerek Sosyal Sigortalar Kanunu ile gerekse Esnaf Bağ-Kur Kanununu ile iş kazası açıklanmış olup, işçilerin kaza durumunda hakları güvence altına alınmıştır (28-30).

2.3. Maluliyet Nedenleri

DSÖ'ye göre kaza kavramı; “*Bireylerin kontrolü dışında aniden oluşan, dış güçlerin etkisiyle meydana gelerek, insanın o sıradaki kapasitesi ile başa çıkamadığı, fiziksel ve ruhsal hasarların meydana geldiği olaylardır*” şeklinde tanımlanmaktadır. Maluliyet nedenlerine baktığımızda ise sıklıkla karşımıza trafik kazaları, iş kazaları ve meslek hastalıkları çıkmakla birlikte bunların dışında yasal mevzuatta yer almayan başka maluliyet nedenleri de bulunmaktadır. Bunlar arasında; kesici-delici alet ve ateşli silah yaralanması, emekli olmak amacıyla maluliyet raporu almak istenmesi, tıbbi uygulama hatası (tıbbi malpraktis), mobbing gibi nedenlerle de maluliyet raporları talep edildiği görülmektedir (31). Meslek hastalıkları ve iş kazaları, tüm dünyada çalışma hayatının en önemli sorunlu alanlarından biridir. ILO (International Labour Organization) kaynaklarına göre her yıl ortalama 1.2 milyon kişi meslek hastalıkları ve iş kazaları nedeniyle yaşamını yitirmekte olup her yıl ortalama 250 milyon kişi iş kazasına bağlı, 160 milyon kişi ise meslek hastalıklarına bağlı olarak yaralandığı ve zarar gördüğü belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda ayrıca meslek hastalıkları ve iş kazalarının ekonomik boyutu dünya milli gelirinin %5'ine ulaştığı belirtilmektedir (32). Verimli bir çalışmanın ön koşulu sağlıklı ve güvenli işyeri ortamıdır. Dünyada gelişmekte olan ülkelere baktığımızda İSG (İş Sağlığı ve Güvenliği), kalkınmanın temelini oluşturan ana yapılarıdır (33). Çalışma hayatında meydana gelen bir olayın hukuken bir iş kazası olup olmadığı ve iş kaybına neden olup olmadığına bakılmaksızın, iş esnasında yada işyerinde geçirilen, şiddeti değerlendirilmeksizin hernaç bir yaralanmayla sonuçlanan tüm kazalar iş kazası olarak belirtilmektedir. İş kazalarına örnek verecek olursak; işyerinin merdivenlerinden düşme, elini iş makinesine sıkıştırma, iş için yolculuk yaparken trafik kazası geçirme, işyerinde meydana gelen gıda zehirlenmesi gibi olayları sayabiliriz. İş kazaları önemli dünyada sakatlık nedenlerinden biridir. DSÖ'ye göre tüm dünyada %2.9'luk oranda sakatlığa sebep olduğu belirtilmektedir (14). Meslek hastalığı ise, sigortalının yaptığı yada çalıştığı işin özelliğinden ötürü tekrarlanan nedenle veya işin işleyiş koşullarından dolayı etkilendiği sürekli ya da geçici hastalık, bedensel veya ruhsal sakatlık halleri olarak tanımlanmaktadır (34). Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) yapılan çalışmalara göre, iş kazalarının en yoğun yaşandığı

sektörlerin başında; taş ocakçılığı ve madencilik, gaz, elektrik, buhar, kanalizasyon ve su işleri, inşaat sektörü olduğu belirtilmiştir. İşe bağlı sağlık problemlerinin ise; sıklıkla sırtı veya beli etkileyen kemik, kas ve eklem sorunları ve depresyon, stres veya anksiyete gibi psikolojik nedenlerden ortaya çıktığı belirlenmiştir (35).

2.4. Trafik Kazaları ve Maluliyet

Ulaşım gerek çağımız gerekse hayatımızın en önemli yapı taşlarından biridir. Ulaşım sektörü günümüzde insanlara demiryolu, denizyolu, havayolu, karayolu gibi çok fazla seçenek sunmasına rağmen, ülkemizde ulaşım sektörünün % 90'ından fazlası karayolu ulaşımı ile yapılmaktadır. Karayolları Trafik Kanunu'nda trafik kazası; *“karayolları üzerinde hareket halinde olan, bir ya da birden fazla, aracın karıştığı ölüm, yaralanma veya maddi zararlarla sonuçlanan olay”* şeklinde tanımlanmaktadır (36).

Trafik kazaları, ülkemizde her geçen gün sıklığı giderek artan mortalite ve morbiditeye yol açan en önemli yaralanma nedenlerinden biridir. Trafik kazalarına bağlı ölümler tüm dünyada doğal olmayan ölümler arasında ilk sıradadır (37, 38). Trafik kazalarına bağlı yaralanma sonucu birçok bireyin bedensel ve ruhsal yeteneklerini kaybetmesinden dolayı, günlük gereksinimlerini karşılamada ve toplumsal yaşama uyum sağlamada, birçok alanda destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi olarak belirtilen özrürlük kavramı ortaya çıkmaktadır (39). Özürlü bireyler özür durumlarını belge ve raporlarla kanıtladıkları takdirde kendilerine sağlanan bir takım haklardan yararlanabilmektedir. Şahısların özür ya da engel durumları ise; hastanelerin özürlü sağlık kurullarınca şahsi veya resmi başvuru sonrası düzenlenen ve kişilerin özür ya da engel durumlarını gösterir raporlar ile belgelenir.

Trafik kazalarına bağlı yaralanmalar sonucu meydana gelen yüksek mortalite ve morbidite oranları, yüksek sosyal ve ekonomik maliyetler nedeni ile ülkemizde büyük bir halk sağlığı sorunudur. Trafik kazaları, gerek tıbbi boyutu olsun gerekse ekonomik, hukuki, sosyal boyutları olsun çok önemli bir toplumsal problem olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ'ye verilerine göre her yıl yaklaşık olarak 1.25 milyon insan karayolu trafik kazaları sonucu yaşamını yitirdiği belirtilmektedir. Yapılan

çalışmalarda trafik kazalarına bağlı ölümlerin %90'ının dünyadaki araçların yarısına sahip olan orta ve düşük gelirlilerde meydana geldiği açıklanmaktadır. Her yıl tüm dünyada 20 ile 50 milyon arasındaki pek çok insanda ölümcül olmayan yaralanma sonucu sakatlık (engellilik) oluşmaktadır (40). Karayolu trafik kazalarına bağlı olarak gerek kazazedelere gerekse kazazedelerinin ailelerine ve ülkelerine yönelik önemli ekonomik kayıplar meydana gelmektedir. Trafik kazası sonucu meydana gelen uzuv ve organ kaybına veya ağır sakatlığa bağlı olarak kişinin üzerinde fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak birçok yıpranma meydana gelmektedir. Engellilik ile sonuçlanan yaralanmaya bağlı olarak, psikolojik travmalar, nöropsikolojik sekeller, omurilik yaralanması nedeniyle felçler, ellerde ve bacaklarda kısmi veya tam amputasyon, iç organ yaralanmaları ve iç organ kayıpları, körlük ve sağırlık gibi duyu kayıpları, nöro-travma nedeniyle fiziksel ve/veya zihinsel patolojiler, hareket kısıtlılığı ve güçsüzlükle sonuçlanan fiziksel uzuv deformasyonları meydana gelmektedir (41).

Yapılan çalışmalarda trafik kazasına bağlı yaralanmaların 2020'ye doğru küresel sağlık yükü açısından üçüncü sıraya yükseleceği belirtilmektedir (40). Türkiye, Brezilya, Kamboçya, in, Mısır, Hindistan, Kenya, Meksika, Rusya ve Vietnam trafik kazalarına bağlı ölümlerin yüzde 48'lik kısmından sorumlu olup DSÖ'nin bu on ülkede Güvenli Trafik Projesi'ni başlatmıştır. Birleşmiş Milletler (BM) de BM yelerinin ortak kararı ile 2011-2020 yılları arasındaki süreyi; "*Yol güvenliğinde eylem 10 yılı*" olarak ilan etmiştir. Tüm dünyada bu uygulama ile ilerleyen on yıllık süreçte yaklaşık beş milyon hayatın kurtarılacağı ve 50 milyon yaralanmanın önüne geçileceği tahmin edilmektedir (42).

Tablo 1. Türkiye’de yıllara göre trafik kazası, ölü ve yaralı sayıları.

Yıl	Toplam kaza sayısı	Maddi hasarlı kaza sayısı	Ölümlü ve yaralanmalı kaza sayısı	Ölü sayısı	Yaralı sayısı
2002	439 777	374 029	65 748	4 093	116 412
2003	455 637	388 606	67 031	3 946	118 214
2004	537 352	460 344	77 008	4 427	136 437
2005	620 789	533 516	87 273	4 505	154 086
2006	728 755	632 627	96 128	4 633	169 080
2007	825 561	718 567	106 994	5 007	189 057
2008	950 120	845 908	104 212	4 236	184 468
2009	1 053 346	942 225	111 121	4 324	201 380
2010	1 106 201	989 397	116 804	4 045	211 496
2011	1 228 928	1 097 083	131 845	3 835	238 074
2012	1 296 634	1 143 082	153 552	3 750	268 079
2013	1 207 354	1 046 048	161 306	3 685	274 829
2014	1 199 010	1 030 498	168 512	3 524	285 059
2015	1 313 359	1 130 348	183 011	7 530	304 421
2016	1 182 491	997 363	185 128	7 300	303 812
2017	1 202 716	1 020 047	182 669	7 427	300 383
2018	1 229 364	1 042 832	186 532	6 675	307 071

Türkiye İstatistik Kurumu resmi sitesi (Erişim Tarihi: 01.05.2019) (42).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2002-2018 yılları arasındaki trafik kaza istatistikleri incelendiğinde; genel olarak yıllar ilerledikçe kayıtlı toplam trafik kazaları sayısında, ölü ve yaralı sayısında önemli derecede artış dikkat çekmektedir.

2.5. Türkiye’de Trafik Kazalarına Bağlı Maluliyete İlişkin Yasal Mevzuat

Hukuki açıdan maluliyet kavramına “*İnsanların sigortalı olarak çalışmaya başladığı günden itibaren oluşan ya da bu tarihten sonra belirli bir seviyeye gelen fiziksel ya da zihinsel hastalığının yahut arızasının (sakatlığının) belirli oranda sürekli iş göremezlik oluşturması durumu*” şeklinde tanımlanmaktadır (43). Anayasamızın 5. Maddesi’nde Türkiye Cumhuriyeti Devleti “*sosyal hukuk devleti*” olarak belirtilmektedir (44). Sosyal devlet amaçlarından en önemlisi anayasaya dayanarak vatandaşlarının milli ve manevi değerlerinin korunmasını sağlamaktır. Adalet, eğitim, güvenlik, sağlık, ulaşım gibi hizmetler devlet güvencesi ile toplumun her kesimine sunulur. Devlet koruyucu ve gözetici olmasının yanında çeşitli nedenlerle ortaya çıkan bireylerin sağlığındaki bozulmaların (maluliyet, özürülük, engellilik gibi) oranlarını tespit ederek bireylerin mağduriyetlerini gidermeye çalışmalıdır. Sosyal devletin

gerekliliği olarak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de trafik kazaları sonucunda vücut fonksiyonlarında kayıp ve azalma olan bireyler tazminat talepleri için mahkemeler, sigorta Şirketleri ve avukatlar aracılığıyla veya bireysel olarak Adli Tıp Uzmanlarından maluliyet oranlarının hesaplamasına yönelik rapor talep etmektedirler.

Trafik kazaları sonrasında ortaya çıkan maluliyet, ülkemizde yürürlükte olan ilgili birçok yönetmelik ve kanuna göre değerlendirilmektedir (45). Bu konuda karayollarında motorlu araç sahiplerinin sorumlulukları kapsamında Karayolları Trafik Kanunu düzenlenmiştir (46). Karayolları Trafik Kanunu'nun 85 ile 86. Maddelerine bakıldığında motorlu aracın kullanımı sırasında oluşan yaralanma ve ölümler durumunda kusurla iliŐkili bir hukuki sorumluluk belirtilmekte olup, ilgili kanunun 91. maddesinde de tüm araçlar için bir trafik sigortası olan mali sorumluluk sigortası yaptırılmasını zorunlu olduğu belirtilmektedir (47).

Türk Borçlar Kanununun (TBK) 49., 51., 53. ve 54.maddelerine baktığımızda; *“kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille baŐkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlü olduğu”* belirtilmektedir. Ölüm durumunda ise; cenaze giderleri, ölüm meydana gelene kadar görülen tedavi giderleri, çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar ve ölenin desteğinden yoksun kalan kişilerin bu sebeple uğradıkları tazminat olarak ödenmektedir. Tedavi giderleri, kazanç kaybı, çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar ve ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar ise bedensel zararlar olarak belirtilmektedir (48). Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası (KZMSS) zorunlu sigortaların içerisinde en yaygın ve en sık kullanılan sigortalardan biri olup yaptırılması yasa ile zorunlu hale getirilmiŐtir (49). Trafik sigortası, sigortacı ile sigorta ettiren arasında kurulan bir sigorta sözleşmesi olup, bir sigorta poliçesine bağlanmaktadır (50).

Bu konuda 14.05.2015 tarihli ve 29355 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Tanımlar kısmına baktığımızda: *“Karayolunun; 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununa göre karayolu sayılan alanlar ve diğer alanlardan genel trafiğe açık yerler ile karayoluyla trafik bağlantısı olan yerler olduğunu, Motorlu Aracın; ilgili mevzuat*

gereği trafiğe çıkması trafik siciline veya ilgili mevzuatla düzenlenen özel sicile tescile tâbi motorlu araçlar olduğunu, Zararın ise; motorlu bir aracın işletilmesi ile oluşan bir trafik kazası sonucunda üçüncü şahısların ekonomik değeri olan mal varlığında doğrudan azalma olmasına veya vücut bütünlüğünde eksilmeye, sürekli sakatlığa veya ölümüne sebebiyet verilmesi nedeniyle ilgililerin uğradıkları bu Genel Şartlar ile içeriği belirlenen maddi kayıpları olduğunu” belirtmektedir. (46, 49, 51).

2.6. Maluliyet Hesaplamalarında Kullanılan İlgili Kılavuz ve Cetveller

Maluliyet hesaplanmasında kullanılmak üzere farklı zamanlarda çok farklı mevzuat ve yönetmelikler yayımlanmış olup, trafik kazasının hangi tarihte gerçekleştiği dikkate alınarak farklı mevzuatlar kullanılmaktadır. Literatür çalışmalarında farklı görüşler olsa da genel olarak, 11.10.2008’den önce geçirilmiş kazalarda 22.06.1972 tarih ve 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü hükümleri esas alınarak değerlendirilmektedir. 11.10.2008 ile 01.09.2013 tarihleri arasında gerçekleşen kazalarda, 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği esas alınmaktadır. 01.09.2013 ile 26.04.2016 tarihleri arasında geçirilmiş kazalarda 03.08.2013 tarih ve 28727 sayılı Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümleri esas alınmakta olup, 26.04.2016 den sonra geçirilmiş tüm kazalarda ise 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği geçerlidir (52).

Türkiye’de trafik kazalarına bağlı oluşan sekellerin oranlarının tespitine yönelik herhangi bir travmaya özgün bir cetvel, yönetmelik, tüzük veya barem bulunmamaktadır. Yargıtay’ın kararlarında ve Sigorta Tahkim Kurulunun görüşlerine bakıldığında maluliyet oranının tespiti açısından; 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmî gazetede yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği’ne göre rapor düzenlenmesini gerektiği belirtilmektedir (9, 53). Ancak trafik kazalarına bağlı maluliyet hesaplamada, bu yönetmeliklerin hangisine göre rapor düzenleneceği konusunda tam olarak fikir birliği ve netlik hala oluşmamıştır. Yargıtay ve Sigorta Tahkim Komisyonu 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmî gazetede yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp

Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ne göre rapor düzenlenmesini istendiği bilinmesine rağmen 26.04.2016 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 6704 sayılı (torba) yasası ile 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 90, 92, 97 ve 99. Maddelerinde önemli değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler kapsamında 97. Maddede zarar gören bireylerin dava açmadan önce söz konusu sigorta kuruluşlarına yazılı olarak başvurmaları gerektiği belirtilmektedir. Sigorta kuruluşlarının ise bu başvuruya 15 gün içinde cevap vermesi gerekmektedir. Ancak ilgililer arasında anlaşma olmadığı takdirde zarar gören bireyler dava yoluna ya da tahkime başvuruda bulunabilecekler ilgili kanunda belirtilmektedir. İlgili kanunun 99. Maddesinde ise; *“30/3/2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik”* kapsamında düzenlenecek sağlık kurulu raporunun teslim edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu değişiklikten sonra sigorta şirketleri Sigorta Tahkim Komisyonu ve bazı mahkemeler bunu referans alarak 26.04.2016 tarihinden sonra meydana gelen trafik kazalarında Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe göre rapor düzenlenmesini istemektedirler. Yargıtay 17. Hukuk Dairesi, 2015 tarih-2013/18924 Esas, 2014/18243 Esas, 2016/11897 Karar nolu kararında ise; maluliyet iş göremezlik oranları için, Adli Tıp Kurumu ya da Üniversite Hastanelerinin Adli Tıp Anabilim Dallarınca ilgili Yönetmelik (Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği) esas alınarak rapor düzenlenmesi gerektiğini hüküm altına almıştır (54).

Bununla birlikte 14.05.2015 tarihli ve 29355 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan ve 01.06.2015 tarihinde yürürlüğe giren Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında ve 26.04.2016 tarih ve 29695 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 6704 sayılı kanun ile 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 90. maddesinde yapılan değişiklikle sürekli sakatlık tazminatına ilişkin sakatlık oranının belirlenmesinde, 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Resmi Gazetede Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik doğrultusunda hazırlanacak sağlık kurulu raporu dikkate alınması gerekmektedir (55).

Samsun Bölge Adliye Mahkemesi 5. Hukuk Dairesinin 10.01.2019 tarih ve 2018/1477-2019/79 esas-kararında haksız fiilin gerçekleştiği 11.08.2008 tarihinde önce ise Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 11.10.2008 tarih ile 01.09.2013 tarihleri arasında Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 01.09.2013 tarihinden sonra Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği, 01.06.2015 tarihinden sonra ise Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe göre rapor düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir.

2.6.1. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği

Bu yönetmelik 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı resmi gazetede Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ismiyle yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince sigortalının yaşı ve mesleği de dikkate alınarak geçirdiği iş kazası veya tutulduğu meslek hastalığına bağlı Meslekte Kazanma Gücü Kaybı oranının saptanması amacıyla düzenlenmiştir. Meslekte kazanma gücü kayıp oranı tespit edilirken ilgi yönetmelikte yer alan ve aşağıda açıklanan cetveller kullanılmaktadır. Bu cetveller kısaca incelendiğinde;

A cetveli; 14 arıza listesi olarak düzenlenmiştir. Her bir listede arıza sıra numarası ve arıza ağırlık ölçüsü (0-65 arası) rakamsal olarak belirtilmiştir.

B cetveli; Meslek veya iş çeşidi, meslek grup numaraları ve işkolları belirtilmiştir.

C cetveli; Tablolar halinde, tablo içerisinde büyük harflendirme kullanılarak sürekli iş göremezlik simgeleri düzenlenmiştir. Bu tabloların sol kenarında arıza sıra numaraları bulunmaktadır. Ana başlık altında bulunan ilk satırda ise 1 ile 52 arasında meslek grup numaraları bulunmaktadır. Bunlarının kesiştikleri noktalarda ise sürekli iş göremezlik simgeleri bulunmaktadır.

D cetveli; Bu cetvel 38-39 yaşlarındaki sigortalının meslekte kazanma gücünün azalma oranları başlığı altında düzenlenmiştir. Bu cetvelde sutunda 0 ile 65 arasında arıza ağırlık ölçücüleri ve satırda ise A ile R harfi arasında sürekli iş göremezlik simgeleri bulunmaktadır. Bunların kesişme noktaları ise 1 ile 100 arasında meslekte kazanma gücünün azalma oranını belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda kıyas/takdir kullanımını sıklıkla bu aşamada yapılmaktadır.

E cetveli; Yaşlara göre kişilerin meslekte kazanma gücünün azalma oranlarını göstermektedir. Bu aşamada rapor düzenlenirken özellikle şahsın ilk rapor tarihindeki yaşı dikkate alınmaktadır. Fakat şahsın sağlı durumunda değişkenlik olması halinde bu değişkenliğin tespit edildiği tarihteki yaşda dikkate alınmaktadır. Bu cetvel ile bireylerin yaşlarına göre meslekte kazanma gücü kayıp oranları tespit edilmektedir. (31, 56).

2.6.2. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği

Bu yönetmelik 03.08.2013 tarihinde 28727 sayılı resmi gazetede Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği ismiyle yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik sigortalı bireylere uygulanmaktadır. Sigortalının yaşı ve mesleğinden bağımsız olarak çalışma gücünün en az %60'ını kaybedip kaybetmediğinin tespitine yönelik düzenlenmiştir. Meslek hastalığı ya da iş kazasına bağlı meslekte kazanma gücünün %60 ve üzerini kaybettiği sağlık kurumlarınca belirlenen sigortalı bireyler malul olarak değerlendirilmektedir. Bireylerde birden çok sekel veya hastalık bulunduğu takdirde çalışma gücünde en az %60 kayıp olup olmadığı tespit edilirken en ağır sekel lezyonu dikkate alınmakta olup Balthazard Formülü uygulanmamaktadır. Bu yönetmelikte ayrıca başkasının devamlı bakımına muhtaç olma durumları aşağıda açıklandığı üzere 12. madde kapsamında açıklanmıştır.

- a) *Kuadripleji, dipleji, parapleji ve sigortalının yaşamını kendi başına yürütmesine engel hemipleji veya merkezi sinir sisteminin sfinkter bozuklukları ile birlikte olan diğer hastalıklar,*
- b) *Sürekli veya sürekli ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde kalmayı gerektiren ve tedavi edilemeyen psikotik hastalıklar,*

- c) İki gözde de yüzde yüz (tam) görme kaybı,
- d) İki elin kaybı,
- e) Bir kolun omuzdan ve bir bacağın kalçadan kaybı,
- f) Her iki bacağın alttan en az 1/3'ünün kaybı,
- g) Tedavisi olanaksız bir hastalıktan ileri gelen ağır beslenme bozuklukları ve kaşeksiler,
- h) Solunum yetmezliği nedeniyle yardımcı solunum cihazlarının sürekli kullanılması,
- i) Giyinme, beslenme, fonksiyonel mobilite, bağırsak ve mesane bakımı, kişisel hijyen ve tuvalet ihtiyaçları gibi günlük yaşam aktivitelerinin sağlanamaması,
- j) Yukarıda tespit edilen hastalıklar dışında kaldığı halde tedavi edilemeyen, başka birinin sürekli bakımına muhtaç olan ağır hastalıklar” olarak sayılmıştır (57).

2.6.3. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik

Bu yönetmelik 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı resmi gazetede Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği ismiyle yayımlanmıştır. Özürlü kavramı;“doğuştan veya sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi” olarak tanımlanmaktadır. Özürlülere sağlanan haklar ve hizmetler yönünden düzenlenecek sağlık raporlarına esas olmak üzere kişilerin işlevselliği ve kısıtlılıklarıyla ilgili durumları tanımlayan özür oranlarını içermektedir. Özür oranı %50 ve üzerinde olduğu belirlenip günlük yaşam fonksiyonlarını diğer insanların yardımı olmadan yapamayacağı ilgili sağlık kurulunca tespit edilen kişiler ağır özürlü olarak tanımlanmaktadır. Rapor düzenlenirken eğer şahsın özür durumunun değişme ihtimali varsa kişinin mevcut tıbbi durumu dikkate alınarak süreli rapor düzenlenmektedir. Özürlülere ilişkin yapılan sınıflandırma

çalışmalarında, uluslararası bir sınıflandırma sistemi olan İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması esas alınır.

SGK tüzüğünde maluliyet oranı hesaplanırken sürekli iş göremezlik halinin raporla tespit edildiği tarihte sigortalının yaşı göz önüne alınırken, Özürlülük Ölçütünde sigortalının yaşının hesaplamaya bir etkisi bulunmamaktadır. Bu konunun tek istisnası, Yönetmeliğin (Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik) üçüncü bölümü olan özürlü sağlık kurulu raporu düzenleme usul ve esasları bölümünün 11. Maddesinin e fıkrasında; özürlülük oranı tespit edilen bireylerin 60 yaş üzerinde olması durumunda özür oranlarına ek olarak Balthazard formülü ile %10 oranında bir ekleme yapılacağı belirtilmektedir (52, 58).

2.6.4. Karayolu Yolcu Taşımacılığı Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları

Bu yönetmelik 25 Mart 2004 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 1 Temmuz 2006 tarihinde son düzenlemeleri yapılmıştır. Bu yönetmelik her ne kadar trafik kazaları için çıkarılmış olsa da en sade ve en dar yönetmeliktir. Bu sigorta kapsamına bakıldığında uluslar arası ve yurt içi yolcu taşımacılığında bulunan yolcuları, sürücülerini ve sürücü yardımcılarını, taşımacılık hizmetinin kapsamı içinde, duraklamalar ve dinlenmeler de dahil olmak üzere maruz kalacakları her türlü kazaların neticelerine karşı şartlar çerçevesinde teminat altına almaktadır. Ölüm teminatı, sakatlık teminatı ve tedavi giderleri teminatı bu sigorta kapsamındadır. Sakatlık teminatı için A.3.2 Arıza listesinde bakılarak sigortalının kaza tarihinden itibaren iki yıl içerisinde sakatlığına yol açtığı takdirde, tıbbi tedavilerin sona ermesi ve sakatlığının kesin tespiti sonucunda sakatlık tazminatı bu listedeki oranlar kapsamında ödenmektedir (59). Ferdi Kaza Sigortası Şartnamesine detaylı olarak baktığımızda, ferdi kaza sigortası bulunan bir bireyin kaza nedeniyle hemen ya da kaza tarihinden başlayarak iki sene içinde daimi olarak maluliyete maruz kalması halinde daimi maluliyet sigorta bedelinin hangi oranda kişiye ödeneceğini belirleyen değerlendirmeyi belirtmektedir (60).

2.6.5. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik

Bu yönetmelik 20.02.2019 tarih ve 30692 sayı ile resmi gazetede Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik ismiyle yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Engel durumunun değerlendirilmesinde ve belgelenmesinde engel oranları cetveli uzman hekimler için standart, objektif bir yaklaşım sağlar. Engel oranları cetveli ile engel durumunun Engellilik halinin ölçütü olarak kişinin engeli nedeniyle yaşadığı fonksiyon kaybı ve günlük yaşam aktivitesine etkisi değerlendirilmiştir. Engellik durumu belirlenirken tıbbi bozukluk anatomik ve fonksiyonel olarak değerlendirilmektedir. Engel durumuna açısından fonksiyon kaybı oranları belirlenirken tıbbi tedavi olsun olmasın engel durumunda bir değişikliğin olmayacağı kanaatine varılan kalıcı bozukluklar değerlendirilir. İstisnai durumlar cetvelde özel olarak belirtilmiştir. Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yeterlilik değerlendirmesi için önceki yönetmeliklerde kullanılan ağır özürlü ifadesi yerine artık tam bağımlı engelli ifadesi kullanılmaktadır. Sağlık kurumunda bireylerin başka birinin yardımı gereksizdir yaşamını idame ettiremeyecek seviyede engelli olup olmadığına dair bağımlılık/bağımsızlık durum değerlendirilmesi Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) kullanılarak yapılmaktadır.

Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) kullanılırken günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki bilişsel ve fiziksel yetersizlikleri, yardım ihtiyacı ve bakım yükü ölçülmektedir. Bu ölçekte bireylerin motor ve kognitif fonksiyonlarını değerlendiren sorular sorularak ölçüm yapılmakta olup değerlendirme gözleme dayalıdır ve yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Bu ölçek kullanılarak hastanın rehabilitasyon programında gösterdiği gelişmeleri değerlendirilir. ABD'de rehabilitasyon hastalarının fiziksel ve kognitif özürülüklerini değerlendirme ve izlemede ortak bir veri tabanı oluşturmak amacı ile tasarlanmıştır (35). Kapsamlı bir ölçek olarak tanımlanan FIM bireyin fonksiyonlarını fiziksel/motor fonksiyonlar ve kognitif fonksiyonlar olmak üzere iki alanda değerlendirir. Fiziksel/motor fonksiyonlar 13 maddede kognitif fonksiyonlar ise 5 maddede değerlendirilir.

FIM'de Motor Fonksiyonlar; kendine bakım 6 madde (beslenme, kendine çekidüzen verme, banyo yapma, tuvalet kullanımı, giyinme vücut üst kısmı, giyinme

vücut alt kısmı), sfinkter kontrolü 2 madde(mesane kontrolü, bağırsak kontrolü), transfer 3 madde (yatak- sandalye- tekerlekli sandalye, tuvalet, küvet-duş), hareket 2 madde (yürüme/tekerlekli sandalye, merdiven) olarak sınıflandırılmıştır.

FIM'de Kognitif Fonksiyonlar ise iletişim 2 madde (anlama, ifade etme), sosyal algıda 3 madde (sosyal iletişim, problem çözme, bellek) olarak sınıflandırılmaktadır. Değerlendirme 7 puan üzerinden yapılmaktadır.

7 puan: Etkinlik yeterli sürede ve güvenilir bir şekilde yapılmaktadır (Tam Bağımsız),

6 puan: Etkinliği yapabilmek için yardımcı cihaz gerekir ya da etkinlik uzun süre almaktadır (Modifiye Bağımsız),

5 puan: Etkinlik başkasının gözetimi altında yapmaktadır (Modifiye Bağımlı),

4 puan: Birey etkinliğin %75'i ya da daha fazlasını yapmaktadır (Minimal yardım),

3 puan: Birey etkinliğin %50 veya daha fazlasını fakat %75'inden azını yapmaktadır (Orta derecede yardım),

2 puan: Birey etkinliğin %25'ten fazla fakat %50'den azını yapar (Maksimum yardım),

1 puan: Birey etkinliğin %25'ten azını yapmaktadır (Bağımlı) olarak açıklanmıştır (61-63).

Cetvellerde yer alan engel oranları belirlenirken şahıslarda bulunan patolojik durumun ciddiyetine göre bireylerin özür oranları ve günlük yaşam fonksiyonlarına getirilen sınırlamalar % olarak tespit edilmiştir. 18 yaşını doldurmamış şahısların engellilik tespitinde bu Yönetmelik kullanılmamaktadır.

Bu Yönetmelikte geçen bazı tanımlara baktığımızda;

Engelli Birey: Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyuşsal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen bireyi,

Engellilik Durumu: Bireyin doku, organ ve/veya fonksiyon ve psikiyatri tanısı ve buna bağlı muhakeme yeteneği kaybından kaynaklı engelliliğini uluslararası yöntemleri temel alarak belirleyen derecelendirmeler, sınıflandırmalar ve tanılamaları,

Kısmi Bağımlı Engelli Birey: Doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ve/veya psikiyatri tanısına bağlı olarak muhakeme yeteneği değerlendirilmesi gereken fonksiyonel bağımsızlık ölçeklerine göre günlük yaşam aktivitelerini yardım olarak gerçekleştirebileceğine karar verilen bireyi

Tam Bağımlı Engelli Birey: Engel durumuna göre engel oranı %50 ve üzeri olduğu tespit edilenlerden doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ve/veya psikiyatri tanısı bağlantılı olarak muhakeme yeteneği değerlendirilmesine göre günlük yaşam aktivitelerini yardım almasına rağmen kendi başına gerçekleştiremediğine karar verilen bireyi ifade eder.

Tek bir uzmanlık dalını ilgilendiren engel durumlarının tespitinde, ilgili uzmanlık dalından üç uzman hekimin katılımıyla kurul oluşturulur. Bu yönetmelik ile 30/3/2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Birden çok sekel halini almış bireylerin engellilik durumları uygulanarak tespit edilir. Bu yönetmelik kapsamında engellilik oranı tespit edilen bireylerin 65 yaş üzerinde olması durumunda engel oranlarına ek olarak Balthazard formülü ile %10 oranında bir ekleme yapılmaktadır (64).

2.6.6. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik

Bu yönetmelik 20.02.2019 tarih ve 30692 sayı ile Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik ismiyle yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu Yönetmelikte açıklanan bazı tanımlara bakacak olursak;

Çocuk kavramı: 18 yaşını tamamlamamış kişiyi,

Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER): Sağlık kurulunca hazırlanan çocuğun özel gereksinimlerini belirten belgeyi,

Özel Gereksinim: Çocuğun toplumsal yaşama eşit katılabilmesi için bedensel ya da gelişimsel işlev kısıtlılığı olmayan bireylerden farklı sağlık, eğitim, rehabilitasyon, cihaz, ortez, protez, çevresel düzenlemeler ve diğer sosyal ve ekonomik haklara ve hizmetlere gereksiniminin olmasını kapsamaktadır. Bu sınıflama sisteminin oluşturulmasında Çocuklar İçin İşlevsellik Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF-CY) temel alınmaktadır. Yönetmelikte yer alan “Çok ileri düzeyde ÖGV”, “Belirgin ÖGV” ve “Özel koşul gereksinimi var (ÖKGV)” ifadeleri, ağır engellilik durumunu belirtmektedir. ÇÖZGER sisteminin yüzde (%) engel oranı içeren diğer mevzuatlara uyum arandığında ise aşağıdaki Ek-3 tablosu kullanılmaktadır.

Tablo 2. ÇÖZGER sistemine mevzuatla uyum arandığında engel oranı için kullanılacak EK-3 tablo.

Özel Gereksinim Kodu	Özel Gereksinim Düzeyi	Engel Oranı (%)
1	Özel gereksinim vardır (ÖGV)	20-39
2	Hafif düzeyde ÖGV	40-49
3	Orta düzeyde ÖGV	50-59
4	İleri düzeyde ÖGV	60-69
5	Çok ileri düzeyde ÖGV	70-79
6	Belirgin özel gereksinim vardır (BÖGV)	80-89
7	Özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV)	90-99

ÇÖZGER'in geçerlilik süresi raporda mutlaka belirtilir. Süre belirlenirken çocuğun ve balam verenlerin rapor düzenleme sürecine ilişkin zorlukları, talepleri ve ayrıca ÇÖZGER veren kurumların iş gücü kaybı dikkate alınır. Çocuğun durumu nadiren iki yıl kadar kısa sürede değişeceğin listede belirtilen özel durumlar dışında ÇÖZGER en az iki yıl süreli verilmektedir. Çocukların özel gereksinimlerinin hızla değişmeyeceğinin düşünüldüğü durumlarda çocukların, ailenin ve ÇÖZGER

kurumlan çalışanların süreçteki zaman ve işgücü kaybı gözetilerek rapor daha uzun süreli ya da sürekli olarak verilebilir. ÇÖZGER için başvurusu yapılan çocuğun, beslenme, bakım, temizlik, barınma, giyim gibi yaşam için gereken unsurlar ve ayrıca sağlık, eğitim, rehabilitasyon gibi gereksinimlerinin aile ya da bakım veren kişiler tarafından ihmal edildiğinin veya çocuğun istismar edildiğinin belgelenmesi durumunda, ÇÖZGER sürecinde ihmal ya da istismar ile ilgili gerekli görülen tıbbi, psikolojik, hukuki ve sosyal işlemler yapılarak çocuğun güvenli bakım ortamında olması ve ayrıca gereksinimi olan hizmetlere ulaşması sağlanmaktadır (65).

Engelli haklarından yararlanabilmek için şahısların en az %40 oranında engelli olduğunun alınan sağlık kurulu raporları ile tespit edilmiş olması gerekmektedir. 20 Şubat 2019 tarihinden önce alınmış raporlarda, çocukların özel eğitim almaları için gerekli engel oranlarını en az %20 oranında olması gerekmektedir. 20 Şubat 2019 tarihinde yayımlanan ÇÖZGER açısından, çocuklar hakkında düzenlenecek engellilik raporlarına engel oranlarının yazılmaması gerektiği belirtilmemektedir. Bu kapsamda engel oranı %20'nin karşılığı olarak bu raporlarda "özel gereksinim var (ÖGV)" kavramı yazılacaktır. Çocukların özel eğitim, rehabilitasyon, fizyoterapi ve benzer gereksinimleri raporda belirtilecektir. Çocuklar için olan ÇÖZGER Yönetmeliğinde kazanılmış haklar bölümünde aynı ifadeler açıkça yer almış, "sürekli" ibareli raporların, çocuk 18 yaşını dolduruncaya dek geçerli olduğu, süreli raporu olanlardan ise süresi içinde yeniden rapor istenemeyeceği ve sağlık kurullarının bu kişiler için rapor düzenlemeyecekleri ifade edilmiştir. Yönetmeliğe göre çocuk 18 yaşını doldurduğunda en geç üç ay içerisinde erişkin engelli raporu alması gerekmektedir. Çocuğun önceden aldığı rapor sürekli olsa bile rapor geçersiz olacaktır. Ayrıca ÇÖZGER kullanılarak rapor düzenlenmiş çocuklara, istek halinde 18 yaşları dolmadan üç ay önce Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğe göre rapor düzenlenebilecektir. Fakat bu rapor çocuk 18 yaşını doldurduğu zaman geçerli olacaktır (65, 66).

2.7. Özürlülüğün Dünya Çapındaki Değerlendirmeleri

Özürlülük ile ilgili ‘Tıbbi’ ve ‘Sosyal’ olarak karakterize edilen modeller başta olmak üzere birçok model geliştirilmiştir. Bu modeller içerisinde Hibrid model olarak en bilineni İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF)’dir. Geçmiş zamandan günümüze kadar engelli insanlar ile ilgili birçok kavramsal açıklamalar ve çalışmalar yapılmıştır. Engellilik genel hatlarıyla, hastalık, yaralanma veya sağlık koşullarından kaynaklanan fiziksel bozukluklar olarak tanımlanmıştır (67).

Bu bağli olarak tıbbi müdahaleler, rehabilitasyonlar ve kurumsal bakımlar, özel ve mesleki eğitimler ve sosyal refah gibi sosyal yardım programları da dahil olmak üzere bir çok yaklaşımlar olmuştur. Sosyal modelde, engelliliğın toplum tarafından inşa edildiğı görülüp toplumsal çare çok önemli olarak görülmektedir. Engelli insanları işlevsel hale getirecek uyumlar toplumda belirlenebilir ve tutum değışikliğı, fiziksel erişilebilirlik gibi değışikliklerle sakatlık iyileştirilebilir. DSÖ 1980 yılında Cenevre’de yaptığı toplantıda sakatlıkla ilgili ortak bir standart terim oluşturmak için Bozukluklar, Yetiyitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH) adıyla bir sınıflama oluşturmuştur (68, 69).

2.7.1. Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD)

ICD (İnternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), diagnostik bir kodlama ve istatistiksel bir sınıflama olarak tanımlanmaktadır. İstatistiksel sınıflamada birbirine benzer durum yada hastalıklar bir toplanıp, önem sıralarına göre tasnif edilmektedir. Bu kapsamda her hastalık için özgü bir kod bulunmaktadır. ICD, sağlık hizmetlerinin yönetiminde ve epidemiyolojik çalışmaların kullanımında büyük bir kolaylık sağlamaktadır. Hastaların tıbbi kayıtlarının tutulmasında, bu kayıtlara ulaşılmasında, uluslararası çalışmalar ve karşılaştırılmalarda büyük önem taşımaktadır. Ayrıca tüm bunlara ek olarak hastalıklara uluslararası ortak bir dil oluşturma, ölüm ve hastalık kodlamalarında getirdiğı kurallar ile kayıtların doğru tutulması konusunda da önemli bir kolaylık sağlamaktadır (70, 71).

2.7.2. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)

ICIDH son şekliyle “*İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması*” (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) adıyla yayımlanmıştır. ICF'nin son yapılan düzenlemeler ile örneklerle açıklanarak daha kullanışlı hale getirilmiş ve çevresel faktörlerin eklendiği geniş bir bio-psiko-sosyal bir çerçeve oluşturulmuştur (69, 72). ICF kapsamında “Engelli” kavramı çıkarılmış ve daha kapsamlı anlama sahip “Yetiyitimi” kavramı kullanılmaya başlanmıştır (73).

ICF, beş ana unsurdan oluşup bunlara baktığımız zaman;

- 1) Beden yapısı ve bundan doğan sakatlıklar,
- 2) Beden fonksiyonu ve bundan doğan fonksiyonel bozukluklar,
- 3) Aktivite durumu ve bundan doğan rahatsızlıklar,
- 4) Sosyal katılım durumu ve bundan doğan engellilik,
- 5) Karmaşık faktörler (çevre, aile; kişi) ve bundan doğan çevresel, ailevi ve şahsi sorunlar olarak sınıflandırılmıştır (74).

ICF, sosyal güvenlik, sigorta, iş sağlığı ve insan hakları konularında politika oluşturma ve planlama çalışmaları için de yaygın olarak kullanılmaktadır (31, 73).

2.8. Uluslararası Kullanılan Bazı Cetveller

Literatür çalışmalarına baktığımız zaman Amerika başta olmak üzere birçok ülkede çeşitli cetveller kullanılmaktadır. Bunlar içerisinde sıklıkla Amerikan Tıp Birliği (AMA) tarafından hazırlanmış Kalıcı Sakatlığın Değerlendirilmesi Kılavuzunda yer alan cetveller kullanılmaktadır. Bu kılavuzda temel değerlendirme olarak günlük yaşam aktiviteleri dikkate alınmaktadır. Bu aktiviteler ise; kendi kendine bakım, kişisel hijyen, diş fırçalama, saç tarama, banyo yapma, kendi kendine giyinme, yemek yeme, tuvalet ihtiyacını giderebilme, işitme, görme, yazma, konuşma, ayakta durma, yürüme, oturma, merdiven çıkma işitme, görme, tat alma, koku alma,

dokunma duyuları kavrama, kaldırma, dokunma ile tanıyabilme araç kullanma, ata binme, orgazm, ereksiyon, ejakulasyon, sakin ve huzurlu uyku paterni olarak belirtilmektedir. Bu kapsamda yaralanma veya hastalık sonucu ortaya çıkan yetersizlik/bozukluk oranlarını kişinin günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen kısıtlılıkları esas alarak belirlemekte olup, kişinin yaş ve mesleği göz önüne alınmamaktadır. Bu kılavuzda vücut sistemlerine göre arızalar dört grupta değerlendirilmekte ve her grup hafiften ağıra doğru yüzde dilimler içermektedir. Her bir vücut bölümü kendi içinde, ait olduğu sisteme göre ve tüm vücuda göre oranlanarak değerlendirilmektedir (31, 75, 76).

Özbay'ın çalışmasında da belirtildiği üzere ülkemizde kullanılan yönetmeliklerle karşılaştırıldığında büyük oranda benzerlik gösteren ve sıklıkla kullanılan diğer bir barem ise Kaliforniya Kalıcı Maluliyet Oranı Çizelgesidir. Bu çizelgede de arıza listesi, meslek grup numaraları, arızanın mesleğe göre değerlendirilmesi tablosu ve yaşa göre değerlendirme tabloları bulunmaktadır. Arıza listesi; beyin ve sinir sistemi ile psikiyatrik hastalıklar tablosu, görme, işitme, yüz ve baş, konuşma ve özel duyular, deri, omuz ve üst ekstremiteler, el parmak ampütasyonları, el parmaklarının hareket kısıtlılıkları, el kavrama gücü, göğüs, omurga, karın ile sırt (bel), alt ekstremiteler olmak üzere sınıflandırılmıştır. Listelenmiş arızaya karşılık olan standart puan teorik olarak ortalama işçinin 39 yaşta ve vücudun bütün bölümlerinde ortalama mesleki gereklilikler ile sakatlığının derecesini göstermektedir. Bu çizelgede de oranlar hesaplanırken Balthazard formülü kullanılmaktadır (31, 75).

2.9. Yönetmeliklerin Genel Hatlarıyla Karşılaştırmalı Tabloları

Tablo 3. Maluliyet ve engellilik/özürlülük hesaplamalarında kullanılan yönetmeliklerin yapılan çalışma ve yargı kararlarına göre yürürlük tarihlerinin karşılaştırılması.

YÖNETMELİK	UYGULANDIĞI TARİHLER
11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı resmi gazetede yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği	11.10.2008-01.09.2013 tarihleri arasında
30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı resmi gazetede yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği	01.06.2015-20.02.2019 tarihleri arasında
03.08.2013 tarih ve 28727 sayılı resmi gazetede yayımlanan Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği	01.09.2013-01.06.2015 tarihleri arasında
20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı resmi gazetede yayımlanan Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik	20.02.2019 tarihinden sonra
20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı resmi gazetede yayımlanan Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi i Hakkında Yönetmelik	20.02.2019 tarihinden sonra

Tablo 4. Temel kavramlar açısından özürlü ve engelli yönetmeliğinin karşılaştırılması.

Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği	Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik
30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.	20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, - Maliye Bakanlığı, - Millî Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı	- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, - Sağlık Bakanlığı
Özürlülük kavramı	Engellilik kavramı
Ağır özürlü	Kısmi Bağımlı Engelli Birey/Tam Bağımlı Engelli Birey
Özürlülük oranı tespit edilen bireyler 60 yaşın üstünde ise belirlenen orana balthazard formülü ile %10 ekleme yapılır	Engellilik oranı tespit edilen bireyler 65 yaş ve üstünde ise belirlenen orana balthazard formülü ile %10 ekleme yapılır
Tüm yaş grupları için kullanılır	18 Yaş üstü için kullanılır
4/1/2012 tarihli ve 28173 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.	30/3/2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır

2.10. Maluliyet Raporlarının Hazırlanmasında Adli Tıbbın Yeri ve Bilirkişilik

Bilirkişinin tanımı 6754 sayılı Bilirkişilik Kanunu'nda "Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde oy ve görüşünü sözlü veya yazılı olarak vermesi için başvurulan gerçek veya özel hukuk tüzel kişisi" olarak açıklanmıştır (77). Litaretür çalışmalarında bilirkişi; ispata ilişkin karşılaşılan bir sorunun çözümünde sahip olduğu uzmanlık bilgisiyle mahkemeye, hakime ve kanunun izin verdiği durumlarda cumhuriyet savcısına yardımcı olan kimse olarak, bilirkişi mütalaasını da; bilirkişi tarafından çözümü gereken soruna ilişkin ortaya konulan bilgi, saptama ya da değerlendirme olarak açıklanmaktadır (78). Ayrıca bilirkişiyi ifade etmek üzere ekspertiz ve ehli-vukuf gibi bazı terimlerde kullanılmaktadır. Resmi bilirkişilik ise, bir yandan resmi kurum ve kuruluşlara bilirkişi olarak başvurulmasını, diğer taraftan kanun ve diğer özel düzenlemeler uyarınca seçimi zorunlu olan bilirkişileri ifade etmektedir (79). Kanunlarımızda adli tıp ile ilgili konularda resmi bilirkişilerin başında Adli Tıp Kurumu (ATK) gelmektedir. ATK'nın yanı sıra Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Jandarma Kriminal Laboratuvarları, Kriminal Polis Laboratuvarları ve Adli Tabipler de resmi bilirkişi olarak görev yapmaktadırlar. Söz konusu resmi bilirkişiler arasında herhangi bir hiyerarşi bulunmadığı gibi, söz konusu bilirkişilerin raporlarının delil olarak değeri arasında da bir üstünlük bulunmamaktadır (80). Tarafın ve taraf avukatlarının belirlediği özel veya teknik bir konuda aldığı görüşe uzman görüşü ve bu görüşü veren kişiye de özel bilirkişi denilmektedir (81).

Tıp alanında çok fazla alanda bilirkişilik yapılmakta olup, trafik kazaları sonrasında meydana gelen sekellerin kişide oluşturduğu maluliyet oranlarının tespiti de bunlardan biridir (82). Bilirkişilikle ilgili olarak 6754 sayılı Bilirkişilik Kanunu'nun 3. Maddesinde belirtilen bilirkişilik kanununda temel ilkelerine baktığımızda; bilirkişilerin görevlerini tarafsız, bağımsız, objektif ve dürüstlük kuralları kapsamında yapması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca bilirkişilerin hukuki olarak değerlendirmelerde bulunamayacağı, görevlerini başkalarına devredemeyeceği, sır saklama yükümlülüklerinin olduğu belirtilmektedir (77). Bilirkişiler gerektiğinde mahkemeninde onayı ile söz konusu olayla ilgili olarak tarafların bilgilerine başvurabilmektedirler. Ayrıca olay hakkında mahkemenin onamı ile de gerekli incelemelerde bulunabilir. Resmî bilirkişiler, bilirkişilik ilgili görevleri kabul etmek zorundadırlar. Rapor hazırlanması için bilirkişilere üç aylık bir süre verilmektedir.

Ancak bilirkişiler gerekçelerini göstermek suretiyle mahkemelerden bu sürenin uzatılmasını talep edebilirler. Bilirkişiler rapor hazırlama sürecinde elde ettikleri bilgi ve belgeleri gerek kendi yararlarına gerekse başkalarının yararlarına kullanamazlar (77, 83).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı'nda 31.12.2018 tarihinden öncesine ait trafik kazası nedeni ile maluliyet raporu düzenlenmiş rastgele seçilen örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, %10 beklenen prevalansı Epi-Info Versiyon 7 programı ile hesaplanan 144 olgu retrospektif olarak arşiv kayıtlarından seçildi.

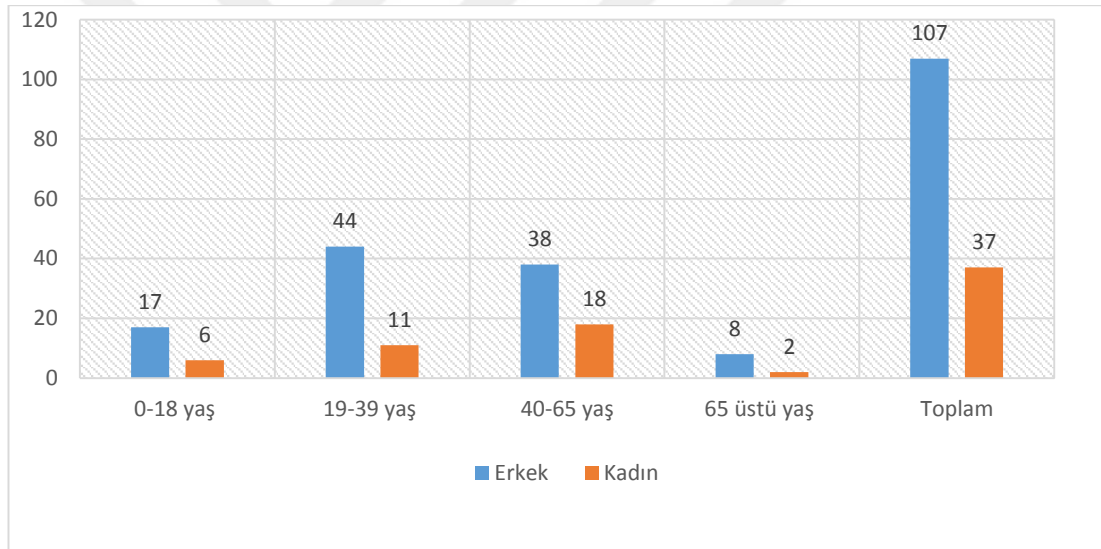
Trafik kazası nedeni ile maluliyet raporu düzenlenmiş ve çalışma kapsamında incelenmesi planlanan rastgele seçilen 144 olguya ait yaş, cinsiyet, olay tarihi, rapor tarihi, lezyonlara ait bilgiler, anatomik lokalizasyon, anatomik ve fonksiyonel kayıplar, rapor talep eden kurum ve kuruluşlar, rapor düzenlenmesi istenen yönetmelik gibi veriler ile ilgili diğer yönetmeliklere (Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik, Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik) göre karşılaştırmalı maluliyet oranları ve ilgili yönetmelikler arasındaki farklılıklar araştırıldı.

Veri toplama işleminin ardından veri girişi Excell 2010 for Microsoft programına kaydedildi. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 istatistik programı kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Olguların Demografik Verilere Göre İncelenmesi

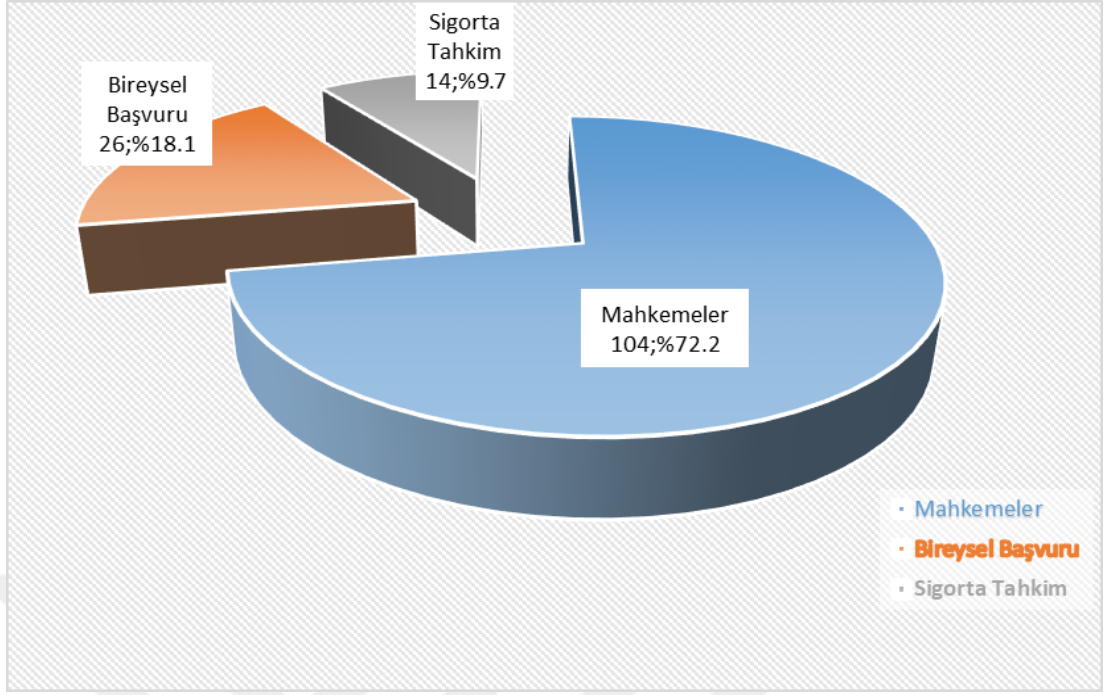
Adli Tıp Anabilim Dalının 31.12.2018 tarihinden önceki arşiv kayıtları incelenerek, trafik kazası nedeni ile maluliyet raporu düzenlenmiş ve çalışma kapsamında incelenmesi planlanan rastgele seçilen 144 olgu incelendi. Olguların 74.3%'ü (n = 107) erkek, 25.7%'si (n=37) kadın ve ortalama yaş 38.4 (sd: 17.3; min: 2 - maks: 78) olarak bulundu. Olguların %16'sı (n=23) 0-18, %38.2'si (n=55) 19-39, %38.9'u (n=56) 40-65 yaş grubunda ve %6.9'u (n=10) ise 65 üstü yaş grubunda olduğu bulundu (Şekil 1). Yaş grupları ile cinsiyet karşılaştırıldığında arasında anlamlı fark bulunmadı (Ki-kare: $p>0.05$).



Şekil 1. Olguların cinsiyet ile yaş dağılımı.

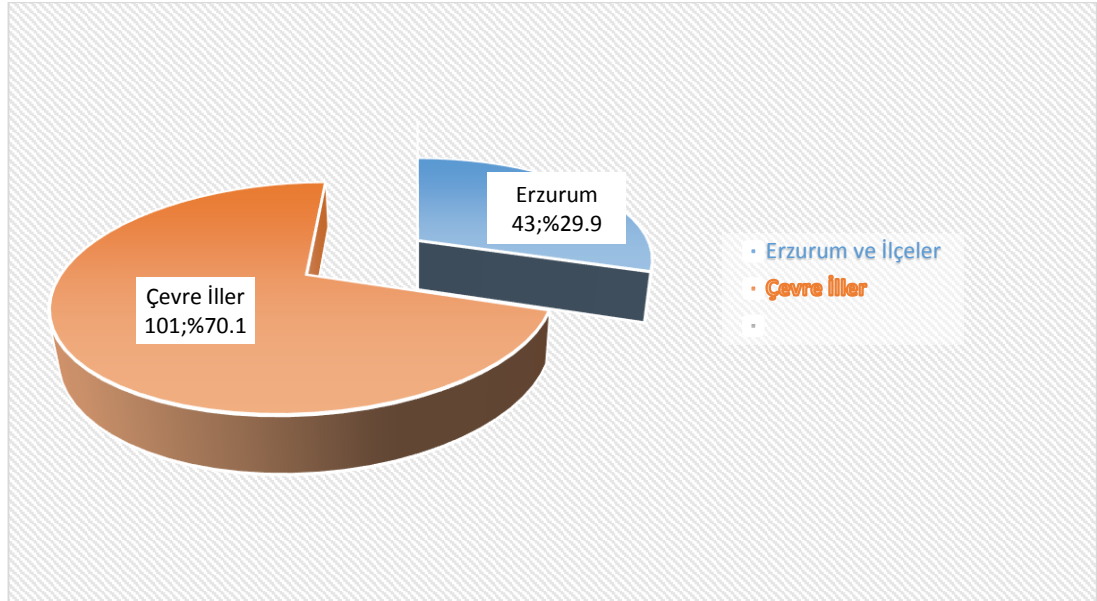
4.2. Olguların Olay Türüne, Rapor Talebine ve Coğrafi Dağılıma Göre İncelenmesi

Maluliyet raporu düzenlenen olguların %77.8'inde (n=112) araç içi, %22.2'sinde (n=32) araç dışı (yaya) yaralanma meydana geldiği belirlenmiş olup olay türü ile cinsiyet ve olay türü ile yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmadı (Ki-kare: $p>0.05$). Maluliyet raporu düzenlenmesi istenen olguların %72.2'sinin (n=104) hukuk mahkemeleri, %18.1'inin (n=26) bireysel, %9.7'sinin (n=14) ise sigorta tahkim komisyonu talebiyle başvurduğu bulundu (Şekil 2).



Şekil 2. Maluliyet raporu düzenlenen olguların başvuru şekline göre dağılımı.

Olguların %29.9'unun (n=43) Erzurum ve ilçelerinden, %70.1'inin (n=101) çevre illerden (Ağrı, Kars, Erzincan, Van, Bayburt, Ardahan, Bitlis, Muş gibi) müracaat ettiği saptandı (Şekil 3).

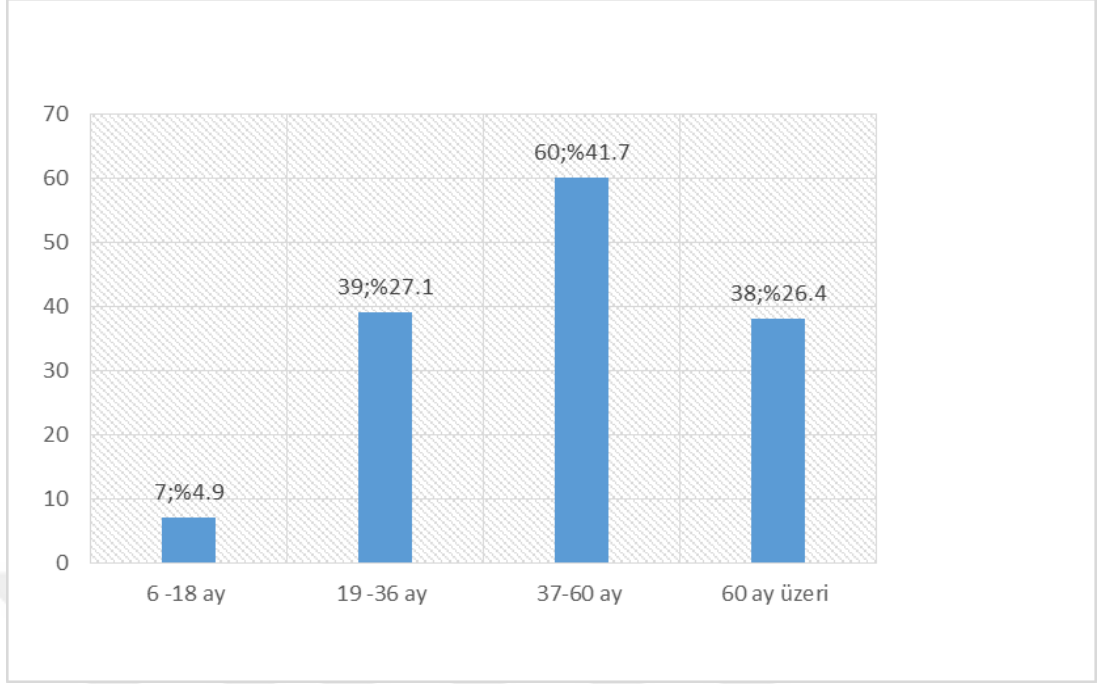


Şekil 3. Maluliyet raporu düzenlenen olguların geldiği yere göre dağılımı.

4.3. Olguların Hastanede Yatış, Operasyon ve Olay Sonrası Başvuru Süresine Göre İncelenmesi

Maluliyet raporlarının olguların yara iyileşme süreci ve takip/tedavilerinin sona ermiş olması dikkate alındığı ve olay sonrası ilk altı ayda maluliyet raporu düzenlenmediği görüldü. Olguların kaza tarihi ile Adli Tıp Anabilim Dalına müracaat ettikleri tarihler karşılaştırıldığında; kaza tarihi ile rapor başvuru tarihi arasındaki ortalama sürenin 44.8 ay (sd:29.8; min:6-maks:150) olduğu bulundu. Çalışma kapsamında incelenen olguların kaza sonrası tıbbi tedavi süreçleri incelendiğinde; %7.6'sının (n=11) ayaktan tedavi görerek aynı gün taburcu oldukları, %92.4'ünün (n=133) ortalama 17.2 gün (sd:30,9; min:1-maks:190) sonra yatarak tedavi gördüğü tespit edildi. Olguların %79.5'ine (n=113) cerrahi müdahale yapıldığı, cerrahi müdahale yapılan olguların %54.2'sinin (n=78) bir kez, %16.7'sinin (n=24) iki kez ve %7.6'sının (n=11) ise üç ve üzerinde farklı zaman dilimlerinde opere olduğu belirlendi. Olguların maluliyet değerlendirmeleri aylara göre incelendiğinde; %4.9'unun (n=7) 6-18, %27.1'inin (n=39) 19-36, %41.7'sinin (n=60) 37-60 ve %26.4'ünün (n=38) ise 60 ve üzeri aydan sonra yapıldığı tespit edildi (Şekil 4).

Opere olmayan olguların kaza sonrasında ortalama başvuru süresinin 43 ay olduğu, bir defa opere olan olguların ortalama başvuru süresinin 43.4 ay, iki defa opere olanların 48.1 ay, üç ve üzeri opere olanların ise başvuru süresinin ortalama 53 ay olduğu idi. Bir veya birden çok opere edilen toplamda 113 olgu incelendiğinde; sırasıyla %47.8 (n= 54) olguda alt ekstremitte kırıklarına, %30.9 (n= 35) olguda üst ekstremitte kırıklarına ve %14.1 (n=16) olguda ise vertebra kırıklarına yönelik operasyon yapıldığı tespit edildi. Tekrarlayan operasyonlara bakıldığında, iki defa opere olan olguların %50'sinde (n=18), üç ve üzeri opere olan olguların ise %58'inde (n=7) femur ve pelvis fraktürü tanıları ile operasyon yapıldığı saptandı.

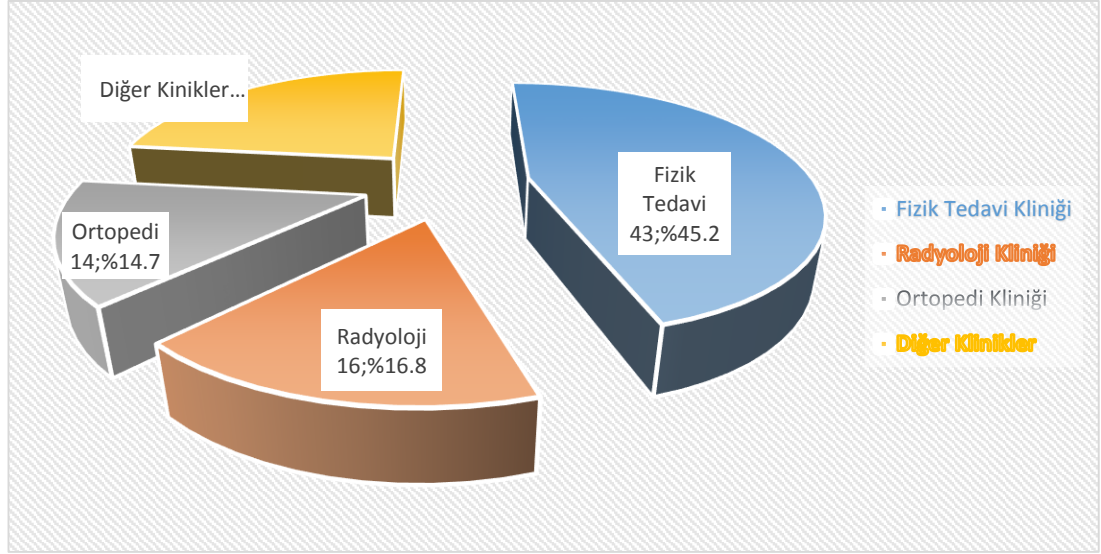


Şekil 4. Olguların olay sonrası rapor için başvuru sürelerinin dağılımı.

4.4. Olguların Adli-Tıbbi Değerlendirme Süreçleri

Olguların %98.6'sı (n=142) Adli Tıp Anabilim Dalında muayene edilmiş ve gerekli görülen uzmanlık alanlarından konsültasyon raporu alınarak rapor düzenlenmiştir. %1.4'üne (n=2) ise ilgili mahkemelere şahısların tıbbi durumları ve coğrafi şartlar gerekçe gösterilerek gönderilemeyeceği bildirildiğinden, buldukları yerde alınan son durumlarını gösteren tıbbi raporlarına göre maluliyet raporu düzenlendiği belirlendi.

Olguların %34'üne (n=49) konsültasyon gerekmeden rapor düzenlendiği, %50'si (n=72) tek kliniğe, %13.9'u (n=20) iki farklı kliniğe, %2.1'i (n=3) üç ve üzeri kliniğe konsülte edildiği saptandı. Konsültasyon istenen 95 olgu değerlendirildiğinde sırasıyla; %45.2 (n=43) olguda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğine, ikinci sırada %16.8 (n=16) Radyoloji Kliniğine, üçüncü sırada %14.7. (n=14) olguda Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğine ve %23.2 (n=22) olguda sırasıyla Beyin Cerrahisi, Nöroloji, Göz Hastalıkları, Psikiyatri, Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Çocuk Psikiyatri, Üroloji, Diş Hekimliği ve Çocuk Cerrahisi Kliniğine konsülte edildiği görüldü (Şekil 5).



Şekil 5. Olguların konsülte edildiği kliniklere göre dağılımı.

4.5. Olguların Sekel Durumlarına Göre İncelenmesi

Olgularda maluliyet oluşturan sekeller anatomik lokalizasyonlara göre incelendiğinde; olguların %3.5'i (n=5) ortak olarak ilgili hiçbir yönetmelikte sekel oluşturacak lokalizasyona sahip olmadığı, %75'i (n=108) izole tek sekel bölgesi olduğu, diğer sekeller ise kombine olarak iki veya daha fazla bölgede olduğu bulundu. Kombine ve izole ayrımı yapılmadan tüm sekeller içinde ilk sırada % 46 (n=68) olguya pelvis ve alt ekstremitte yaralanmasının olduğu bulundu. Maluliyet hesaplamalarının %45.8'inde (n=66) Baltazard formülü kullanıldığı saptandı (Tablo 6).

Tablo 5. Maluliyet oluşturan sekellerin anatomik bölgelere göre dağılımları.

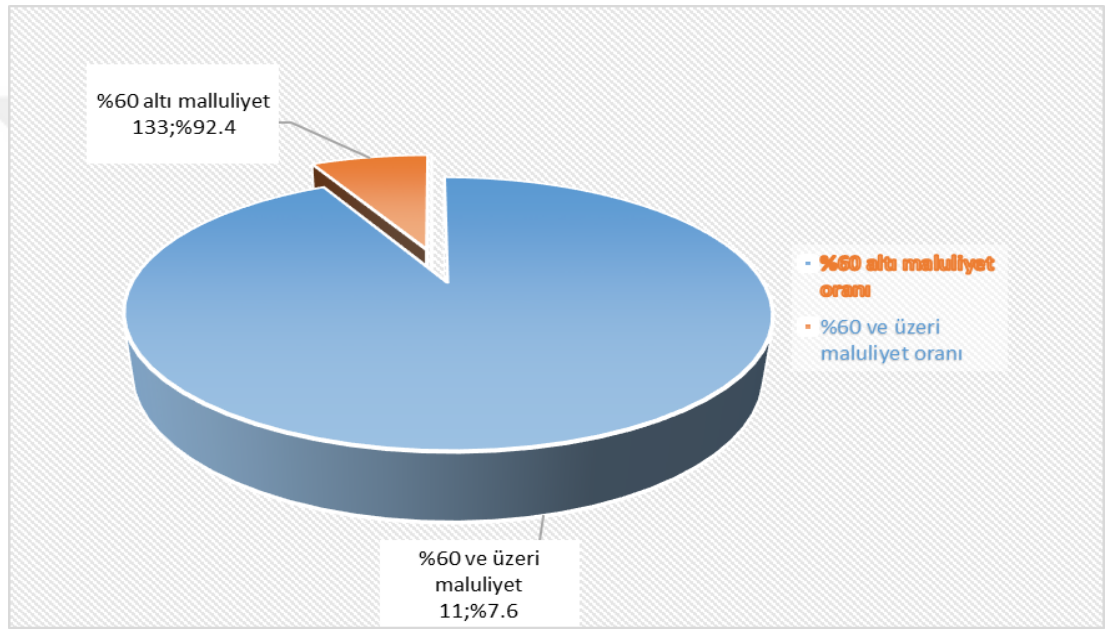
Anatomik Bölgeler	İzole* % (n)	Kombine** % (n)
Baş-Boyun	7.9 (11)	10.8 (15)
Yüz	2.9 (4)	10.1 (14)
Göğüs	1.4 (2)	2.2 (3)
Batın	2.9 (4)	4.3 (6)
Üst Ekstremitte	15.8 (22)	8.6 (12)
Alt Ekstremitte ve Pelvis	32.3 (49)	13.7 (19)
Vertebra	11.5 (16)	3.6 (5)

* : Tek anatomik lezyon bölgesi

** : Birden çok anatomik lezyon bölgesi

4.6. Olguların Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğine Göre İncelenmesi

Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği ile kişinin çalışma gücünün %60'ını kaybedip kaybetmediğine ilişkin tespitler yapılmakta olup olguların %92.4'ünün (n=133) maluliyet oranı %60'ın altında olduğu ve bu yönetmelikteki arıza listeleri kapsamında değerlendirilmediği saptandı. Geri kalan %7.6 (n=11) olguda ise maluliyet oranı %60 ve üzerinde olup bu yönetmelik kapsamında değerlendirildiği görüldü (Şekil 6).



Şekil 6. Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre olguların maluliyet oranları.

4.7. Olguların Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğe Göre İncelenmesi

Tüm olguların içinde 18 yaş altında olan 23 olgu, Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğe göre değerlendirildi. 23 olgunun içinde %52'inde (n=12) maluliyet oranı tespit edilmedi. Olguların %26'sında (n=6) Özel gereksinim vardır (ÖGV %20-39), %13'ünde (n=3) Özel hafif düzeyde ÖGV (%40-49), %4.5'inde (n=1) Belirgin özel gereksinimi vardır (BÖGV %80-89), %4.5'inde (n=1) Özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV %90-99) şeklinde saptandı. Orta düzeyde ÖGV, İleri düzeyde ÖGV ve Çok ileri düzeyde ÖGV kapsamında değerlendirilmediği belirlendi (Tablo 7).

Tablo 6. On sekiz yaş altı 23 olgunun Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğine göre *Çocuklar İçin Özel Gereksinim düzeyinin* Değerlendirilmesi.

Özel Gereksinim Kodu	Özel Gereksinim Düzeyi	Engel Oranı (%)	Maluliyet	
			Var % (n)	Yok % (n)
1	Özel gereksinim vardır (ÖGV)	20-39	26 (6)	74 (17)
2	Hafif düzeyde ÖGV	40-49	13 (3)	87 (20)
3	Orta düzeyde ÖGV	50-59	0	100 (23)
4	İleri düzeyde ÖGV	60-69	0	100 (23)
5	Çok ileri düzeyde ÖGV	70-79	0	100 (23)
6	Belirgin özel gereksinim vardır (BÖGV)	80-89	4.5 (1)	95.5 (22)
7	Özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV)	90-99	4.5 (1)	95.5 (22)

4.8. Olguların Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ne Göre İncelenmesi

Çalışma kapsamında tüm olguların Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ne göre maluliyet değerlendirmesi yapıldı. Değerlendirme kapsamında 144 olgudan %5.6 (n=8) olguda maluliyet oranı tespit edilmedi. Olguların %29.9'ünde (n=43) sekel lezyonlarının ilgili yönetmelikte tam karşılığı olmadığından dolayı kıyas/takdir kullanıldı. Ayrıca olguların hiç birinde herhangi bir meslek belgesi sunulmadığından hesaplamalarda tüm olgular meslek çeşidine göre düz işçi olarak değerlendirildi. Tüm olguların Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ne göre ortalama maluliyet oranı %21.3 olarak bulundu (Tablo 8).

4.9. Olguların Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği'ne Göre İncelenmesi

Çalışma kapsamında tüm (144) olgular Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği'ne göre maluliyet değerlendirmesi yapıldı. Değerlendirme kapsamında 144 olgudan %9'unda (n=13) olguda maluliyet oranı tespit edilmedi. Olguların %9.7'sinde (n=14) sekel lezyonlarının tam karşılığı olmadığından dolayı kıyas/takdir kullanıldı. Tüm olguların

Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği'ne göre ortalama maluliyet oranı %16.4 bulundu (Tablo 8).

4.10. Olguların Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğine Göre İncelenmesi

Çalışma kapsamında on sekiz yaş üstü 121 olgu Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliği'ne göre maluliyet değerlendirmesi yapıldı. Değerlendirme kapsamında 121 olgunun %9.1'inde (n=11) maluliyet oranı tespit edilmedi. Olguların %5.8'inde (n=7) sekel lezyonlarının ilgili yönetmelikte tam karşılığı olmadığından dolayı kıyas/takdir kullanıldı. 121 olgunun Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğine göre ortalama maluliyet oranı %16.2 bulundu (Tablo 8).

Tablo 7. Meslekte Kazanma Gücü Kaybı, Özürlülük Ölçütü ve Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliklerine göre maluliyet karşılaştırması.

Yönetmelikler	Olgu Sayısı	Maluliyet		Takdir/kıyas Yöntemi		Ortalama Maluliyet Oranı (%)
		Var % (n)	Yok % (n)	Var % (n)	Yok % (n)	
Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği	144	94.4 (136)	5.6 (8)	29.9 (43)	70.1 (101)	21.3
Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları	144	91.0 (131)	9.0 (13)	9.7 (14)	90.3 (130)	16.4
Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi	121	90.9 (110)	9.1 (11)	5.8 (7)	94.2 (114)	16.2

4.11. Olgulardan Elde Edilen Yaş, Cinsiyet, Olay Türü, Rapor Talep Eden Kurum, Olay Sonrası Başvuru Sürelerine Ait Verilerin Çalışma Kapsamındaki Tüm Yönetmeliklere Göre Karşılaştırılması;

Olguların yaş grupları, cinsiyet, olay türü, rapor talep eden kurum ve olay sonrası başvuru süresi ayrı ayrı incelenip Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik ve Çalışma Gücü ve Meslekte

Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ne göre ortalama maluliyet oranları ile karşılaştırıldı. Yaş grupları ile ilgili yönetmeliklerde tespit edilen maluliyet oranları arasında anlamlı fark saptanmadı (Anova testi: $p>0.05$). Cinsiyet değişkeni ile ilgili yönetmeliklerde tespit edilen maluliyet oranları arasında anlamlı fark saptanmadı (Independent Samples t testi: $p>0.05$). Olay türü ile ilgili yönetmeliklerde tespit edilen maluliyet oranları arasında anlamlı fark saptanmadı (Independent Samples t testi: $p>0.05$). Olay sonrasında rapor talep eden gruplar ile ilgili yönetmeliklerde tespit edilen maluliyet oranları arasında anlamlı fark saptanmadı (Anova testi: $p>0.05$). Olay sonrasında başvuru süresi grupları ile ilgili yönetmeliklerde tespit edilen maluliyet oranları arasında anlamlı fark saptanmadı (Anova testi: $p>0.05$). Tablo 9'da gösterildi.

Tablo 8. Meslekte Kazanma Gücü Kaybı, Özürlülük Ölçütü ve Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliklerine Göre Ortalama Maluliyet Oranları İle Gruplar Arasında Karşılaştırma.

	Gruplar	Ortalama Maluliyet Oranları %			p değeri
		Meslekte Kazanma	Özürlülük Ölçütü	Erişkinler Engellilik	
Yaş	0-18	19.4	16.3	-	$p>0.05$
	19-39	19.6	16.8	16.4	
	40-64	23.4	16.7	16.7	
	65 ve üstü	22.8	12.9	12.9	
Cinsiyet	Erkek	22.3	17.5	17.4	$p>0.05$
	Kadın	18.4	13.3	13.4	
Olay Türü	Araç içi	19.4	15.3	15.1	$p>0.05$
	Araç dışı	28.1	20.3	20.1	
Rapor Talep	Mahkeme	22.4	16.6	16.2	$p>0.05$
	Tahkim	16.9	14.8	14.7	
	Bireysel	19.6	16.4	16.9	
Olay Sonrası Başvuru Süresi	6ay-18 ay	18.4	15.1	12.4	$p>0.05$
	19ay-36 ay	22.1	17.6	20.2	
	37ay-60ay	22.9	15.6	13.6	
	60 ay üzeri	20.9	16.5	15.7	

Adli Tıp Anabilim Dalına başvuran olguların tıbbi evrakı tetkik edildiğinde %37.4 (n=52) olguda daha önceden Üniversite veya Devlet Hastanelerince Adli Tıp Uzmanı olmadan oluşturulan sağlık kurullarınca rapor düzenlendiği, ortalama özür/engel oranının %28.9 olduğu, kaza sonrası rapor talep için ortalama başvuru süresinin 15.4 ay olduğu ve olguların %38.5'inde (n=20) kazayla illiyeti olmayan tıbbi durumların rapora eklendiği bulundu (Tablo10).

Tablo 9. Diğer sağlık kuruluşları ile Adli Tıp Anabilin Dalınca ilgili yönetmeliklere göre maluliyet raporu düzenlenen 52 olgunun incelenmesi.

Daha Önceden Sağlık Kurullarınca Rapor Düzenlenen 52 Olgu		Sağlık Kurullarınca Düzenlenen Raporlar	Adli Tıp Anabilim Dalınca Düzenlenen Raporlar
Olay sonrası ortalama başvuru süresi (ay)		15.4	50.9
Ortalama maluliyet oranı		%28.9	%19.5
Olay sonrası başvuru süresi (ay)% (n)	0-6	23.1 (12)	0
	6-12	28.8 (15)	3.8 (2)
	12-18	15.4 (8)	15.4 (8)
	18-36	23.1 (12)	23.1 (12)
	36 ay ve üzeri	9.6 (5)	57.7 (30)
Kazayla illiyeti olmayan tıbbi durumların rapora eklenmesi*	Var	38.5 (20)	0
	Yok	61.5 (32)	100 (100)

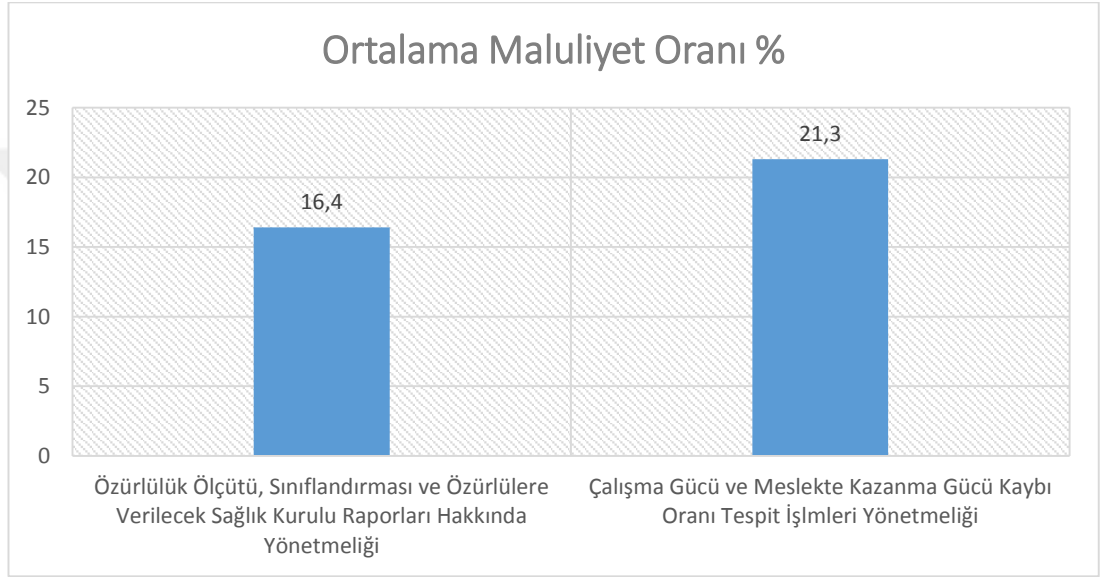
Tablo 10. Kazayla illiyet bağı olmayan ve 20 olguda sağlık kurulu raporlarına eklenen hastalıkların dağılımı.

Arıza/Hastalık Listeleri	Arıza/Hastalık İsmi	Hastalık/Arıza Sayısı
Kulak Burun Boğaz	İşitme Kaybı	3
Zihinsel, Ruhsal, Davranışsal Bozukluklar	Mental Retardasyon	1
	Kişilik Bozukluğu	1
Deri	Konjenital Nevus	1
Kardiyovasküler Sistem	Hipertansiyon	3
Görme Sistemi	Görme Kaybı	3
Sindirim Sistemi	Abdominal Herni	1
Ürogenital Sistem	Aşırı Aktif Mesane	1
	Hipotroidi	1
Endokrin Sistem	Obezite	1
	Diabet	1
Göğüs ve Göğüs Cerrahisi	Solunum Fksiyon Bozuklukları	2
Sinir Sistemi	Epilepsi	1
	Nörojenik Ağrılar	1
Kas İskelet Sistemi	Amputasyon	1
	Yürüyüş Bozukluğu	1
	Total Menisektomi	1
	Varus	1
	Serabral Palsi	1
	Periferik Vasküler Hastalık	1
	Üst Ekstremitte Bozukluğu	1

Not: Bazı olgularda birden çok hastalık birlikte raporlarda yer almaktadır.

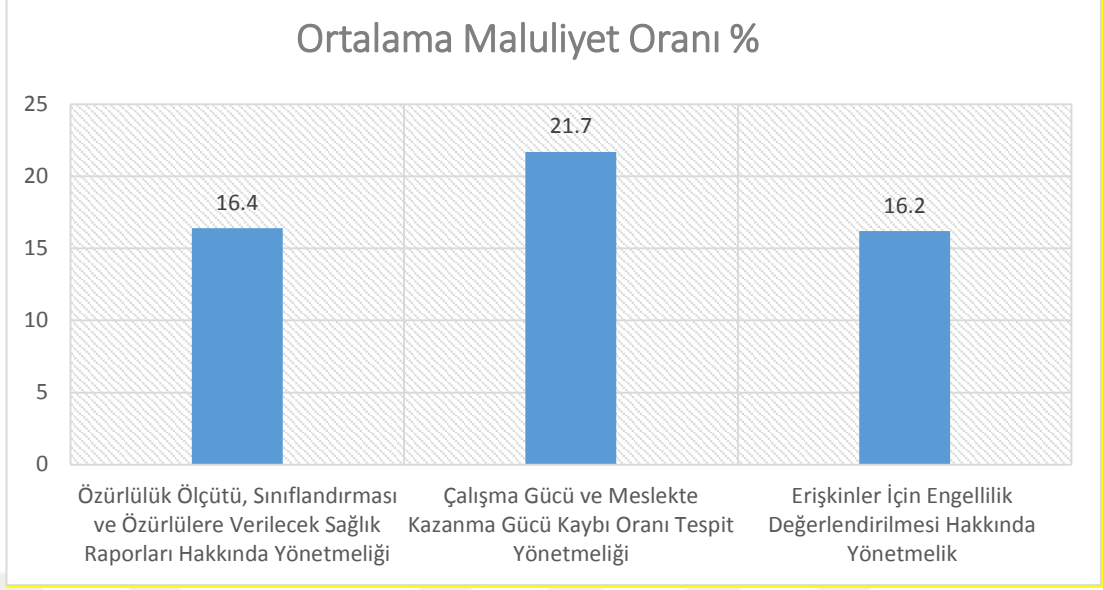
4.12. Çalışma Kapsamında Hesaplanan Ortalama Maluliyet Oranlarının İlgili Yönetmeliklere Göre Grafiklerle Karşılaştırılması;

Olguların Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ve Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği'ne göre ortalama maluliyet oranları hesaplandı (Şekil 7).



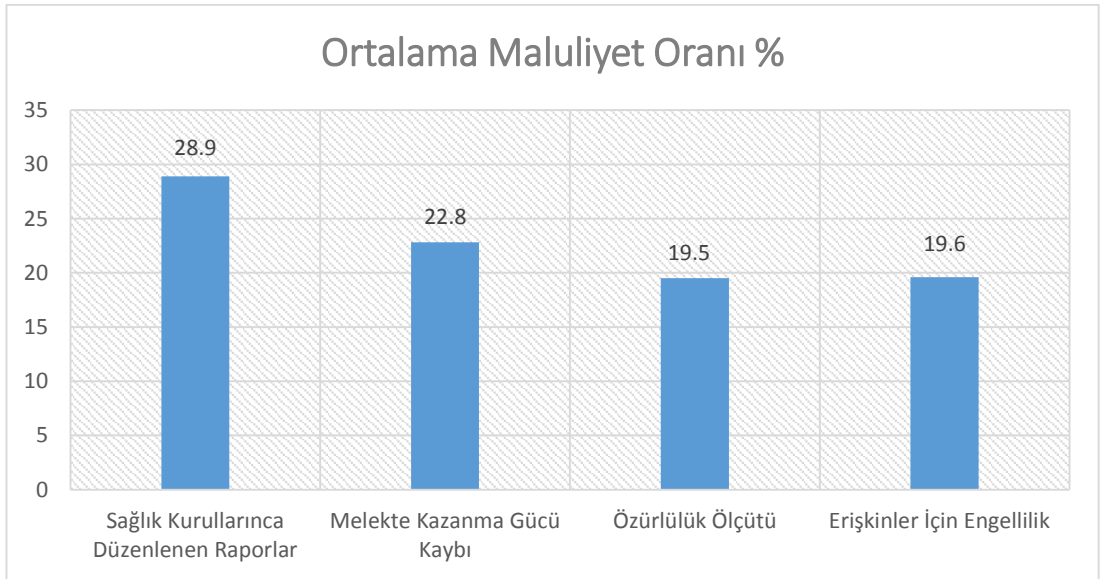
Şekil 7. Olguların maluliyet oranlarının Özürlülük Ölçütü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliklere göre karşılaştırılması.

Olguların 121 tanesi Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği ve Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik kapsamında değerlendirildi (Şekil 8).



Şekil 8. Özürlülük Ölçütü, Meslekte Kazanma Gücü Kaybı ve Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliklere göre maluliyet oranı düzenlenen 121 olgunun karşılaştırılması.

Adli Tıp Anabilim Dalına başvuran olguların tıbbi evrakı tetkik edildiğinde %37.4 (n=52) olguda daha önceden üniversite veya devlet hastanelerince adli tıp uzmanı olmadan oluşturulan sağlık kurullarınca rapor düzenlendiği ve ortalama özür-engel oranı %28.9 olarak bulundu. Bu olguların yeniden maluliyet hesaplamaları yapılmış ve çalışma kapsamındaki yönetmelikler kullanılan maluliyet oranları ile karşılaştırmalar yapıldı (Şekil 9).



Şekil 9. Diğer sağlık kuruluşları ile Adli Tıp Anabilim Dalınca ilgili yönetmeliklere göre maluliyet raporu düzenlenen 52 olgunun ortalama maluliyet oranlarının karşılaştırılması.

Tablo 11. Tüm olguların ilgili yönetmeliklere göre maluliyet oranlarının dağılımı.

Yönetmelikler ve Maluliyet Oranları (% değeri)									
Olgular	Cinsiyet	Yaş	Olay Türü	Meslekte Kazanma Gücü Kaybı	Özürlülük Ölçütü	Maluliyet Yönetmeliği	Erişkinler İçin Engellilik	Çocuklar İçin Özel Gereksinim	Sağlık Kuruluşlarında Önceden Düzenlenen Raporlar
1	Erkek	51	AİTK	6	0	*	0	***	****
2	Erkek	63	AİTK	15	10	*	10	***	****
3	Erkek	22	AİTK	7.2	12	*	12	***	20
4	Erkek	78	ADTK	47	18	*	18	***	****
5	Erkek	13	AİTK	3	3	*	**	0	3
6	Erkek	20	AİTK	19	5	*	5	***	****
7	Erkek	70	ADTK	25	13	*	13	***	****
8	Erkek	59	AİTK	14.6	14	*	14	***	****
9	Erkek	42	AİTK	14.1	8	*	8	***	****
10	Erkek	63	AİTK	0	18	*	18	***	****
11	Kadın	48	AİTK	5	15	*	15	***	****
12	Erkek	24	AİTK	3.3	3	*	3	***	5
13	Kadın	19	AİTK	13	10	*	10	***	15
14	Kadın	36	AİTK	25.2	7	*	7	***	****
15	Erkek	28	ADTK	52	20	*	20	***	****
16	Erkek	33	AİTK	18.2	19	*	19	***	22
17	Erkek	39	AİTK	21.7	13	*	13	***	****
18	Erkek	41	AİTK	14	8	*	8	***	14
19	Erkek	47	AİTK	26	18	*	18	***	****
20	Erkek	23	ADTK	52.7	40	*	25	***	35
21	Erkek	48	AİTK	15.2	14	*	14	***	****
22	Erkek	56	AİTK	13.3	0	*	0	***	****
23	Erkek	47	ADTK	21	10	*	10	***	****
24	Erkek	74	AİTK	0	8	*	8	***	12
25	Erkek	44	AİTK	12	7	*	7	***	****
26	Erkek	69	AİTK	19	8	*	8	***	8
27	Kadın	58	AİTK	49	30	*	30	***	49
28	Erkek	52	ADTK	7.3	4	*	4	***	****
29	Erkek	58	ADTK	7.2	0	*	0	***	****
30	Erkek	21	AİTK	10.3	25	*	25	***	48
31	Kadın	29	AİTK	3.2	0	*	0	***	****
32	Erkek	39	AİTK	5	3	*	3	***	****

Tablo 11. (Devamı)

Olgular	Cinsiyet	Yaş	Olay Türü	Meslekte Kazanma Gücü Kaybı	Özürlülük Ölçütü	Maluliyet Yönetmeliği	Erişkinler için Engellilik	Çocuklar İçin Özel Gereksinim	Sağlık Kuruluşlarına Önceden Düzenlenen Raporlar
33	Kadın	13	ADTK	17.4	15	*	**	Hafif ÖGV (40-49)	10
34	Kadın	38	AİTK	11.8	7	*	7	***	****
35	Kadın	43	AİTK	22	33	*	33	***	22
36	Erkek	41	AİTK	14.1	18	*	18	***	****
37	Erkek	36	ADTK	18	4	*	4	***	28
38	Kadın	2	AİTK	5	5	*	**	0	****
39	Kadın	56	AİTK	31.2	23	*	23	***	****
40	Erkek	30	AİTK	0	10	*	10	***	25
41	Erkek	22	AİTK	21	14	*	14	***	****
42	Erkek	13	AİTK	41.2	24	*	**	Hafif ÖGV (40-49)	50
43	Erkek	53	ADTK	3.3	0	*	0	***	****
44	Erkek	58	AİTK	36	22	*	22	***	****
45	Erkek	67	AİTK	25	25	*	25	***	****
46	Erkek	49	AİTK	13.3	10	*	10	***	****
47	Erkek	3	AİTK	10.6	8	*	**	ÖGV (20-39)	10
48	Kadın	58	AİTK	22.5	10	*	10	***	15
49	Kadın	27	AİTK	8.1	7	*	7	***	****
50	Erkek	53	ADTK	23.9	27	*	27	***	****
51	Kadın	68	AİTK	29.4	7	*	7	***	****
52	Erkek	43	AİTK	2.2	0	*	0	***	****
53	Erkek	40	AİTK	24	30	*	30	***	55
54	Kadın	78	AİTK	19	8	*	8	***	****
55	Erkek	26	AİTK	11.3	5	*	5	***	****
56	Erkek	54	AİTK	100	90	%60.0	90	***	82
57	Erkek	27	ADTK	9	10	*	10	***	10
58	Erkek	10	ADTK	100	67	%60.0	**	ÖKGV (90-99)	****
59	Erkek	42	AİTK	38.5	45	*	45	***	****
60	Erkek	14	AİTK	14.3	27	*	**	ÖGV (20-39)	****
61	Erkek	12	ADTK	6.3	4	*	**	0	15

Tablo 11. (Devamı)

Olgular	Cinsiyet	Yaş	Olay Türü	Meslekte Kazanma Gücü Kaybı	Özürölük Ölçütü	Maluliyet Yönetmeliğı	Erişkinler için Engellilik	Çocuklar için Özel Gereksinim	Sağlık Kuruluşlarınca Hazırlanan Raporlardan
62	Erkek	67	AİTK	8.8	10	*	10	***	****
63	Erkek	18	AİTK	5.1	5	*	**	0	****
64	Erkek	37	AİTK	100	92	%60.0	90	***	95
65	Erkek	33	ADTK	18	10	*	10	***	****
66	Kadın	53	AİTK	5	5	*	5	***	10
67	Erkek	36	AİTK	23	26	*	26	***	38
68	Erkek	66	ADTK	11.8	7	*	7	***	****
69	Kadın	52	AİTK	0	8	*	8	***	15
70	Erkek	34	AİTK	15	8	*	8	***	8
71	Erkek	32	AİTK	17.3	15	*	15	***	****
72	Erkek	50	AİTK	10.2	5	*	5	***	****
73	Erkek	36	ADTK	6.3	8	*	8	***	24
74	Erkek	36	ADTK	5	11	*	11	***	****
75	Erkek	62	AİTK	6.3	7	*	7	***	8
76	Erkek	23	ADTK	22.1	16	*	16	***	35
77	Erkek	49	AİTK	69	40	%60.0	40	***	****
78	Erkek	27	AİTK	50.8	31	*	31	***	****
79	Erkek	19	AİTK	12.1	8	*	8	***	15
80	Kadın	11	AİTK	0	2	*	**	0	4
81	Erkek	37	AİTK	100	100	%60.0	100	***	****
82	Erkek	43	AİTK	46	35	*	35	***	46
83	Erkek	71	AİTK	43	25	*	25	***	****
84	Kadın	31	ADTK	4.2	4	*	4	***	****
85	Erkek	18	AİTK	3.3	5	*	**	0	5
86	Erkek	21	AİTK	10.3	40	*	25	***	****
87	Erkek	36	AİTK	8.3	8	*	8	***	****
88	Erkek	17	ADTK	3.3	2	*	**	0	****
89	Erkek	46	AİTK	33.7	10	*	10	***	****
90	Erkek	28	ADTK	2.2	10	*	10	***	****
91	Kadın	26	AİTK	26	14	*	14	***	8
92	Kadın	60	AİTK	21.6	11	*	11	***	****
93	Erkek	50	AİTK	55.2	45	%60.0	45	***	****
94	Kadın	53	AİTK	16.2	3	*	3	***	****

Tablo 11. (Devamı)

Olgular	Cinsiyet	Yaş	Olay Türü	Meslekte Kazanma Gücü Kaybı	Özürlülük Ölçütü	Maluliyet Yönetmeliği	Erişkinler İçin Engellilik	Çocuklar İçin Özel Gereksinim	Sağlık Kuruluşlarınca Önceden Düzenlenen Raporlar
95	Erkek	38	ADTK	6	4	*	4	***	****
96	Erkek	60	AİTK	28	12	*	12	***	****
97	Erkek	36	AİTK	45	37	%60.0	46	***	****
98	Erkek	21	ADTK	12.1	0	*	0	***	****
99	Erkek	26	AİTK	44.2	15	%60.0	15	***	60
100	Erkek	39	ADTK	100	82	%60.0	82	***	****
101	Erkek	26	AİTK	2.2	7	*	7	***	****
102	Erkek	28	AİTK	4.1	0	*	0	***	****
103	Erkek	32	AİTK	8.1	2	*	2	***	****
104	Erkek	18	AİTK	0	10	*	**	ÖGV (20-39)	****
105	Erkek	17	ADTK	10	0	*	**	0	5
106	Kadın	53	AİTK	12	4	*	4	***	34
107	Erkek	54	AİTK	26.5	10	*	10	***	31
108	Kadın	13	AİTK	6	8	*	**	ÖGV (20-39)	20
109	Kadın	36	AİTK	52	43	*	43	***	****
110	Erkek	47	AİTK	4.1	0	*	0	***	****
111	Erkek	34	AİTK	18	15	*	15	***	****
112	Kadın	13	ADTK	39	41	*	**	Hafif ÖGV (40-49)	64
113	Kadın	47	AİTK	37	10	*	10	***	****
114	Erkek	23	AİTK	14.7	22	*	22	***	****
115	Erkek	33	AİTK	10.4	9	*	9	***	****
116	Kadın	58	AİTK	22.2	10	*	10	***	****
117	Kadın	46	AİTK	11	0	*	0	***	****
118	Kadın	45	ADTK	80	78	%60.0	73	***	75
119	Erkek	32	AİTK	2.3	8	*	8	***	12
120	Erkek	58	AİTK	17.2	15	*	15	***	****
121	Kadın	38	AİTK	0	17	*	17	***	****
122	Kadın	50	AİTK	16	18	*	18	***	****
123	Erkek	50	AİTK	42	15	*	15	***	****
124	Erkek	44	AİTK	15	8	*	8	***	35
125	Erkek	29	AİTK	4.2	13	*	13	***	****

Tablo 11. (Devamı)

Olgular	Cinsiyet	Yaş	Olay Türü	Meslekte Kazanma Gücü Kaybı	Özürlülük Ölçütü	Maluliyet Yönetmeliği	Erişkinler İçin Engellilik	Çocuklar İçin Özel Gereksinim	Sağlık Kuruluşlarınca Önceden Düzenlenen Raporlar
126	Erkek	56	AİTK	16.2	8	*	8	***	****
127	Erkek	14	AİTK	4.2	6	*	**	0	****
128	Erkek	37	AİTK	0	10	*	10	***	40
129	Kadın	51	AİTK	2	0	*	0	***	****
130	Kadın	33	AİTK	22.2	3	*	3	***	****
131	Erkek	11	AİTK	6.4	6	*	**	0	****
132	Erkek	31	AİTK	49.6	60	*	60	***	56
133	Kadın	54	AİTK	23	10	*	10	***	19
134	Kadın	22	AİTK	5	5	*	5	***	10
135	Erkek	10	AİTK	3.3	3	*	**	0	25
136	Erkek	37	AİTK	16.8	6	*	6	***	30
137	Erkek	9	ADTK	100	99	%60.0	**	BÖGV (90-99)	96
138	Erkek	61	AİTK	14.1	4	*	4	***	****
139	Erkek	44	ADTK	26.1	12	*	12	***	****
140	Erkek	50	AİTK	29	13	*	13	***	30
141	Erkek	17	ADTK	25.4	11	*	**	ÖGV (20-39)	****
142	Kadın	44	AİTK	16	23	*	23	***	****
143	Erkek	16	ADTK	39	23	*	**	ÖGV (20-39)	****
144	Kadın	13	AİTK	3.3	0	*	**	0	****

AİTK: Araç içi trafik kazası**ADTK:** Araç dışı trafik kazası**Meslekte Kazanma Gücü Kaybı:** Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği,**Özürlülük Ölçütü:** Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği**Maluliyet Yönetmeliği:** Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği**Erişkin için Engellilik:** Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik**Çocuklar İçin Özel Gereksinim:** Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğe**ÖGV:** Özel gereksinim var**BÖGV:** Belirgin özel gereksinim

5. TARTIŞMA

Trafik kazalarına bağlı her geçen gün artan oranda yaralanmalar yüksek mortalite ve morbidite yükü yüksek ekonomik maliyetler ve sosyal problemler nedeni ile tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Trafik kazaları sosyal, ekonomik, hukuki boyutlarının yanında tıbbi boyutuyla da gündemde olan, bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eden ve doğal kaynaklı olmayan ölümler arasında dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilk sıradaki yerini almaktadır (37, 38).

Trafik kazalarına bağlı maluliyet değerlendirilmesi yapılan olguları incelediğimiz çalışmamızda; maluliyet hesaplaması için başvuran olguların büyük bir kısmının (%74.3) erkek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da; %69.9 - 78.2 arasında değişen oranda erkek olguların daha fazla olduğu bildirilmiştir (9, 11, 31, 84-86). Çalışmamızda da diğer literatür çalışmaları ile uyumlu olarak, erkeklerin maluliyet tespiti için daha çok sayıda başvurduğu belirlenmiştir. TÜİK verilere göre Türkiye nüfusunun %50.2'sini erkekler, yüzde %49.8'ini ise kadınlar oluşturmakta olup erkeklerin istihdam oranı kadınların iki katından fazladır (87). alışan hane halkı olarak erkek nüfus oranının fazla olması, erkeklerin aktif hayata daha çok katılması, trafikte gerek araç kullanan gerekse yolcu olarak kadınlara nazaran daha fazla yer alması, erkek sürücü sayısının ve ticari araçla sürücülük yapan bireylerin genellikle erkek olması en önemli neden olarak görülebilir. Bunlara ek olarak erkek bireylerin kadınlara göre daha hızlı araç kullanmaları da başka bir sebep olarak gösterilebilir (87, 88).

Maluliyet tespiti için başvuran olguların yaş grubuna bağlı dağılımları incelendiğinde; olguların büyük bir kısmının (%38.9'unun) 40-65 yaş grubunda olduğu, en az grubun ise (%6.9'unun) 65 yaş üstünde olduğu belirlendi. Ülkemizde yapılan benzer çalışmaların bazılarında 20-39 yaş grubunda başvuru daha sık olurken, bazı çalışmalarda da 30-39 yaş gurubunda başvuru sıklığının fazla olduğu bildirilmiştir (9, 11, 31, 84, 85). Çalışmamızda da benzer şekilde literatür ile uyumlu olarak nc ve dördüncü dekatta trafik kazalarına bağlı yaralanmaların fazla olduğu görülmektedir. Bu durum TÜİK 2018 verilerinde de gösterildiği gibi Türkiye nüfusunun yaklaşık

olarak %35-40 oranının 20-40 yaş gurubunda olması, bu yaş grubunun aktif olarak sosyal hayatta ve trafikte daha fazla yer alması ve trafik kazalarına daha fazla maruz kalması ile açıklanabilir (87).

Olguların %77.8'i araç içi, %22.2'si araç dışı (yaya olarak) trafik kazasına bağlı yaralanmış ve maluliyet hesaplanmaları için başvurmuştur. Şenol ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmada olguların %24.6'sının araç dışı trafik kazası sonucu maluliyet tespiti için başvurduğu bildirilmiştir (86). Ozgan tarafından 783 trafik kazasına bağlı yapılan bir çalışmada; kazaların %9.2'sinin yayaya çarpma ve %8.2'sinin araçtan düşme şeklinde olduğu, %82.6 oranında ise araç içi trafik kazası olduğu bildirilmiştir (89). Özürlü sağlık kurulunda değerlendirilen trafik kazası olguların incelendiği bir ise çalışmada olguların %13.6'sının araç dışı trafik kazası sonrası özürlü sağlık kuruluna başvurduğu bildirilmiştir (90). Çalışmamızda da benzer şekilde literatür ile uyumlu olarak trafikte yaralanma olgularının araç içindeki bireylerde daha çok olduğu belirlenmiştir. Ayrıca günümüzde ulaşım amacıyla karayollarının kullanımının yaygınlaşması ve araç sayısının her geçen gün artması, hızla çoğalan araç sayısının yanında bilinçsiz sürücülerin çoğalması, sürücü kaynaklı hataların trafik kazası gelişimine neden olmasından da kaynaklandığını düşünmekteyiz (91).

Çalışmamızda başvurular incelendiğinde, olguların %72.2'sinin hukuk mahkemeleri tarafından Anabilim Dalımıza gönderildiği, olguların %18.1'inin bireysel olarak başvuru ve olguların %9.7'sinin sigorta tahkim komisyonu talepleri ile maluliyet raporu düzenlenmesi için başvuruda bulunduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer çalışmalara bakıldığında; Gürbüz'ün çalışmasında olgularının %94.5'i Asliye Hukuk Mahkemeleri (AHM) ile Asliye Ticaret Mahkemelerinin (ATM) tarafından rapor istendiği, Hilal ve arkadaşlarının çalışmasında %95.9 oranında Asliye Hukuk, Asliye Ticaret ve Asliye Hukuk ve İş Mahkemelerinden rapor istendiği, Kadı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %13.5 oranında hukuk mahkemelerinden ve %86.5 oranında özel başvuru ile rapor talep edildiği bildirilmiştir (9, 31, 84). Mevcut farklılıklar incelendiğinde; Adli tıp anabilim dallarına genellikle mahkeme kanalıyla müracaatlar olmakta ise de, mahkemelerin iş yoğunluğu ve yargılama sürecindeki uzamalara bağlı olan hak kayıpları göz önünde bulundurulduğunda mağdurları takip eden avukat veya sigorta danışmanlık hizmetleri veren kurumların adli tıp anabilim

dallarına bireysel olarak başvurarak Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK)-293 maddeleri kapsamında uzman mütalaası alıp tarafların mahkeme aşamasına gelmeden hakem heyetlerince ve komisyonlarca uzlaştıkları görülmektedir. Bu durum son yıllarda rapor için bireysel başvuru taleplerinde artmaya neden olmaktadır. Bu nedenle bireysel başvurularının daha da artacağını öngörmekteyiz.

Çalışmamızda olguların %29.9'u Erzurum ve ilçelerinden, %70.1'i ise çevre illerden (Ağrı, Kars, Erzincan, Van, Bayburt, Ardahan, Bitlis, Muş, Van, Iğdır, Artvin) maluliyet raporu düzenlenmesi için başvurmuştur. Olguların büyük bir kısmının (%92.4'ünün) hastanede yatarak tedavi gördüğü, bunların ortalama yatış süresi 17.2 gün olduğu, %78.5'inin ise opere olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Gürbüz V'nin çalışmasında olguların %67.8'inin olay nedeniyle ameliyat olduğu bildirilmiştir (31). Çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde maluliyet raporu talep eden trafik kazası geçiren olgularda operasyon sayısının fazla olduğu belirlenmiştir.

Olguların geçirdikleri trafik kazalarının meydana geliş tarihleri ile Adli Tıp Anabilim Dalına maluliyet raporu düzenlenmesi için rapor başvuru tarihleri arasındaki sürenin ortalama 44.8 ay olduğu, olguların en sık %41.7'si 37-60 ay arasında maluliyet raporu düzenlenmesi için Adli Tıp Anabilim Dalına başvurduğu belirlenmiştir. Opere olmayan olguların kaza sonrasında ortalama başvuru süresinin 43 ay olduğu, opere olan olguların ise operasyon sayısının artması ile doğru orantılı olarak başvuru sürelerinin ortalama 53 aya kadar uzadığı belirlenmiştir. Yapılan operasyonların sırasıyla pelvis ve alt ekstremitte, üst ekstremitte ve vertebra kırıklarına yönelik olup, operasyonların yaklaşık %50'sinin alt ekstremitte kırıklarına yönelik yapıldığı belirlenmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalarda ise %29.5 - 62.2 arasında değişen oranlarda özellikle ilk iki yılda rapor başvuru talebinde bulunulduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda ise olguların olay sonrası rapor talebi için başvuru süreleri benzer literatür çalışmalarıyla uyumlu olmadığı ve olgularımızın büyük bir oranda olay sonrası üç ile beş yıl arasında Adli Tıp Anabilim Dalına başvurduğu belirlenmiştir. Maluliyet değerlendirmesinde yara iyileşme sürecinin tamamlanması esas olduğundan, olguların %78.5 gibi büyük bir oranının bir veya birçok kez opere olması ve buna bağlı olarak yara iyileşme sürecinin uzaması rapor hazırlama sürecindeki uzamanın en önemli nedeni olmaktadır. Olguların yargılama sürecindeki uzamalar,

düzenlenen raporlara itirazlar ve ilgili yönetmeliklere göre yeniden rapor düzenlenme talepleri, eksik tıbbi belgelerin olması ya da olguların muayeneye gönderilmemesi nedeniyle eksikliklerin giderilmesi için yapılan yazışmalar, olguların büyük bir bölümünün şehir dışından başvurmaları maluliyet rapor sürecin uzamasına neden olan diğer nedenler olarak sıralanabilir.

Adli tıbbi değerlendirmelerin bir kısmı dosya üzerinden yapılmakla birlikte, maluliyet raporlarında, maluliyet raporu düzenlenmesi gereken kişinin son tıbbi durumunun bizzat muayene edilerek belirlenmesi gerekmektedir. Çalışma kapsamında incelenen olguların tamamına yakınının yara iyileşme süreci sonrasında son tıbbi durumları değerlendirilerek rapor düzenlendiği görülmüştür.

Olguların %64'ünde travmatik lezyonu ile ilgili olan kliniklerden konsültasyon istenmiştir. Konsültasyon istenen olgular değerlendirildiğinde ilk sırada olguların %45.2'sinin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine, ikinci sırada olguların %16.8'inin radyoloji kliniğine ve üçüncü sırada olguların %14.7'sinin ortopedi ve travmatoloji kliniğine konsülte edilmiştir. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmada da %89 oranında konsültasyon istendiği ve olguların en sık ortopedi kliniğine konsülte edildiği belirtilmiştir (85). Adli Tıp Anabilim Dalımızda daha önceden adli tıbbi değerlendirmelerde konsülte edilen olguların incelendiği çalışmada maluliyet tespiti için değerlendirilen olguların %62.9'unun konsülte edildiği açıklanmıştır (85, 92). Konsültasyon tıp metodolojisinin en önemli argümanlarından biridir. Adli rapor düzenleme aşamasında sıklıkla başvurulmaktadır. Maluliyet raporlarında, literatür çalışmalarında ve çalışmamızda da olduğu gibi trafik kazalarına bağlı olarak sıklıkla ekstremiteler yaralanmaları ortaya çıktığından en sık fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji kliniklerinden konsültasyon istendiği görülmektedir.

Çalışmamızda olguların travmatik lezyonları anatomik lokalizasyonlarına göre incelendiğinde; ilk sırada %46 oranında pelvis ve alt ekstremiteler yaralanmasının olduğu belirlenmiştir. Bu konuda literatürde yapılan benzer çalışmalarda sıklıkla %30.2 - 56.3 oranlarında değişen pelvis ve alt ekstremiteler yaralanmaları olduğu bildirilmiştir (9, 11, 31, 84). Çalışmamızda maluliyet oluşturan sekellerin anatomik lokalizasyonlarını literatür ile uyumlu olarak bulunmuştur.

Bu çalışmanın öncelikli amaçlarından biri, maluliyet değerlendirilmesinde kullanılan yönetmeliklerin karşılaştırılmasıdır. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği çalışma gücünün en az %60'ını kaybedip kaybetmediğinin tespiti için kullanılmaktadır. Bu yönetmelik kapsamında iş kazası veya meslek hastalığına bağlı olarak meslekte kazanma gücünde %60 ve üzerinde kayıp olduğu sağlık kurulunca belirlenen sigortalı malul sayılmaktadır. Bu yönetmelik kapsamında birden çok sekel veya hastalık varsa çalışma gücündeki kaybın %60 oranında olup olmadığı tespiti için en ağır sekel belirlenir ve Balthazard Formülü uygulanmaz. Çalışmamızda Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliğine göre değerlendirilmesi yapılan olgular incelendiğinde; olguların %92.4'ünde maluliyet oranı %60'ın altında olduğu ve bu yönetmelikteki arıza listeleri kapsamında değerlendirilmediği, olguların sadece %7.6'sının bu yönetmelik kapsamında değerlendirilebilecek lezyonları olduğu belirlenmiştir. Yani bu yönetmeliği olgularımızın sadece %7.6 gibi düşük bir oranı için kullanmakta olup, sadece %60 oranının üzerinde olup olmadığını tespit etmekteyiz. Ancak trafik kazalarına bağlı maluliyet oranlarının tespitinde hak kayıplarını minimize etmek için şahsın her bir sekel halini almış lezyonu ayrı ayrı değerlendirilip, birden çok lezyon mevcutsa Balthazard formülü uygulanarak maluliyet oranı %0 ile %100 arasında tam olarak tespit edilip buna göre aktüerya hesaplamaları yapılmaktadır. Böylece bu yönetmelik kişinin malul olup olmadığına yönelik olarak sıklıkla belli kurumlar için özellikle iş kazası ve meslek hastalıkları için kullanılmakta olup, trafik kazalarına bağlı genel beden özürü/engeli ve maluliyet oranı tespiti açısından oldukça dar ve kısıtlı bir kullanıma sahiptir.

Adli Tıp Anabilim Dalından bu yönetmelik kapsamında maluliyet raporu talep edildiğinde hak kayıplarının önüne geçmek için bu yönetmeliğe ek olarak gerek Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre gerekse Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği'ne göre maluliyet oranları hesaplanıp ilgili kurumlara rapor göndermekteyiz. Bu şekilde hem hak kayıplarının önüne geçmeyi hem de ek rapor talebi gibi sürecin uzamasının önüne geçildiğini düşünmekteyiz. Bu yönetmeliğinin hangi tarihler arasındaki olaylara uygulanacağı hususunda yapılan literatür çalışmalarında farklı görüşler bulunmaktadır. Demirci ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada 01.09.2013 ile 26.04.2016 tarihleri arasında bu yönetmeliğin kullanılması gerektiğini bildirilmiştir (52). Ancak 14.05.2015 tarihli ve 29355 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan ve 01.06.2015 tarihinde yürürlüğe giren Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında bakıldığında Kaza nedeniyle mağdurun tedavisinin tamamlanması sonrasında yetkili bir hastaneden özürlü sağlık kurulu raporu alması gerektiği ve sakatlık oranının belirlenmesinde ise sakatlık ölçütü sınıflandırılması ve özürülere verilecek sağlık kurulu raporlarına ilişkin mevzuat doğrultusunda rapor düzenlenmesi gerektiği, Samsun Bölge Adliye Mahkemesi 5. Hukuk Dairesinin 10.01.2019 tarih ve 2018/1477-2019/79 esas-kararında haksız fiilin gerçekleştiği 01.09.2013 ile 01.06.2015 tarihleri arasında ise Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği kullanılması gerektiği belirtilmiştir (93). Ayrıca değerlendirmesi yapılan olgular ile ilgili kararlara bakıldığında, Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliğinin 01.09.2013 ile 01.06.2015 tarihleri arasındaki olaylarda istendiği görülmektedir. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliğinin 01.09.2013 ile 01.06.2015 tarihleri arasında kullanılması gerektiği düşünülebilir. Ancak bu yönetmeliğinin maluliyet hesaplamasında oldukça sınırlı olduğu da dikkate alındığında, bu tarihler arasında ki maluliyet hesaplamalarında bu yönetmeliğe ek olarak Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin, Özürülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğinin de kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır

Çalışmada 18 yaş altında olan 23 olguya Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğe göre değerlendirilmiştir. 23 olgunun %52'inde ilgili yönetmeliğe göre maluliyet oranı tespit edilmemiştir. Bu yönetmelik 20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı resmi gazetede yayımlanmış ve bu tarihten itibaren 18 yaşını doldurmamış bireyler için kullanılmaya başlanmıştır. Çalışmada bu kapsamda değerlendirilen olguların %26'sında özel gereksinim vardır (ÖGV %20-39) şeklinde rapor düzenlenmiştir. Bu yönetmelik kapsamında düzenlenen raporların 18 yaşını dolduruncaya dek geçerli olduğu, rapor sürekli dahi olsa rapor geçersiz olacak ve bu kişiler 18 yaşını doldurduğu günden itibaren Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğe göre rapor düzenlenecektir. Ayrıca

çocukların özel eğitim almaları için gerekli engel oranında alt sınır %20 olarak bildirilmiştir. Bu yönetmelik kapsamında çocukların tıbbi durumları için gereksinim duyduğu desteklerin belirlenmesi, çocukluk döneminin gelişim süreci nedeni ile erişkin dönemden farklılıklar göstermesinden dolayı çocukların gereksinimlerinin doğru şekilde belgelenerek sağlık, eğitim, rehabilitasyon, diğer sosyal ve ekonomik haklara, hizmetlere erişimlerinin daha doğru daha nitelikli olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca rapor hastalık tanı kesinleşir kesinleşmez verileceği, engelli ya da ağır engelli kelimesi ve herhangi bir engel oranı yazılmayacağı, bu kavramların yerine rapor üzerinde özel gereksinimli birey ve özel eğitim, rehabilitasyon, destek eğitim, evde eğitim, ergoterapi, fizyoterapi ve engel durumlarına göre belirlenecek özel gereksinimler yer alacağı, aynı engel ve durumdaki çocuklar için farklı yüzdeler hesaplanmasının önüne geçileceği, periyodik sağlık kurulu muayenelerinin ve farklı kurumlar için farklı sağlık kuruluşlarından raporlar alınması gibi süreçlerin önüne geçeceği aşıkardır. Ancak maluliyet hesaplamalarında çalışmamızda ve literatür çalışmalarında olduğu gibi yüzde olarak tam maluliyet oranı tespit edilmekte, bu oranlara göre aktüerya hesaplamaları yapıp tazminat miktarı hesaplanmaktadır. Ayrıca Adli Tıp Anabilim Dallarınca düzenlenen maluliyet hesaplamalarına yönelik raporlar sürekli olup çocuk ve yetişkin ayrımı yapılmadan yara iyileşme süreci tamamlandıktan sonra sekel halini almış lezyonlar üzerinden değerlendirilmektedir. Bu yönetmelikte engel oranında alt sınırın %20 olarak belirtilmiş olması ve engel oranlarının %20-39, %40-49, %50-59, %60-69, %70-79, %80-89 ve %90-99 aralıklarda belirtilmesi, on sekiz yaş altında kullanılması, on sekiz yaşın bitiminde yeniden Erişkinler için Engellilik Yönetmeliğine göre rapor düzenlemesi gerekmesi bu yönetmeliğin maluliyet hesaplamasında sınırlayıcı yönleri olarak değerlendirilebilir.

Olguların tümü için Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ne göre maluliyet değerlendirmesi yapıldığında, ortalama maluliyet oranı %21.3 olarak bulundu. Değerlendirme kapsamında olguların %29.9'unda (n=43) sekel halini almış lezyonlarının tam karşılığı bulunmamış, maluliyet oranı hesaplanırken kıyas/takdir yöntemi kullanılmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda tıbbi kıyas metodu olarak ta değerlendirilen bu durum, maluliyet

hesaplamaları yapılırken şahsın sekel halini almış lezyon veya arızalarının ilgili yönetmelikte tam karşılığının olmamasından dolayı aynı sekel bölgesinde ve aynı arıza listesinde yer alan en yakın arıza çeşidi seçilerek ona göre kıyas yapılmasıdır. Lezyonların iyileşip sekel halini alma durumları kişiden kişiye farklılık oluşturması lezyonların çok detaylı verildiği kılavuzlar da kaçınılmaz bir şekilde olabilecektir. Literatürde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde %21.7 ile %35.8 arasında değişen oranlarda sekel halini almış lezyonlarının tam karşılığı bulunmadığı ve kıyas/takdir yöntemi kullanıldığı görülmektedir (9, 11, 31, 84, 85).

Bilindiği üzere Türkiye’de trafik kazalarına bağlı sekellerin oluşturduğu maluliyet oranlarının belirlenmesi için herhangi bir özgün cetvel bulunmamaktadır. Yargıtay ve Sigorta Tahkim Kurulu maluliyet oranının tespiti açısından; 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmî gazetede yayımlanan ‘Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği’nin esas alınması ve buna göre rapor düzenlenmesini istemektedir. Ancak 29355 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 01.06.2015 tarihinde yürürlüğe giren Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına, Samsun Bölge Adliye Mahkemesi 5. Hukuk Dairesinin 10.01.2019 tarih ve 2018/1477-2019/79 esas-kararına, literatür çalışmalarına, adli tıp uygulamalarına, mahkemelerce gönderilen müzekkerelere, sigorta şirketlerinin ve taraf avukatlarının dilekçelerinden, bu yönetmeliğinin çoğunlukla 11.10.2008 ile 01.09.2013 tarihleri arasında gerçekleşen kazalarda uygulandığını anlamaktayız (9, 52, 53, 55, 93).

Çalışma kapsamında tüm olguların Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği’ne göre maluliyet değerlendirmesi yapılmış ve olguların %9’unda (n=13) maluliyet oranı tespit edilmemiştir. Olguların %9.7’sinde (n=14) sekel lezyonlarının tam karşılığı olmadığından dolayı kıyas/takdir yöntemi kullanılmış ve ortalama maluliyet oranı %16.4 olarak bulunmuştur. Maluliyet hesaplanmasında kullanılmak üzere çeşitli tarihlerde farklı mevzuat ve yönetmelikler yayımlanmış olup, trafik kazalarının hangi tarihte gerçekleştiği dikkate alınarak farklı mevzuatlar kullanıldığı bilinmektedir. Bazı literatür çalışmalarında 26.04.2016 den sonra geçirilmiş tüm kazalarda 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık

Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğin kullanılması gerektiği belirtilmiş ise de, 29355 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 01.06.2015 tarihinde yürürlüğe giren Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına, Samsun Bölge Adliye Mahkemesi 5. Hukuk Dairesinin 10.01.2019 tarih ve 2018/1477-2019/79 esas-kararına, literatür çalışmalarına, adli tıp uygulamalarına, mahkemelerce tarafımıza gönderilen dosyaların müzekkerelerine, sigorta şirketlerinin ve taraf avukatlarının dilekçelerine baktığımız zaman bu yönetmeliğin 01.06.2015 tarihinden sonra meydana gelen trafik kazalarına uygulanacağı ve 20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı resmi gazetede yayımlanan Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik kapsamında yürürlükten kaldırıldığından 01.06.2015 ile 20.02.2019 tarihleri arasında meydana gelen trafik kazalarında uygulandığını anlamaktayız (9, 52, 53, 55, 64, 93). Şenol ve arkadaşlarının, Kaya K'nın çalışmalarında ve Bilgin GN, Hilal A, Çekin N'in bu konu hakkındaki yazılarında da bildirildiği üzere Özürlülük Ölçütüne göre ortalama maluliyet oranlarının Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliğine göre oransal olarak az olduğu bildirilmiştir. (86, 93, 94). Çalışmamızda literatür çalışmaları ile uyumlu olarak bazı olgularda Özürlülük Ölçütünde maluliyet oranları daha fazla bulunmuş ise de, ortalama olarak Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliğinde ortalama maluliyet oranı daha fazla olarak bulunmuştur. Özürlülük Ölçütünü kullanırken Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliğine göre kıyas/takdir yöntemine daha az başvurulmuştur. Bu bakımdan Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliğine göre kıyas/takdir kullanılarak hazırlanan raporlardaki bazı oransal farklılıkların ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan itirazların Özürlülük Ölçütü kullanılarak hazırlanan raporlarda daha az ortaya çıkması muhtemeldir. Bu durumda özellikle son yıllarda sigorta şirketlerince Özürlülük Ölçütüne göre rapor taleplerinde artma olduğu ve diğer yönetmeliklerce düzenlenen raporlara itirazların çok olduğu ve ek rapor talep edildiği dikkati çekmektedir.

Özürlülük Ölçütü daha geniş kapsamlı ve daha az kıyas/takdir kullanmaya elverişli ise de travmatik olaylardan ziyade daha çok kişide bulunan sistemik hastalıkları ön plana çıkarmakta, malulen emeklilik, vergi indirimi, bakım ücreti, özel eğitim, özel tertibatlı araç kullanımına yöneliktir ve kişideki tüm hastalıklar, konjenital patolojileri kapsamaktadır. Ayrıca Özürlülük Ölçütü, daha çok adli tıp uzmanının yer

almadığı sağlık kurullarınca oluşturan sağlık kurulları raporları için kullanılmaktadır. Bu kurullarca düzenlenen raporlarda meydana gelen trafik kazaları ile şahısların mevcut tıbbi durumları arasındaki illiyet bağının yeterince analiz edilemediği, travma sonrası yara iyileşme sürecine dikkat edilmediği, özellikle bu yönetmelik kapsamında hazırlanan raporların süreli olması, 60 üzerindeki bireylerin özür oranlarına Balthazard formülü ile %10 ek bir oran eklenmesi gibi nedenler bu yönetmeliğin maluliyet hesaplamalarında kısıtlayıcı nedenler arasında sayılabilir. Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliği ise travmatik lezyonlar ile birlikte yaş ve meslek gibi kişiler arası farklılıkları ön planda yer vermesi gibi bazı üstünlükleri olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmada 121 olgu 18 yaş üstü olup Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğine göre maluliyet değerlendirmesi yapılmıştır. Bunların %9.1'inde maluliyet oranı tespit edilmemiş, %5.8'inde sekel lezyonlarının tam karşılığı olmadığından dolayı kıyas/takdir yöntemi kullanılmıştır ve ortalama maluliyet oranı %16.2 olarak bulunmuştur. Bu yönetmeliğin, 20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı resmi gazetede 18 yaşını doldurmuş bireyler için kullanılacağı bildirilmiş ve 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Özürlülük Ölçütünü kullanımdan kaldırmıştır (64). Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliğinde Özürlülük Ölçütü Yönetmeliğinden farklı olarak; özürlülük kavramı yerine engellilik kavramı, ağır özürlü kavramı yerine kısmi bağımlı veya tam bağımlı engelli birey kavramı, 65 yaş ve üstündeki kişilerin engel oranlarına ek olarak Balthazard formülü ile %10 oranında bir ekleme yapılması gibi kısmi değişiklikler yapıldığı belirlenmiştir. Ortalama maluliyet hesaplamalarına bakıldığında, Özürlülük Ölçütünde ortalama %16.4 olan maluliyet oranının, Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliğinde ise %16.2 olduğu, iki yönetmelik arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Tüm arıza listelerinde 18 yaşını doldurmamış bireylere yönelik tanımlamalar ayrılarak yeni bir yönetmelik çıkarılmıştır. Bunun haricinde Zihinsel, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar, Hematolojik Hastalıklar, Ürogenital Sistem, Endokrin Sistem ve Onkoloji Hastalıklar listelerinde hastalıkların engel oranlarına ait kısmen artma ve azalma olduğu şeklinde revizyonlar olduğu tespit edilmiştir. Ancak maluliyet hesaplamalarında özellikle sıklıkla kullandığımız Kas iskelet Sistem, Kulak Burun Boğaz, Deri, Görme Sistemi, Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi, Yanıklar ve Sinir

Sistemi olmak üzere bunların yanında Kardiyovasküler Sistem, Sindirim Sistemi, Kadın Hastalıkları ve Doğum listelerinde de değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamız kapsamında Özürlülük Ölçütü ile yetişkinler için engellik yönetmeliği arasında ortalama maluliyet oranları arasındaki belirlenen minimal farkın Zihinsel, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar ile Ürogenital Sistem listelerindeki kısmı değişikliklerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu nedenle gerek çalışmamızda gerekse literatür çalışmalarında olduğu gibi maluliyet hesaplaması yaparken sıklıkla kullanılan kas iskelet sistemi arızalarında bu yönetmeliğin çok farklı bir sonuç ortaya çıkarmadığı dikkati çekmektedir. Bu yönetmelikte de Özürlülük Ölçütünde olduğu gibi daha geniş kapsamlı ve daha az kıyas/takdir kullanmaya elverişli ise de travmatik olaylardan ziyade daha çok kişide bulunan sistemik hastalıkları ön plana çıkarmakta, malulen emeklilik, vergi indirimi, bakım ücreti, özel eğitim, özel tertibatlı araç kullanımına yöneliktir ve kişideki tüm hastalıklar, konjenital patolojileri kapsamaktadır. Ayrıca Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliğinin, daha çok adli tıp uzmanının yer almadığı sağlık kurullarınca oluşturan sağlık kurulları raporlarına yöneliktir. Bu kurullarca düzenlenen raporlarda meydana gelen trafik kazaları ile şahısların mevcut tıbbi durumları arasındaki illiyet bağının yeterince analiz edilemediği, travma sonrası yara iyileşme sürecine dikkat edilmediği, şahsın öz geçmişinde bulunan sistemik hastalıkların hesaplamalara dahil edilmesi, özellikle bu yönetmelik kapsamında hazırlanan raporların süreli olması, 65 üzerindeki bireylerin özür oranlarına Balthazard formülü ile %10 ek bir oran eklenmesi, 18 yaşından büyükler için kullanılması gibi sorunlardan ötürü bu yönetmeliğin de maluliyet hesaplamalarında kullanılmasında kısıtlılıkların ve zorlukların devam edeceğini kanaatine varmaktayız.

Çalışma kapsamında Adli Tıp Anabilim Dalına maluliyet raporu düzenlenmesi talebiyle başvuruda bulunan olguların tıbbi evrakı tetkik edildiğinde, olguların %37.4'üne daha önceden Üniversite veya Devlet Hastanelerinin adli tıp uzmanı olmadan oluşturulan sağlık kurullarınca heyet raporu düzenlendiği görülmüştür. Bu raporlarda ortalama özür-engel oranının %28.9 olduğu belirlenmiştir. Bu oran, Adli Tıp Anabilim Dalında Meslekte Kazanma Gücü, Özürlülük Ölçütü, Maluliyet Yönetmeliği, Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliklerine göre düzenlenen rapor oranlarından önemli derecede yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebeplerini

incelediğimizde, öncelikle ilgili sağlık kurullarından hiç birinde adli tıp uzmanının olmadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra olguların trafik kazası sonrasında rapor talebi için başvuru süresine baktığımızda ortalama başvuru süresinin 15.4 ay olduğu ve olguların %51.9'unun ilk on iki ayda rapor talebinde bulunarak, yara iyileşme süreci devam ederken rapor düzenlendiği görülmüştür. Maluliyet durumuna ilişkin rapor talebinde bulunan ve içinde adli tıp uzmanı olmayan Üniversite veya Devlet Hastanelerinden alınan heyet raporların %38.5'ine (n=20) rapor düzenlenirken trafik kazası sonrası meydana gelen sekel halini almış lezyonlar yanında, travma dışı şahısta bulunan ve kazayla illiyet bağı olmayan mevcut sistemik hastalıklarının da rapor hesaplamasına dahil edildiği, travma ile illiyet bağı kurulmadan rapor düzenlendiği görülmüştür. Bu 20 olgunun raporuna dahil edilen ve olayla illiyet bağı olmayan bir çok sistemik hastalığın bir arada olduğu, bunlar arasında özellikle kas iskelet sistemi arızalarının ön planda olduğu belirlenmiştir. Trafik kazalarına bağlı maliyet hesaplamalarında da ilk sırada kas iskelet sistemi arızalarının geldiği dikkate alındığında; kazaya bağlı lezyonlar ile kaza dışı lezyonların ayrımının yeterince yapılmadığını göstermekte ve maluliyet raporlarının Adli Tıp Anabilim Dallarınca düzenlenmesi ile raporlarda ortaya çıkabilecek bu tür hataların önüne geçebilir ve raporlar daha sağlıklı olabilir. Ayrıca, tüm bunlara ek olarak simülasyon yapan hastanın değerlendirilmesindeki güçlükler, tıbbi evrakının ve tıbbi öz geçmişinin yeterince irdelenememesi gibi sebeplerinde yeterince ilgili kurullarca irdelenmemesinin de ortalama maluliyet ve özürülük/engellilik oranlarında önemli derecede farklılıklar ortaya çıkmasına neden olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada maluliyet hesaplamaları yapılırken kullanılan beş farklı yönetmelik (Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği, Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik) ve sağlık kurullarınca düzenlenen özürlü raporlar arasındaki oransal farklılıklar karşılaştırılmıştır. Bulgularımız ve literatür bilgilerine göre;

A) Maluliyet hesaplamasında genel prensipler;

1. Olaya ilişkin kaza tespit tutanağı, olay sonrası şahıs hakkında düzenlenen genel adli muayene raporu, epikriz raporları, grafileri ve tıbbi kayıtları ilgili kurumlardan veya taraflardan talep edilip detaylı bir şekilde incelenmeli,
2. Şahısların ilk aşamada kimlik doğrulaması yapılmalı, adli tıp uzmanınca fiziksel ve ruhsal muayeneleri yapılmalı,
3. Şahsın trafik kazasına bağlı lezyonlarının yara iyileşme sürecinin ve tedavilerinin tamamlanıp tamamlanmadığı tespit edilmeli, yara iyileşme süreci devam ediyorsa rapor düzenlenmemeli, yara iyileşme süreci sonunda şahıs tekrar muayene edilerek rapor düzenlenmeli,
4. Şahıs gerekli görülmesi halinde multidisipliner bir yaklaşımla ilgili kliniklere konsülte edilmeli,
5. Müzekkerede belirtilmişse, belirtilen yönetmeliğe göre, belirtilmemişse literatür çalışmaları, yargı kararları ve ilgili kanunlar kapsamında değerlendirme yapılarak kaza tarihine uygun yönetmeliği seçmeli ve bu yönetmeliğinin ismi ve yürürlük tarihi belirtilmeli,
6. Maluliyet hesaplamasında kullanılacak yönetmelik ve cetveller açıkça belirtilmeli, olayla illiyet bağı kurulan sekeller maddeler halinde yazılmalı, takdir/kıyas yöntemi kullanılmışsa hangi arıza ile kıyaslama yapıldığı ve hangi oranda indirim yapıldığı belirtilmeli,

7. Talep edilmesi halinde geçici iş görmezlik süresi, bakıcı ihtiyaç süresi, ortalama iyileşme süreci, başkasının sürekli bakımına muhtaç olup olmadığı hususu belirtilmeli,
8. Raporda gerekçelere yer verilmeli, anlaşılır ve kontrole açık olmalı, rapora yapılan itirazlar doğrultusunda başka adli tıp uzmanlarınca değerlendirdiğinde çelişki durumu ortaya çıkmamalı, incelemeye ve değerlendirmeye açık olmalıdır.

B) Maluliyet hesaplamasında ilgili Yönetmelikler

1. Literatür çalışmalarında da çokça belirtildiği üzere maluliyet hesaplamalarında çok sayıda kullanılan yönetmelik bulunmaktadır. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği tıbbi kıyas/takdir metoduna elverişli olması, raporu düzenleyen adli tıp uzmanının yorumuna olanak vermesi, maluliyet rapor düzenleme konusunda yeterli bilgi ve tecrübeye sahip adli tıp uzmanlarınca sıklıkla kullanılması, yaş ve meslek özelliklerinin değerlendirmeye alınması, ortalama maluliyet oranının mağdurlar açısından anlamlı derecede olması gibi nedenlerle maluliyet hesaplamalarında en elverişli yönetmelik olarak değerlendirilebilir.
2. Literatür çalışmaları, mahkemelerin ve sigorta şirketlerinin talepleri, yargı kararları, kanun ve yönetmelik açıklamaları birlikte değerlendirildiğinde; kaza tarihi 11.08.2008 tarihinde önce ise Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 11.10.2008 tarih ile 01.09.2013 tarihleri arasında Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 01.09.2013 ile 01.06.2015 tarihinden sonra Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği, 01.06.2015 ile 20.02.2019 tarihi arasında Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik, 20.02.2019 tarihinden sonra on sekiz yaşını doldurmamış olanlar için Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik ve on sekiz yaşını bitirmişler için Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik kullanılması gerekmektedir.

3. Üniversite ve Devlet Hastanelerinin sağlık kuruluşlarınca düzenlenen raporlardaki yara iyileşme sürecine dikkat edilmeden raporların erkenden hazırlanması, tıbbi evrak tetkikinin ve muayenelerin yeterli düzeyde yapılamaması, olayla illiyet bağı olmayan ve şahıslarda mevcut bulunan sistemik hastalıkların ve ek patolojik durumların sıklıkla raporlara eklenmesi gibi nedenlerle ortaya çıkan yüksek özür/engel oranları nedeni ile maluliyet raporlarının adli tıp disiplini çerçevesinde mutlaka adli tıp uzmanlarınca düzenlenmesi gerektiği değerlendirilmiştir.



KAYNAKLAR

1. Imran M, Nasir JA. Road Traffic Accidents. The Professional Medical Journal. 2015;22 (06):705-9.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012;380 (9859):2095-128.
3. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012;380 (9859):2197-223.
4. Üniversitelerde yapılan akademik çalışmalarda kullanılmak üzere veri talebi. [http://www.trafik.gov.tr/SiteAsset/istatistik/Genel Kazalar.pdf](http://www.trafik.gov.tr/SiteAsset/istatistik/Genel_Kazalar.pdf). (Erişim Tarihi:01.03.2019)
5. Ölü ve yaralı sayısı. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 10.03.2019)
6. Organization WHO. Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation [meeting held in Geneva from 17 to 23 February 1981]. 1981.
7. Türk dil kurumu maluliyet. <http://www.tdk.gov.tr/index.php?option>. (Erişim Tarihi: 10.03.2019). (Erişim Tarihi: 10.3.2019).
8. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf. (Erişim Tarihi: 15.3.2019)
9. 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):77-88.
10. Develioğlu F. Osmanlıca-Türkçe ansiklopedik lügat: Doğuş; 1980.
11. Hekimoğlu Y, Gümüş O, Kartal E ve ark. Maluliyet oranlarının yaş ve cinsiyet ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi. 2017;24(3):173-81.

12. Ludvigsson JF, Stiris T, Del Torso S, et al. European Academy of Paediatrics Statement: Vision zero for child deaths in traffic accidents. *European journal of pediatrics*. 2017;176(2):291
13. Dünya Sağlık Raporu. 21.Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon. Sağlık Bakanlığı, Ankara. 1998.
14. Birgen N, Okudan M, Okyay M, İnanıcı MA. İş Kazasına Bağlı Olgularda Maluliyet Oranı Hesaplanması Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*. 1999;4(3):101-8.
15. Silva ÉD, Tasso I. Agency regimes of subjects with disability: Norm, normalization and identity on the screen. *Calidoscopio*. 2012;10(1).
16. Organization WHO. International classification of functioning, disability and health: ICF: Geneva: World Health Organization; 2001.
17. World Health Organization World Report on Disability. S3-59 Wrod, Switzerland.
18. Yüksel B. Çalışma İlişkilerine Yönelik İlk Düzenleme: Dilaver Paşa Nizamnamesi ve Çalışma Hayatına Etkileri. *İş ve Hayat*. 2015;3(6):155-78.
19. Physical Disability Evaluation System US Department Homeland Security. p.30. United States 2006.
20. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007;17(2):327-52.
21. Giusti G, Bacci M. Teaching, research, and the practice of legal medicine in Italy. With special attention to the evaluation of living cases. *The American journal of forensic medicine and pathology*. 1986;7(3):224.
22. Hilal A. Maluliyet Hesaplamalarında Karşılaşılan Sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*. 2016;21(2).
23. Bilge Y, Saltık A, Gürhan F. İş kazaları ve bilirkişilik kitabı. <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/857.pdf> (Erişim Tarihi: 15.04.2019).
24. Kabakçı M. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı'nın İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarındaki Uygulamaları. *Türk Harb-İş, Ağustos-2004*. 2004.
25. SosyalGüvenlik Kurumundan Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/20081011-10.htm> (Erişim Tarihi:15.04.2019)

26. Celkan A, Çakmak İ. İctihatlı iş ve çalışma hayatı ile sosyal güvenlik hukukuna ait ikili, çok taraflı milletlerarası sözleşmeler ve Avrupa Birliği Direktifleri. Ankara: Yaklaşım Yayıncılık; 2007. p.1043, 1103, 1104, 1115.
27. Kudat A. Cismani zararların değerlendirilmesi ve maluliyet baremleri: Tisa Matbaacılık Sanayii Limited Şirketi; 1970.
28. Ölçütü Ö. Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 2006;28173.
29. Akkurt İ. Mesleki Maluliyet Değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2006;2(32):140-6.
30. Bilge Y. Dünyada Bedensel ve Ruhsal Travmaların Tüm Vücuda Göre Oranlanması/Ölçümlenmesinin Dünyadaki Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Forensic Medicine-Special Topics. 2019;5(1):1-4.
31. Gürbüz V, 2013-2016 yılları Arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarafından Düzenlenen Maluliyet Raporlarının Değerlendirilmesi, Ülkemizdeki ve Dünya Çapındaki Kıyaslamaları (Uzmanlık Tezi), Konya 2017.
32. Uluslar Arası Çalışma Örgütü. https://www.ilo.org/ankara/news/WCMS_551794/lang--tr/index.htm. (Erişim Tarihi:15.05.2019)
33. İnce CH. Adli Tıp Açısından İş Kazalarının Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2003;8(3):82
34. SGK.http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/emekli/is_kazasi_ve_meslek_hastaligi. (Erişim tarihi:15.05.2019).
35. İş kazaları ve bağlı problemler.<https://docplayer.biz.tr/23324-Is-kazalari-ve-ise-bagli-saglik-problemleri.html>. (Erişim Tarihi: 15.06.2019).
36. Karayolları Trafik Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2918.pdf> (Erişim Tarihi:10.06.2019)
37. Aliustaoğlu S, Yazıcı Y, Nurhan İ ve ark. İstanbul'da Adli Tıp Bakışı İle Yaşlı Ölümleri Ve Özellikleri. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.70(2):34-8.
38. Tokdemir M, Kafadar H, Düzer S. Elazığ'da 2001-2007 yılları arasında otopsi yapılan 0-18 yaş arası olgularının değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14(2):111-4.

39. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 28173 Sayılı, Tarihli Resmi Gazete, 2012, Ankara. 2012
40. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Başkanlığı. Dünyada Trafik Güvenliği. <http://www.trafik.gov.tr/dunyatrafikguv13>. (Erişim Tarihi:10.06.2019)
41. Disabled Word. <http://www.disabled-world.com/disability/accidents/>. (Erişim Tarihi:01.07.2019)
42. Violence WHO, Prevention I, Organization WHO. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action: World Health Organization; 2013.
43. Şen M. Türkiye Cumhuriyeti'nin onayladığı iş ve sosyal güvenlik hukuku alanındaki çok taraflı uluslararası sözleşmeler: Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası; 2003.
44. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf. (Erişim Tarihi:01.07.2019)
45. Trafik kanunu değişikliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160426-11.htm>. (Erişim Tarihi:15.07.2019)
46. Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/05/20150514-5.htm>. (Erişim Tarihi:15.07.2019)
47. Can M, Koç S. Trafik kazaları ve bilirkişilik. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2011: 81-90.
48. Türk Borçlar Kanunu. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110204-1.htm>. (Erişim Tarihi:10.07.2019)
49. Yalçınkaya A. Genel Hatları ile Karayolları Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. Ankara Barosu Dergisi. 2019:1.
50. Aslan ÜD. Karayolları motorlu araçlar zorunlu malî sorumluluk sigortasında (trafik sigortası) zarar kavramı ve sigortacının rücu hakkı. 2013.
51. KZMSS Genel Şartları https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/05/20150514_5.htm (Erişim Tarihi:15.07.2019).
52. Demirci Ş, Erden M, Dinç AH. Trafik Kazaları Maluliyet Raporlarındaki Talepler ve Yanıtların Kılavuzlarla Standardize Edilmesi. Türkiye Klinikleri Forensic Medicine-Special Topics. 2019;5(1):34-40.

53. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>. (Erişim Tarihi:15.08.2019)
54. Hilal A. Trafik Kazalarında Maluliyet. Türkiye Klinikleri Forensic Medicine-Special Topics. 2019;5(1):19-23.
55. Gazete R. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun Değişikliği Yapılmasına Dair Kanun. Sayı. 2016;29695:196.
56. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/10/20081011.htm>. (Erişim Tarihi:15.08.2019)
57. Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130803-6.htm/>. (Erişim Tarihi:15.08.2019).
58. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>. (Erişim Tarihi:15.08.2019).
59. Türkiye Sigorta Birliği. <https://www.tsb.org.tr/karayolu-yolcu-tasimaciligi-zorunlu-koltuk-ferdi-kaza-sigortasi-genel-sartlari.aspx?pageID=503>. (Erişim Tarihi:15.08.2019).
60. Ferdi Kaza Sigortası Şartları. <https://www.tsb.org.tr/ferdi-kaza-sigortasi-genel-sartlari.aspx?pageID=482>. (Erişim Tarihi:30.08.2019).
61. Zeybek A. Evde bakım hastalarında fonksiyonel bağımsızlık ölçeği skorları ile D vitamini arası ilişki. <http://acikerisim.pau.edu.tr:8080/xmlui/handle/11499/2433/2017>
62. Fiedler RC, Granger CV, Ottenbacher KJ. The Uniform Data System For Medical Rehabilitation: Report of First Admissions for 19941. American journal of physical medicine & rehabilitation. 1996;75(2):125-9.
63. Özden EO. İnmeli Hastalarda Kognitif Rehabilitasyonun Fonksiyonel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım Üzerine Etkisi. 2014.
64. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>, (Erişim Tarihi:01.09.2019)

65. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-1.htm>. (Erişim Tarihi:01.09.2019).
66. Engelli Sayılmak Ve Engellilere Tanınan Haklardan Faydalanmak İçin Yapılması Gerekenler.<https://www.engelsizkariyer.com/Yazi.aspx?id=304>. (Erişim Tarihi:01.09.2019).
67. Barnes C, Mercer G, Din I. Research review on user involvement in promoting change and enhancing the quality of social 'care' services for disabled people. Centre for Disability Studies, University of Leeds. 2003. Barnes C, Mercer G. Disability. Cambridge: Polity. 2003.
68. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Social science & medicine. 1999;48(9):1173-87.
69. Imrie R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Sociology of Health & Illness. 2004;26(3):287-305.
70. Aypak C, Akbıyık Dİ, Suvak Ö ve ark. ICD-10 ya da ICPC-2-R kodlama sistemlerinin kullanılmasının birinci basamakta hizmet planlaması üzerine etkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(3):133-40.
71. Öz S, Karagöz R, Altındış S ve ark. ICD-10 Tanı Kodlama Sistemine Aile Hekimlerinin Bakışı. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.5(1):1-4.
72. Kearney PM, Pryor J. The international classification of functioning, disability and health (ICF) and nursing. Journal of advanced nursing. 2004;46(2):162-70.
73. Elif Kabakçı ve Ahmet Göğüş. ICF çeviri. http://www.mku.edu.tr/files/572_dosya_1453706469.pdf. (Erişim Tarihi:15.09.2019).
74. Özürlülük Terimleri Sözlüğü. http://www.sosyalsiyaset.net/documents/ozurluluk_terminleri_sozlugu.htm. (Erişim Tarihi:15.09.2019).
75. California Workers' Comp: How to Take Charge When You're. <https://www.dir.ca.gov/dwc/PDR1997.pdf>. (Erişim Tarihi:15.09.2019).
76. Zasler ND, Cıme MFM, Bender MC. The Guides Newsletter. 2003.
77. Bilirkişilik kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6754.pdf>. (Erişim Tarihi: 01.10.2019)

78. Tıp Hukuku 1. Baskı Ankara Seçkin Yayıncılık; 2007:518-9.
79. Atalay O. Bilirkişinin Seçimi ve Zorunlu Bilirkişilik. Türkiye Barolar Birliği (TBB) tarafından. 2001:9-10.1.
80. Aşçıoğlu Ç. Yargılamada Maddi Gerçeğin Belirlenmesi ve Kanayan Yara Bilirkişilik. Yazarın Kendi Yayını. 2010;1.
81. Pekcanitez H. Özel uzman (bilirkişi) görüşü ve değerlendirilmesi. Prof. Dr Saim Üstündağ'a armağan. 2009:397-418.
82. Acar K, Dereli AK. Özel/Resmi Bilirkişi Raporlarının Hukuki Dayanağı, Standartları Neler Olmalı, Kimler, Hangi Hastaneler Düzenleyebilir? Türkiye Klinikleri Forensic Medicine-Special Topics. 2019;5(1):5-10.
83. Hukuk Muhakeme Kanunu. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/htm>. (Erişim Tarihi: 01.10.2019)
84. Hilal A, Akgündüz E, Kaya K ve ark. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Gelen Maluliyet Raporlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2017;22(3):189-93.
85. Kaya A, Meral O, Erdoğan N, Aktaş EÖ. Maluliyet Raporlarının Düzenlenmesi Anabilim Dalımıza Başvuran Olgu Özellikleri İle. Adli Tıp Bülteni. 2015;20(3):144-51.
86. Şenol E, Çelik C, Ata U ve ark. N. Ekstremitte Kırığı Olgularında Tedavi Seçeneklerinin ve Meslekte Çalışma Gücü Kaybı ve Engellilik Oranlarının Karşılaştırılması. Adli Tıp Bülteni. 2019;24(2):108-14.
87. Yaş ve cinsiyet dağılımı. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. (Erişim Tarihi: 01.10.2019)
88. Bilgin U, Meral O, Koçak A ve ark. 2011 yılında trafik kazası sonucu Ege Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların adli tıbbi boyutuyla incelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2013;52(2):93-9.
89. Ozgan E. Karayolu Araç Tipi ve Kaza Şekli İle Kaza Sonuçları Arasındaki İlişkilerin Analizi. Gazi Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi. 2008;23(1).
90. Kır MZ, Yavuz MS, Uluçay T ve ark. Özürlü Sağlık Kurulunda Değerlendirilen Trafik Kazası Olguları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;2(4):106-9.

91. Motorlu kara taşıtları. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. (Erişim Tarihi:10.10.2019).
92. Şener MT, Kök AN. Adli Tıp Pratiğinde Konsültasyon. Adli Tıp Bülteni. 2011;16(3):77-80.
93. Kaya K, Hilal A, Çekin N. Maluliyet kavramı ve hesaplamada öne çıkan sorunlar. Journal Of Forensic Medicine. 2017;31:1.
94. Bilgin GN HA, Çekin N. İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Maluliyet. Dokgöz H, editörs. Ankara Akademisyen Kitapevi;2019.785-806p.



EKLER

EK-1. Etik Kurul Kararı



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/29
Konu : Etik Kurul Kararı

22.04.2019

Sayın:Arş.Gör.Dr.Talip VURAL
Adli Tıp Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "**Trafik Kazaları Sonrasında Düzenlenen Maluliyet Raporlarında Yaşanan Sorunlar ve Maluliyet Oranlarının İlgili Yönetmeliklere Göre Karşılaştırılması**" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Eki _____ :
1 Adet Etik Kurul Kararı



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Talip VURAL	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Trafik Kazaları Sonrasında Düzenlenen Maluliyet Raporlarında Yaşanan Sorunlar ve Maluliyet Oranlarının İlgili Yönetmeliklere Göre Karşılaştırılması	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 03 Karar No: 42	Tarih: 22.04.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
Üye

Doç.Dr.Aysenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Yasemin ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.İbrahim KARABULUT
Üye

Dr.Öğr.Üy.Sinan YILMAZ
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye