

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALINDA 2013-2022 YILLARI ARASINDA ADLİ
OLAYLARDA MALULİYET DURUMUNUN BELİRLENMESİ
AMACIYLA MUAYENE EDİLEN HASTALARIN
MEDİKOLEGAL DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HASAN YETİŞ**

DENİZLİ - 2024

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALINDA 2013-2022 YILLARI ARASINDA ADLİ
OLAYLARDA MALULİYET DURUMUNUN BELİRLENMESİ
AMACIYLA MUAYENE EDİLEN HASTALARIN
MEDİKOLEGAL DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HASAN YETİŞ**

**DANIŞMAN
PROF. DR. KEMALETTİN ACAR**

DENİZLİ - 2024

ONAY SAYFASI

TEŞEKKÜRLER

Pamukkale Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile eğitimime katkı sağlayan ve tezimin hazırlanması sürecinde değerli katkılarıyla ve emekleriyle yardımını esirgemeyen ve beni yönlendiren kıymetli hocam ve tez danışmanım Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kemalettin ACAR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana sağladığı katkılarından dolayı kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Ayşe KURTULUŞ DERELİ'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana katkı sağlayan, şu an aramızda olmayan kıymetli hocam Prof. Dr. Bora BOZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana sağladığı katkılarından dolayı kıymetli hocam Doç. Dr. Volkan ZEYBEK'e

Asistanlığımın başlangıcından bugüne kadar beraber çalışmış olduğum zorlukları ve mutlulukları paylaştığım tüm asistan arkadaşlarım ve anabilim dalı çalışanlarımıza,

Birlikte çalışmaktan mutluluk ve gurur duyduğum Denizli Adli Tıp Grup Başkanlığı çalışanlarına,

Veri analizini üstün yazılım bilgisiyle son derece kolaylaştıran ve iş yükümü hafifleten eski dostum Mustafa TEKKOYUN'a

Beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan canım aileme,

Her zaman yanımda olan, sonsuz sabır ve sevgisiyle desteğini esirgemeyen, hayat arkadaşım canım eşime,

Ve son olarak, varlığıyla hayatımı anlamlandıran, biricik kızım Elif Şifa'ya,

Çok teşekkür eder ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	x
ÖZET	xi
İNGİLİZCE ÖZET	xiv
GİRİŞ.....	1
Araştırmanın Temeli.....	1
Araştırmanın Amacı.....	2
Maluliyetin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	4
Maluliyet nedir?.....	4
Maluliyet kavramının geçmişi ve ülkemizde bugünkü durum.....	6
Maluliyet kim tarafından ve nasıl hesaplanır?.....	11
MATERYAL- METOD.....	17
BULGULAR	20
Sosyodemografik Veriler.....	20
Olay, başvuru ve rapor tarihleri arasındaki karşılaştırma verileri	21
Yönetmelikler ile ilgili istatistikler.....	23
Yönetmeliklerin dağılımı.....	23
Takdir indiriminin kullanımı.....	24
Yönetmeliklerin yıllara göre dağılımı.....	25
Rapor talep eden makama ait veriler.....	26
Olay orijinlerine ait veriler.....	27
Kalıcı maluliyet oranlarına, geçici iş göremezlik sürelerine ve bakıcı ihtiyacına ilişkin veriler.....	29
Trafik kazalarına ilişkin veriler.....	32

Trafik kazası esnasındaki konuma göre tespit edilen veriler..	34
Şoför.....	34
Yolcu.....	35
Yaya.....	36
Motosiklet.....	38
Trafik kazasına bağlı kalıcı arızaların kategorilerine göre incelenmesi.....	39
Trafik kazası haricindeki orijinlere bağlı olguların verileri.....	40
Dosyalar içerisinde bulunan eski raporların incelenmesi.....	40
Sağlık kurulu raporlarına ait veriler.....	43
Adli Tıp Anabilim Dalları ve Adli Tıp Kurumu raporlarına ait veriler.....	44
Eski raporların düzenledikleri yönetmeliklere göre incelenmesi.....	44
Eski raporların düzenleyen merkezlere göre incelenmesi.....	46
Sağlık kurulu raporlarının düzenleyen merkezlere göre incelenmesi.....	47
Konsültasyon istenen bölümlere ait veriler.....	48
TARTIŞMA	49
SONUÇ	61
KAYNAKLAR	63

SİMGELER VE KISALTMALAR

TBK:	Türk Borçlar Kanunu
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ILO:	Uluslararası Çalışma Örgütü
BM:	Birleşmiş Milletler
YODÇEM:	Yakın ve Ortadoğu Çalışma Enstitüsü Müdürlüğü
İSGÜM:	İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Merkezi
ÇÖZGER:	Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
ÇGMKG:	Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği
MTİ:	Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği
ÖÖ:	Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik
EE:	Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1 Rapor düzenlenen olguların cinsiyetlerine göre dağılımı.....	20
Şekil 2 Rapor düzenlenen olguların yaşlarına göre dağılımı.....	21
Şekil 3 Raporların yıllara göre dağılımı	21
Şekil 4 Tarafımıza başvuru tarihi ile rapor tarihi arasında geçen zamanın dağılımı.....	22
Şekil 5 Olay tarihi ile tarafımıza başvuru tarihi arasında geçen zamanın dağılımı	23
Şekil 6 Yönetmeliklerin dağılımı	24
Şekil 7 Yönetmeliklerin yıllara göre kullanım sayıları	26
Şekil 8 Mahkemelerin Dağılımı	26
Şekil 9 İlçelere göre dosyaların dağılımı.....	27
Şekil 10 Trafik kazası sırasındaki konum.....	28
Şekil 11 Trafik kazası dışında kalan olguların dağılımı.....	29
Şekil 12 Tüm vakalarda tespit edilen oranların dağılımı.....	30
Şekil 13 Orijinlere göre ortalama maluliyet oranları.....	30
Şekil 14 Orijinlere göre ortalama geçici iş göremezlik süreleri.....	31
Şekil 15 Geçici maluliyet süreleri ile bakıcı ihtiyacı arasındaki karşılaştırma.....	32
Şekil 16 Trafik kazalarında kalıcı arızaların dağılımı.....	33
Şekil 17 Trafik kazasına bağlı yaralanmalarda arıza sayısına göre dağılım..	33

Şekil 18	Şoför yaralanmalarında arıza sayısına göre dağılım.....	34
Şekil 19	Şoförlerin yaralanma şekilleri.....	35
Şekil 20	Yolcu yaralanmalarında arıza sayısına göre dağılım.....	35
Şekil 21	Yolcuların yaralanma şekilleri.....	36
Şekil 22	Yaya yaralanmalarında arıza sayısına göre dağılım.....	37
Şekil 23	Yayaların yaralanma dağılımı.....	37
Şekil 24	Motosiklet yaralanmalarında arıza sayısına göre dağılım.....	38
Şekil 25	Motosiklet kazalarında yaralanmaların dağılımı.....	39
Şekil 26	Kaza esnasındaki konuma göre kalıcı arıza kategorilerinin dağılımı.....	39
Şekil 27	Eski rapor mevcudiyeti.....	41
Şekil 28	Eski raporların oransal olarak dağılımı.....	42
Şekil 29	Eski raporların ortalama maluliyet oranları.....	42
Şekil 30	Eski raporlar ile tarafımızca düzenlenen raporlar arasındaki farkın dağılımı.....	43
Şekil 31	Sağlık Kurulu raporları ile Anabilim Dalımız ortalamalarının karşılaştırılması.....	43
Şekil 32	Dış merkez raporları ile bölümümüz arasındaki karşılaştırma.....	44
Şekil 33	Eski raporların yönetmeliklere göre dağılımı.....	45
Şekil 34	Yönetmeliklere göre eski - yeni raporlar arasındaki fark.....	46
Şekil 35	Raporların verildiği merkezlere göre farkının karşılaştırması.....	47
Şekil 36	Sağlık kurulu raporları ile Anabilim Dalımız raporlarının karşılaştırması.....	48
Şekil 37	Konsültasyonların dağılımı	48

TABLULAR DİZİNİ		Sayfa No
Tablo 1	Yönetmelik ve takdir indirimi oranlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 2	Rapor tarihi ile yönetmeliklerin karşılaştırılması	28
Tablo 3	Trafik kazası haricinde diğer olay orijinleri ile arıza kategorileri arasında yapılan karşılaştırma	40

ÖZET

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 2013-2022 yılları arasında adli olaylarda maluliyet durumunun belirlenmesi amacıyla muayene edilen hastaların medikolegal değerlendirilmesi

Dr. Hasan YETİŞ

Maluliyet tespiti; bedensel zararın ağırlığının tespiti, tazmini, sosyal güvenlik haklarından yararlanabilmek gibi pek çok amaçla yapılabilen teknik bir değerlendirmedir. Dolayısıyla standart olması, herkese eşit uygulanabilmesi, açık ve anlaşılır sebeplere dayanması, hakkaniyete uygun olarak yapılması gereken hassas bir iştir. Çalışmamız, meselenin böyle büyük bir önem arz etmesi sebebiyle, Anabilim Dalımız tarafından uzun bir süredir uygulanan maluliyet tespiti işlemlerinin bir özetini çıkarmak, medikolegal bir değerlendirmesini yapmak, diğer uygulama merkezleri ile karşılaştırmak, daha iyi yapılabilecek noktaları tespit etmek ve öneriler sunmak amacıyla planlandı.

Çalışmamızda, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı arşivindeki 2013-2022 yılları arasında hazırlanan tüm arşiv kayıtları retrospektif olarak tarandı (n=13326). Arşiv dosyaları incelenerek değerlendirme yapılan 1464 maluliyet olgusu belirlendi. Olgular gruplandırılarak olguların ve raporların özelliklerine göre belirlenen veriler incelendi.

Çalışmamıza dahil edilen 1464 olgunun %33'ünün (n=470) kadın, %67'sinin (n=994) erkek olduğu, olguların yaş ortalaması 38,3 olduğu görüldü. Dosyaların tarafımıza başvuru tarihleri ile raporun imzalanarak gönderilmeye hazır hale geldiği rapor tarihleri birbirleri ile karşılaştırıldığında raporların %76'sının ilk 4 ay (120 gün) içerisinde, ortalama olarak da 95,9 günde çıktığı belirlendi. Dava konusu olay tarihi ile başvuru tarihi arasındaki geçen süre ortalama 3,4 yıl olduğu, yani ortalama 1250 gün önce meydana gelen olaylara yönelik olarak rapor düzenlendiği tespit edildi. Yönetmeliklerin dağılımı incelendiğinde; en fazla sayıda (n=1013) “Çalışma Gücü

ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında (%69,1) rapor düzenlendiği belirlendi. Bununla birlikte takdir kullanılan raporların da %82’sinin “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında düzenlenen raporlar olduğu dikkati çekti. Tarafımıza olgu gönderen mahkemeler incelendiğinde; en sık Asliye Ticaret Mahkemelerinden (%52) dosya gönderildiği ve rapor talep edildiği görüldü. Rapor talep eden mahkemelerin hangi il ve ilçeden olduklarına bakıldığında; %97 (n=1430) oranında Denizli il ve ilçelerinden oluştuğu belirlendi. Olguların %87,0’sinin (n=1275) trafik kazası sebebiyle mahkemeye başvurduğu anlaşıldı. Araç içerisinde şoför olarak seyir halindeyken trafik kazası geçirenler, yolcu olarak seyir halinde olanlar, yaya iken trafik kazası geçirenler, motosiklet ile seyir halindeyken trafik kazası geçirenler ayrı ayrı gruplanarak istatistikleri tutuldu. Trafik kazalarında verilen ortalama maluliyet oranı %12,46, kasten yaralama olgularında %8,6, iş kazası olgularında %20,7, kusur sorumluluğu olgularında %25,2, ateşli silah yaralanması olgularında %32,5, kesici delici alet yaralanmalarında %7,9, tıbbi kötü uygulama olgularında %52,2 olduğu tespit edildi. Trafik kazaları içerisinde kalıcı maluliyeti olmayanlar 451 olgu (%35) olduğu görüldü. %45 oranla kalıcı maluliyete sebep olmayan kazaların oranı en yüksek şoförlerde idi. Yolcuların ise %39’luk kısmı herhangi bir kalıcı maluliyeti tespit edilmeyen olgulardan oluşmaktaydı. Yaya yaralanmalarında alt ekstremitte yaralanmalarının, diğer tüm kategorilere göre belirgin olarak daha yüksek oranda (%49,8) görüldüğü dikkati çekti. Motosiklet yaralanmalarında ise kalıcı maluliyet olmayan olguların en az oranda (%25) motosiklet kazalarında görülmesi dikkati çekti. Trafik kazası dışındaki olgular değerlendirildiğinde; iş kazası olgularının yalnızca %8’inde kalıcı sekel mevcut olmadığı, %92’sinin kalıcı maluliyete sebebiyet verdiği tespit edildi. Çalışmamıza dahil edilen 1464 dosyanın 453’ünde (%31,6) önceden alınmış en az bir rapor mevcuttu. Bu eski raporların ortalama maluliyet oranları %18,7 idi. Aynı olguların tarafımızca tespit edilen ortalama maluliyet oranlarının %15,8 olduğu belirlendi. Arada %2,9 fark mevcuttu. Dosyalar içerisinde bulunan eski raporlar; düzenlendikleri yönetmeliklere, düzenleyen merkeze, sağlık kurulu raporu olup olmamalarına göre sınıflandırıldı ve her kategori kendi içerisinde birbiri ile karşılaştırıldı. Raporların sonuç kısmında 90 olguda (%6) bakıcıya ihtiyaç ile ilgili görüş bildirildiği tespit edildi. Dosyalar hazırlanırken yapılan çeşitli bölüm

konsültasyonları içerisinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon konsültasyonlarının (%54) ile en yüksek oran olduğu görüldü.

Sonuç olarak; maluliyet raporlarının farklı kurumlar tarafından, farklı yönetmelikler üzerinden, farklı amaçlara yönelik olarak düzenlenebilmekte olduğu görüldü. Ancak bu farkların birtakım problemleri beraberinde getirdiği, yönetmelik maddesinin yorumu, olay ile illiyetin olup olmaması, aradan geçen sürenin etkisi gibi faktörlerin maluliyet raporlarının sonuçlarına etki ettiği değerlendirildi. Adil bir yaklaşımın gereği olarak en hızlı bir şekilde, ulusal düzeyde bir standardizasyona ihtiyaç olduğu düşünöldü. Ayrıca sistemsel olarak yapılabilecek bir takım düzenlemelerle rapor tanzim süresinin kısalabileceği, raporların standardize edilmesi ile de itirazların azalacağı, bunlara bağlı olarak adalet sistemi üzerindeki yükün önemli bir kısmının azaltılabileceği düşünöldü.

Anahtar Kelimeler: maluliyet, standardizasyon, yönetmelik

SUMMARY

Medico-legal evaluation of patients examined in Pamukkale University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine between 2013-2022 to determine disability status in forensic cases

Dr. Hasan YETİŞ

Disability determination is a technical assessment that can be made for many purposes such as determining the severity of physical damage, compensation, and benefiting from social security rights. Therefore, it is a sensitive work that should be standardized, applied equally to everyone, based on clear and understandable reasons, and done in accordance with equity. Due to the great importance of the issue, our study was planned to summarize the disability determination procedures performed by our Department for a long time, to make a medico-legal evaluation, to compare with other application centers, to identify the points that can be done better and to offer suggestions.

In our study, all archival records in the archive of Pamukkale University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine between 2013 and 2022 were retrospectively reviewed (n=13326). Archival files were analyzed and 1464 disability cases were identified. The cases were grouped and the data determined according to the characteristics of the cases and reports were analyzed.

Of the 1464 cases included in our study, 33% (n=470) were female and 67% (n=994) were male, with an average age of 38.3 years. The dates of referral of the files to us were compared with the report dates when the report was signed and ready to be sent. It was determined that 76% of the reports were issued within the first 4 months (120 days) and 95.9 days on average. The average time between the date of the incident and the date of application was 3.4 years, meaning that reports were issued for incidents that occurred 1250 days ago. When the distribution of the regulations was analyzed, it was determined that the highest number of reports (69.1%) were issued within the scope of the “Regulation on the Procedures for Determining the Rate of Loss of Work Capacity and Occupational Disability” (n=1013). However, it was also noteworthy that 82% of the reports that used discretion were reports issued

within the scope of the “Regulation on the Procedures for the Determination of the Rate of Loss of Work Capacity and Occupational Earning Capacity”. When the courts that sent files to us were analyzed; it was seen that the most frequent file was sent from the Commercial Courts of First Instance (52%) and a report was requested. When the provinces and districts of the courts requesting reports were analyzed; it was determined that 97% (n=1430) were from Denizli province and districts. It was understood that 87.0% (n=1275) of the cases applied to the court due to traffic accidents. Those who had traffic accidents while driving as a driver, those who had traffic accidents as a passenger, those who had traffic accidents while on foot, and those who had traffic accidents while riding a motorcycle were grouped separately and their statistics were kept. The average disability rate in traffic accidents was 12.46%, 8.6% in intentional injury cases, 20.7% in occupational accident cases, 25.2% in fault liability cases, 32.5% in firearm injuries, 7.9% in sharps injuries, and 52.2% in medical malpractice cases. Among traffic accidents, 451 cases (35%) did not cause permanent disability. The highest proportion of accidents that did not cause permanent disability was among drivers with a rate of 45%. Among passengers, 39% of the passengers were not permanently disabled. Lower extremity injuries were significantly more common in pedestrian injuries (49.8%) compared to all other categories. In motorcycle injuries, the lowest rate (25%) of cases without permanent disability was observed in motorcycle accidents. When cases other than traffic accidents were evaluated, it was determined that only 8% of occupational accident cases did not have permanent sequelae and 92% of them caused permanent disability. Of the 1464 files included in our study, 453 (31.6%) had at least one previous report. The average disability rate of these previous reports was 18.7%. The average disability rate of the same files determined by us was 15.8%. There was a difference of 2.9%. The old reports in the files were classified according to the regulations, the issuing center, and whether they were medical board reports or not, and each category was compared with each other. In the conclusion part of the reports, it was determined that 90 cases (6%) had an opinion about the need for a caregiver. Physical Therapy and Rehabilitation consultations had the highest rate (54%) among the various departmental consultations made during the preparation of the files. In conclusion, it was observed that disability reports can be issued by different institutions, under different regulations and for different purposes. However, these

differences bring along some problems, such as the interpretation of the regulation article, the causality of the incident, and the time elapsed. As a requirement of a fair approach, it was considered that there was a need for standardization at the national level as quickly as possible. In addition, it is thought that the report issuance time can be shortened with some systematic arrangements, and the objections will decrease with the standardization of the reports, and accordingly, a significant part of the burden on the justice system can be reduced.

Keywords: disability, standardization, regulation

1. GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Temeli

Günümüz Türk Hukuk Sistemi, hukuk sistemleri arasında Kıta Avrupası Hukuk sistemi içerisinde yer almaktadır. Temeli Roma Hukuku'na dayanan Kıta Avrupası Hukuk Sistemi içerisinde sorumluluk kavramı; Özel Hukuk, Ceza Hukuku ve İdare Hukuku açısından üç farklı şekilde ele alınabilir.

Özel hukukta sorumluluk, kişinin bir başkasının zararını tazmin etmesi yükümlülüğünü ifade eden çok geniş bir kavramdır. Nitekim gerçek ve tüzel kişilerin sorumluluğu sadece özel hukuk sorumluluğu ile sınırlı olmaz; kişilerin cezai sorumluluğu veya idarenin sorumluluğu hatta devletlerin sorumluluğu da gündeme gelebilir. Tüm bu konular ceza, idare veya devletler hukuku gibi çeşitli hukuk dallarının temel konularını oluşturur. Ayrıca sorumluluk hukuku daha çok özel hukuk sorumluluğu anlamında kullanılmaktadır.

Özel hukuk sorumluluğu hem haksız fiil sorumluluğunu hem de sözleşmesel sorumluluğu kapsayan bir alandır. Türk Borçlar Kanunu'nda tüm özel hukuk sorumluluğunun kurucu unsurları düzenlenmiştir. Bunlar, zarar verenin kusuru (kusur), hukuka aykırı fiil (hukuka aykırılık), hukuka aykırı fiil ile başkasına zarar verme arasında uygun nedensellik bağı (illiyet) olarak sıralanabilir. Bu unsurlardan herhangi birinin eksikliği sorumluluğun kurulmasını kural olarak engeller. (1)

Bedensel zararın ağırlığının tespiti ve uygun illiyet bağı noktasında hekim değerlendirmesi ve raporu önem kazanmaktadır. Maluliyet raporları işte bu ihtiyaca yönelik olarak hazırlanmakta ve ilgili makamlara sunulmaktadır. Farklı ülkelerde ve tarihten günümüze farklı uygulamalar mevcut olsa da, işin doğası gereği maluliyet değerlendirmelerinin hekimler tarafından yapılması gerekmektedir.

İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bedensel zararın fiziksel olabileceği gibi, ruhsal da

olabileceği, akut bir etkiyle meydana gelebileceği gibi, kronik bir maruziyetle de meydana gelebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca teknolojik gelişmeler ve tedavi yöntemleri kalıcı ve geçici hasarı azaltabilmekte kişinin normal hayatına daha hızlı ve sağlam dönebilmesine olanak sağlamaktadır. Bu sebeplerle maluliyet değerlendirmelerinin son derece bilimsel ve akademik olması, tıbbi kanıtlara dayandırılarak bedensel zarar ile sorumluluk doğuran olay arasında mutlak ve doğrudan illiyet bağı kurulması gerekmektedir. Ayrıca değişen ve gelişen durumların da son derece hassas olarak değerlendirilmesi zarara uğrayan ve sorumlu arasındaki adaletin sağlanması için yüksek bir öneme sahiptir.

Bedensel zararın tespiti ve takibi bu denli önemli olunca, meseleyi sadece tek bir hekimin değerlendirmesiyle değil, multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Pek tabii ki maluliyet değerlendirmelerinde de karşılaşılan pek çok zorluk, görüş farklılığı ve uygulamalar mevcuttur. Araştırmamızın temelinde maluliyet değerlendirmelerinden kaynaklanan sorunlara işaret etmek için 10 yılda Anabilim Dalımızda hazırlanan raporların bir istatistiğini tutmak, bir özetini çıkarmak yatmaktadır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Her insan hayatının olağan akışı içerisinde bedensel bir zarara uğrayabilir ve hayatının belirli bir dönemini malul olarak geçirebilir. Sosyal bir hukuk devletinde birey, maluliyetine sebep olan olayda sorumluluğu bulunan kişi veya kurumlardan, maluliyeti ve karşı tarafın sorumluluğu oranında tazminat talep edebilme hakkına sahiptir. Nitekim Anayasa Md. 17’de “Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı” garanti altına alınmıştır. Bununla birlikte maluliyetin getirdiği bir takım sosyal haklardan da bu çerçevede yararlanır. Bu husus da yine Anayasa Md. 61’de “Devlet harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malul ve gazileri korur ve toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlar.” şeklinde ifade edilmiştir. Hal böyle olunca kişinin maluliyet durumunun tespiti, bahsi geçen anayasal haklardan yararlanabilmesi için önem taşımaktadır.

Maluliyet durumunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi için çeşitli tıbbi koşulların ve bunların bireyin çalışma kapasitesi üzerindeki etkilerinin anlaşılması gerekir. Ayrıca maluliyet tespiti için gerekli olan tıbbi belgelerin toplanması ve bunların usulüne uygun düzenlenmesi, maluliyet durumunda değişiklik olup olmadığını belirlemek için periyodik kontrol muayeneleri gerekebilir.

Bu zorluklar zaman zaman maluliyet tespitinde benzer durumların birbirinden farklı sonuçlanmasına sebep olabilmektedir. Ayrıca, sürecin daha verimli ve adil olmasını sağlamak için mevcut yönetmeliklerin ve prosedürlerin sürekli olarak gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir.

Mevzuatımıza göre malullük halinin tespiti için Sosyal Güvenlik Kurumunca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının hangi hastaneler olduğu “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği’nde” belirlenmiştir. Buna göre, sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye; Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet üniversitesi hastaneleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı asker hastaneleri ile sigortalıların ikamet ettikleri illerde belirtilen bu hastanelerin bulunmaması durumunda Sağlık Bakanlığının tam teşekküllü hastaneleri yetkilidir. (2)

Yargıtay kararlarında Kurum sağlık kurullarından alınmış raporlara karşı itiraz edilmesi halinde, ya fakülte sağlık kurullarından ya da Adli Tıp Kurumundan rapor alınması gerektiğine hükmetmekteydi. Yakın tarihli kararlarında ise, sağlık kurulu ile adli tıp kurumunun kararları arasında çelişki hâlinde Üniversitelerin Tıp fakültelerinin konuya ilişkin Anabilim Dalı uzmanlarından oluşturulacak kurullardan alınacak raporla çelişki giderilip, varılacak sonuca göre karar verilmesi gerektiği belirtmektedir. (1)

Bu doğrultuda üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarınca giderek artan sayıda maluliyet raporu düzenlenmektedir. Pek tabii, düzenlenen rapor sayısının artışı yönetmeliklerin kapsam ve yeterlilikleri, farklı kurumlar tarafından verilen raporlar arasındaki çelişkiler, kanaat kullanımındaki belirsizlikler gibi birtakım tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Bu çalışmada Anabilim Dalımız tarafından düzenlenen maluliyet raporlarının istatistiksel dağılımı, farklı yönetmeliklere göre değişen durumlar, farklı kurumlar arasında tutarlılık, yönetmeliklerin kapsam bakımından

yeterlilikleri, maluliyet raporu istenen hukuki olayların birbirleriyle karşılaştırılması amaçlanmış, standardizasyon ve güncelleme açısından bazı önerilerde bulunulmaya çalışılmıştır.

1.3 Maluliyetin Tanımı ve Sınıflandırılması

1.3.1 Maluliyet nedir?

Maluliyet kelimesi etimolojik olarak; “illiyet” kelimesi ile aynı kökten gelen “illetli olma hali” anlamında Arapça bir kelimedir. Günlük kullanımda kişinin, biyopsikososyal olarak sağlığının kalıcı bozulması neticesinde, iş ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güçlük yaşaması halidir. Hukuk dilinde ise malullük, “bir kimsenin bir dış etki, hastalık veya kaza sonucunda gücünü kısmen veya tamamen yitirmesi” olarak tanımlanmaktadır.

Özellikle uygulamada, malullük, iş göremezlik, engellilik, sakatlık, özürülük ve hastalık birbirinin yerlerine kullanılabilirler. Ayrıca, her kavram birbirinden çoğunlukla farklı amaçlar için kullanılmaktadır ve aynı kökten türetilmelerine rağmen maluliyet içerik olarak hastalık ve sakatlık kavramından farklıdır.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda kabul edilen Sakat Kişilerin Hakları Bildirgesi’nde engelli tanımı şu şekilde yapılmaktadır: “Normal bir kişinin kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki kalıtsal ya da sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar”. 5378 sayılı Engelliler Kanunu’na göre (3) özürülü tanımı şu şekildedir: “Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duysal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi.” Özürülük kavramına Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler ve ILO tarafından farklı bakış açılarından yaklaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, özürülük kavramı hakkında aşağıdaki gibi hastalık sonuçlarına dayanan, sağlık

yönüne ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflama yapmıştır, Noksanlık (Impairment): “Sağlık bakımından “noksanlık” psikolojik, anatomik veya fiziksel yapı ve fonksiyonlardaki bir noksanlığı veya dengesizliği ifade eder.”, Özürlülük (Disability): “Sağlık alanında ‘sakatlık’ bir noksanlık sonucu meydana gelen ve normal sayılabilecek bir insana oranla bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi ve kısıtlanması durumunu ifade eder.”, Maluliyet (Handicap): “Sağlık alanında “maluliyet” bir noksanlık veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder.” Bir örnek ile üç kavramı açıklayacak olursak, mesela felç olan kişi ayaklarını kullanamadığı için noksan bir kişidir. Bu kimsenin yürüyememesi, merdivenleri kullanamaması sakatlık durumudur. Ancak, kişinin binanın giriş katından üçüncü kata çıkması isteniyor ve bunu da yalnız merdiven aracılığı ile yapabiliyorsa o zaman maluldür. Bununla birlikte binada rampa veya merdiven varsa kişi malul değildir. Yani, malullük belirli hareket ve belirli yerler için söz konusudur; Belirtmek gerekir ki, “Engelli” ibaresi, tüm mevzuatta geçen diğer ibarelerin (özürlü, sakat gibi) yerine, 6462 sayılı ve 25.4.2013 tarihli Kanun’la eklenmiştir. (4)

28.09.2021 tarihinde Resmî Gazete’de yayınlanan “Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği’ne” göre; “maluliyet, kişinin çalışma gücünü ağır düzeyde veya iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60’ını kaybetmesi anlamına gelmektedir.” (5)

20.02.2019 tarihinde Resmî Gazete’de yayınlanan “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik’e” göre “engellilik, 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 ifade etmektedir.”(6)

30 Mart 2013 tarihinde Resmî Gazete’de yayınlanan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik’e” göre “özürlülük, doğuştan veya sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi

nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlüğü olan ve korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi ifade edecek şekilde tanımlanmıştır.” (7)

1.3.2 Maluliyet kavramının geçmişi ve ülkemizde bugünkü durum

Avrupa'nın belirli bir bölgesinde yaşayan ve yaklaşık 5000 yıl önce var olduğu düşünülen bir göçebe topluluğun kemiklerini inceleyen bir çalışma, bilim insanlarının belki de ilk kez insan topluluklarının engellilik kavramına yaklaşımını belgeleyen ilginç bir bulgu ortaya çıkarmıştır. Spina bifida hastası olan bir kadının uzun yıllar hayatta kaldığı belirlenmiştir. Spina bifidanın genç yaşlarda ciddi yürüme sorunlarına neden olabileceği bilinmekte ve bu kişinin kalıntıları da bunu doğrulamaktadır. Ancak, bu göçebe toplulukta, bu kadının engeline rağmen toplum üyeleri tarafından sürekli taşınarak ve bakılarak yaşamının sonuna kadar desteklendiği anlaşılmıştır. Bu durumun, toplum üyelerinin aynı duruma düşme korkusundan kaynaklanabileceği öne sürülebilir. Her ne olursa olsun, tarih boyunca insanlar engellilere bakmayı büyük ölçüde ihmal etmemiş, onların toplumun arka planında bile olsa var olmalarını sağlamışlardır.

Ancak, modern anlamda engellilik kavramı, 19. yüzyılın sonlarına doğru sanayileşmeye karşı toplumsal direnişin gelişimiyle şekillenmeye başlamıştır. Ciddi bir ilerleme, İkinci Dünya Savaşı'nın ardından ve Birleşmiş Milletler'in kurulmasıyla görülmüştür. Türkiye'de de, Osmanlı'nın son dönemlerine doğru iş güvenliği ile ilgili basit düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk iş kanunu 1936'da çıkarılan 3008 Sayılı İş Kanunu'dur. Ancak bu kanunda işçilerin sosyal güvenliği ile ilgili pek çok eksiklik bulunmaktadır. 1955 yılında ILO'nun katkıları ile iş güvenliğini geliştirmek üzere kurulmuş olan özerk Yakın ve Ortadoğu Çalışma Enstitüsü (YODÇEM) 1970'lerden sonra Çalışma Bakanlığı bünyesine katılmıştır. Yine ILO'nun ve BM kalkınma programlarının desteği ile ve 1963'te kabul edilen

işçi sağlığı ve iş güvenliğine yönelik 174 sayılı kanun çerçevesinde 1968 yılında İSGÜM (işçi sağlığı ve iş güvenliği merkezi) kurulmuştur. Türkiye’de birkaç bağlı merkez açılmış ve yakın zamanda Çalışma Bakanlığı’nda bir genel müdürlüğe dönüştürülmüştür. İlk kez Ankara ve İstanbul’da SSK bünyesinde meslek hastalıklarını tarama ve bilimsel çalışmalar için meslek hastalıkları hastaneleri kurulmuştur. Daha sonra bunlara İzmir ve Zonguldak’ta da yenileri eklenmiş, ancak süre içinde işlevleri azalmış genel ya da özel hastanelerin birimleri haline dönüşmüşlerdir.

İlk kez meslek hastalığı adının geçtiği kanun, “6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu’dur” ve 13 Şubat 1957’de resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Burada meslek hastalığı maluliyeti normal maluliyetten ayrı olarak ele alınmıyordu ve malulen emeklilik için çalışma gücünün en az 2/3’ünü kaybetmiş olma şartı getirilmişti. Buna göre en az 3000 gün prim ödemesi yapmak gerekiyordu. Geçindirmekle mükellef kimsesi olanlar ortalama aylıklarının %50’si, olmayanlar %35’i ve bakıma muhtaç olanlar da %60’ı nispetinde emekli aylığına hak kazanıyorlardı.

Türkiye’de meslek hastalığının tam tanımının ilk kez yapıldığı, hangi hastalıkların meslek hastalığı olarak kabul edileceği, hangi şartlarda ve oranlarda maluliyetin belirleneceği konusunun ele alındığı yasal dayanak, 22 Haziran 1972’de ilk kez yayınlanan ve daha sonra 23 Mart 1979’da ilk kez ve 3 Temmuz 1985’te ikinci kez ele alınarak yayımlanan “Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü’dür”.

Bu tarihten itibaren kamu çalışanlarına, çeşitli iş kollarına, Bağ-Kur ve emekli sandığına bağlı çalışanlara yönelik olmak üzere çok sayıda özel yönetmelik çıkarılmış ve uygulanmaya çalışılmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, TC Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü’nün 20.05.2006 Resmi Gazete tarihli 5502 Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı’nın birleşmesi ile birlikte yeni kanunda, vatandaşları daha kapsayıcı bir sağlık güvencesi sunmak, bu sigortaların kapsamını, yararlanacak kişileri ve düzenlenecek hakları, bu haklardan yararlanma koşullarını ile finansman şeklini tespit etmek amacı ile

sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının çalışması ile ilgili yöntem ve esasları düzenlenmiştir. (8)

Bu kanuna dayanak olarak hazırlanan “alışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” 11.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu tarihe kadar belirlenen maluliyet durumları 1972 tarihli “Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü’ne” göre tespit edilmiş, hesaplanan oranlar bu tzğn ekindeki cetveller esas alınarak hesaplanmıştır.

“30.03.2013 tarih ve 28603 Resmi Gazete sayılı zrllk lt, Sınıflandırması ve zrllere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” zrl sağlık kurulu raporlarının alınma yöntemi, geçerlilik durumu, hesaplanması ve zrl sağlık kurulu raporu verebilecek yetkili kurumlarının belirlenmesi ile ilgili yöntem ve esasları tespit etmek; zrllerle alakalı derecelendirme, sınıflandırma ve tanımlama ihtiyacı duyulan alanlarda yeknesak bir yöntem belirlemek ve uluslararası sınıflandırmaların ve ölçütlerin kullanımının yaygınlaştırılması amacına yönelik olarak hazırlanmıştır.

“03.08.2013 tarih ve 28727 Resmi Gazete sayılı Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği”; “31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na göre sigortalı olarak tespit edilenlerin maluliyet işlemleri, çalışma gücü kaybı ve erken yaşlanma durumları, bu şahışların bakmakla yükümlü oldukları veya üzerinde hak sahibi oldukları çocuklarının maluliyet ve başka birinin sürekli bakımına ihtiyaç duyacak seviyede ağır engellilik durumlarının belirlenmesine, bu tespitlerde esas alınacak sağlık kurulu raporlarına ilişkin yöntem ve esasları düzenlemektir.” Bu yönetmelik hükümleri “28.09.2021 tarihinde yayımlanan Maluliyet Ve alışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği” ile yürürlükten kaldırılmıştır. (5)

“20 şubat 2019 tarih ve 30692 Resmi Gazete sayılı Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik”; “Erişkinler İçin Engellilik Sağlık Kurulu Raporu ile Erişkinler İçin Terör, Kaza ve Yaralanmaya Bağlı Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporu’nun alınması, geçerlilikleri, hesaplanması ve bu raporu verebilecek yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarının

belirlenmesi ile ilgili yöntem ve esasları belirlemek; engellilerle ilgili derecelendirme, sınıflandırma ve tanımlamalara ihtiyaç duyulan alanlarda ortak bir uygulama geliştirmek ve uluslararası sınıflandırmaların ve ölçütlerin kullanımının yaygınlaştırılması” amacıyla yayımlanmıştır. (6)

“20.02.2019 tarih ve 30692 Resmi Gazete sayılı Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik”; “Bu Yönetmeliğin amacı; Çocuklar İçin Terör, Kaza ve Yaralanmaya Bağlı Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporunun alınış, geçerlilik, hesaplama ve bu raporları verebilecek yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarının belirlenmesi ile ilgili yöntem ve esasları tespit etmek ve çocuklar ile ilgili özel gereksinim alanlarının tespit edilmesine yönelik ortak bir uygulama alanı geliştirmek” amacıyla yayımlanmıştır. (9)

Bu yönetmeliklerden;

“Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik”, “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik” ve “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik’in” dayanağı olarak, “31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun” 31 inci maddesi, “1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun’un” 8 inci maddesi ve “1/7/2005 tarihli ve 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun’un” 5 inci maddesi olarak ifade edilmiştir. (7)

“Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği”, “Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği” ile “Maluliyet Ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği’nin” dayanağı ise “31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Kanun’un” 107’nci maddesi olarak ifade edilmiştir.

Yargıtay ve Sigorta Tahkim Komisyonu tarafından “11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmî gazetede yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında rapor tanzim edilmesi istendiği bilindiği halde, “26.04.2016 ve 29695 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 6704 sayılı kanun ile 2918 sayılı

Karayolları Trafik Kanunu'nun" 90. maddesinde yapılan güncelleme ile, trafik kazalarına bağlı sürekli sakatlık tazminatına yönelik sakatlık oranının tespit edilmesinde, "30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Resmi Gazetede Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında düzenlenecek sağlık kurulu raporunun dikkate alınması gerekmektedir.

Yargıtay 17. Hukuk Dairesi'nin , 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 Dalları tarafından Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği esas alınarak rapor tanzim edilmesi" hakkında hüküm ortaya konmuştur. (10)

Samsun Bölge Adliye Mahkemesi 5. Hukuk Dairesi'nin 10.01.2019 tarih ve 2018/1477-2019/79 esas nolu kararında "haksız fiil, 11.08.2008 tarihinden önce gerçekleşmiş ise Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 11.10.2008 ile 01.09.2013 tarihleri arasında gerçekleşmiş ise Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 01.09.2013 tarihinden sonra gerçekleşmiş ise Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği, 01.06.2015 tarihinden sonra gerçekleşmiş ise Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe göre rapor tanzim edilmesi gerektiği" ifade edilmiştir. (11)

Anayasa Mahkemesi ise 9 Ekim 2020 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan 2019/40 Esas, 2020/40 Karar sayılı kararında "Karayolları Trafik Kanunu'nun 90 ve 92. Maddelerini iptal etmiştir. Bu karardan sonra trafik kazalarında 'Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik'in' kullanılamayacağı" anlaşılmıştır. (12)

Son olarak Yargıtay 4. Hukuk Dairesi 02.06.2021 tarihli 2021/2620 Esas no ve 2021/2238 Karar no'lu ilamı ile "Söz konusu belirlemenin ise Adli Tıp Kurumu İhtisas Dairesi veya Üniversite Hastanelerinin Adli Tıp Anabilim Dalı bölümleri gibi kuruluşlarının çalışma gücü kaybı olduğu iddia edilen

kişide bulunan şikâyetler dikkate alınarak oluşturulacak uzman doktor heyetinden kaza tarihi 11.10.2008 tarihinden önce ise ‘Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü’, ‘11.10.2008 tarihi ile 01.09.2013 tarihleri arasında ise Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği’, ‘01.09.2013-01.06.2015 tarihleri arasında ise Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği’, ‘01.06.2015-20.02.2019 tarihleri arasında ise Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurul Raporları Hakkında Yönetmelik’, ‘20.02.2019 tarihinden sonra ise Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik’ hükümleri dikkate alınarak yapılması gerekmektedir.” şeklinde bir yorum getirmiştir. (13)

Netice olarak maluliyet tespiti için bugüne kadar çok sayıda tüzük, yönetmelik ve cetvel kullanılmış, yapılan kanun ve yönetmelik değişiklikleri, kurum, kuruluş ve mahkemelerin farklı yorumları, üzerine bir de yüksek yargının iptal kararları ile hangi durumda hangi yönetmeliğin kullanılacağı karmakarışık bir hal almıştır.

Aynı cetvelin kullanılmış olduğunu farz etsek dahi birbirinden oldukça farklı tıbbi durumların mevcut olduğunu düşünecek olursak, bir de yönetmelik ve cetvel farkına bağlı farklılıkların mevcudiyeti pek çok çelişkiye neden olmak suretiyle, hem sosyal adalete olan güveni zedelemekte, hem de ilgili kurum ve kuruluşların iş yükünü artırmaktadır.

1.3.3 Maluliyet kim tarafından ve nasıl hesaplanır?

Çalışma gücü ve meslekte kazanma gücünden kayıp oranı, “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında yönetmelik ekinde bulunan tablolar (2, 27) kullanılarak hesaplanır. Yönetmelik ekinde beş adet tablo mevcuttur. Bunlar A, B, C, D ve E şeklinde isimlendirilmiştir.

A tablosu, engellilik raporu oluşturulurken göz önünde bulundurulmuş hastalıkları (arızaları) içerir. A tablosunda on dört liste mevcuttur. Her listede vücudun farklı bir bölümüne/sistemine ait çeşitli arızalar

bulunmaktadır. Listeler roma rakamlarıyla numaralandırılmıştır. Listeler üç sütuna bölünmüştür. Birinci sütun, arızaların sıra numarasını ifade eder. Her listedeki sıra numarası birbirinden farklıdır, yani her listedeki arıza sırası “1” sayısından tekrar başlar. İkinci sütun arızaları açıklayan sütundur. Üçüncü sütunda arızaların ağırlık ölçüleri yazılıdır. İkinci sütundaki arızalar daha alt bir sınıflandırmaya tabii ise “A, a, aa, ab” gibi maddeleme işaretleri ile belirtilir.

B tablosunda meslek grup numaraları bulunur. Çeşitli iş sektörlerini içeren otuz dört liste mevcuttur. Listeler A tablosunda olduğu gibi roma rakamlarıyla numaralandırılmıştır. Her listede iki adet sütun mevcuttur. Birinci sütun mesleklerin adını ve tanımını belirtir. İkinci sütun, meslek grup numaralarını ifade eder. Meslek grup numarası sayı ile belirtilir ve 1 ila 52 arasında meslek grup numarası mevcuttur. Ancak bazı meslekler aynı grup numaralarına sahip olduğundan dolayı mesleklerin sayısı daha fazladır.

C tablosu, iş yapamama sembollerini gösteren tablolardan oluşmaktadır. İş yapamama sembolü “A, B, C, D, E, F, G, H, İ, J, K, L” harflerinden oluşan 12 sembolden meydana gelir. A tablosunda olduğu gibi C tablosunda da on dört tablo bulunmaktadır. Tablonun sol tarafından yani dikey ekseninden arıza sıra numarası seçilir, üst satırından da yani yatay ekseninden de meslek grup numarası seçilir ve kesişim noktası tespit edilir. Kesişim noktasında yer alan harf iş yapamama sembolüdür.

D tablosu, her bir iş yapamama sembolüne göre 38-39 yaşındaki bir kişinin meslekte kazanç kaybı oranını gösteren bir tablodan meydana gelmektedir. Tablonun dikey ekseninden arıza ağırlık ölçüsü, yatay ekseninden de iş yapamama sembolü seçilir. Kesişim yerindeki sayı (oran) 38-39 yaşındaki bir kişinin meslekte kazanç kaybı oranına tekabül eder.

E tablosu, D tablosunda belirlenen oranın kişinin yaşına göre düzenlenmiş meslekte kazanç kaybı oranına dönüştürülmesinde kullanılan tabloyu içerir. Dikey ekseninden D tablosunda tespit edilen oran seçilir, yatay ekseninden de kişinin olay tarihindeki yaşı seçilir. Kişinin yaşına göre düzenlenmiş meslekte kazanç kaybı oranı kesişim yerindeki sayıdır (orandır). ÇGMKG yönetmeliğine kapsamında tanzim edilen raporların sonuç kısmında E tablosunda ifade edilen bu oran yazılır yani E tablosunda belirlenen oran yargı organlarınca dikkate alınan orandır.

Eğer kişinin birden fazla arızası varsa o zaman her bir arıza için A, B, C ve D tablolarındaki adımlar takip edilerek her bir arızanın D tablosuna göre oranı bulunur. Bu oranlar Balthazard yöntemi ile toplanır. Elde edilen sonuç E tablosunda kullanılarak yaşa göre meslekte kazanç kaybı oranı tespit edilir. Birden fazla arızadan oran verilmesi halinde, eğer bir arıza diğerinin sonucu ise bu arızalardan sadece en yüksek olanından oran verilir.

Malulen emekli olma işlemleri ile ilgili olan “3 Ağustos 2013 tarih ve 28727 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği” ise yönetmelikteki tanımıyla kişinin “çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60’ını kaybedip kaybetmediğinin” değerlendirilmesi için düzenlenmiştir. Yönetmelik ekindeki listelerde hangi hastalık veya arızaların bu kapsamda sayılabileceği listelenmiş, kapsama girmeyenler için ise herhangi bir oran belirtilmemiştir. Bu bağlamda belli bir tarihteki travmatik bir olaya bağlı çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranının değerlendirilmesinde “Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği’nin” kullanılması teknik olarak mümkün değildir.

“Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Yönetmeliği’ne” göre hesaplama yapılırken;

Ekinde bulunan cetvelde (Engelli cetveli) hastalıklar/arızalar on beş kategori altında sınıflandırılmıştır. Bu kategoriler; 1-Kulak Burun Boğaz, 2-Zihinsel, Ruhsal, Davranışsal Bozukluklar, 3-Deri, 4-Hematolojik Hastalıklar, 5-Kardiyovasküler Sistem, 6-Görme Sistemi, 7-Sindirim Sistemi, 8-Kadın Hastalıkları ve Doğum, 9-Ürogenital Sistem, 10-Endokrin Sistem, 11-Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi, 12-Yanıklar, 13-Onkoloji, 14-Sinir Sistemi ve 15-Kas-İskelet Sistemi'dir.

Bireyde var olan arızanın Engelli Cetvelindeki karşılığı tespit edilir ve bu arızaya ait oran bireyin engellilik oranıdır. Aynı kategori altında birden fazla arızadan oran verilecekse, bu arızalar Balthazard yöntemi ile toplanarak toplam birey oranı tespit edilir. Birden fazla kategoriden oran verilecekse, her bir kategorinin kişi engellilik oranı tespit edilir ve bu kategorilerden elde edilen kişi engellilik oranları yine Balthazard yöntemi ile toplanarak toplam kişi engellilik oranı belirlenir.

Kas-İskelet Sistemi kategorisinde diğer kategorilerden farklı olarak üst ekstremitte engellilik oranı, el engellilik oranı, parmak engellilik oranı, alt ekstremitte engellilik oranı ve ayak engellilik oranı gibi ek kavramlar mevcuttur. Örneğin, parmak kırığına bağlı parmak fleksiyon kısıtlılığı arızalarında parmak engellilik oranı tespit edilir, daha sonra bu parmak engellilik oranı, dönüştürme tabloları ile el engellilik oranına, el engellilik oranı ise üst ekstremitte engellilik oranına ve üst ekstremitte engellilik oranı da son olarak kişi engellilik oranına dönüştürülür. Örneğin, eğer birden fazla parmakta hareket kısıtlılığı arızası varsa, her bir parmağın parmak engellilik oranı tespit edilip toplanarak, sırasıyla el engellilik oranına, üst ekstremitte engellilik oranına ve kişi engellilik oranına dönüştürülür.

Engelli cetvelinde ÇGMK cetvelinden farklı olarak engellilik oranları yaş ve mesleğe göre değişmez. Sadece 60 yaş ve üzeri kişilerin toplam kişi engellilik oranına ek olarak Balthazard yöntemi ile %10 engellilik oranı eklenir. (14)

Özürlülük Ölçütü Yönetmeliği'nin revize edilmesiyle "Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliği" düzenlenmiştir. Önceki yönetmeliğe göre bir takım değişiklikler yapılmış ise de, özellikle maluliyet hesaplamalarında sıklıkla kullandığımız Kas İskelet Sistem, Görme Sistemi, Deri, Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Sinir Sistemi ve Yanıklar olmak üzere, bunların yanında Kadın Hastalıkları ve Doğum, Sindirim Sistemi, Kardiyovasküler Sistem listelerinde de değişiklik olmadığı, Erişkinler için Engellilik Yönetmeliği'nde Özürlülük Ölçütü Yönetmeliği'nden farklı olarak; özürlülük kavramı yerine engellilik kavramı, 60 yaş üzeri yerine 65 yaş ve üstündeki kişilerin engel oranlarına ek olarak Balthazard formülü ile %10 oranında bir ekleme yapılması, ağır özürlü kavramı yerine kısmi bağımlı veya tam bağımlı engelli birey kavramı gibi kısmi değişiklikler yapıldığı görülmektedir. Ayrıca, maluliyet hesaplamalarında özellikle sıklıkla kullanılan kas iskelet sistemi, görme sistemi, deri, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi, yanıklar, kulak burun boğaz ve sinir sistemi olmak üzere bunların yanında kardiyovasküler sistem, sindirim sistemi, kadın hastalıkları ve doğum listelerinde önemli değişiklik yapılmamıştır. Ancak zihinsel, ruhsal ve davranışsal bozukluklar, ürogenital sistem, endokrin sistem, hematolojik

hastalıklar ve onkolojik hastalıklar listelerinde hastalıkların engel oranlarına ait kısmen artma veya azalma şeklinde düzenlemeler yapılmıştır.

Ayrıca tüm arıza listelerinde 18 yaşını doldurmamış kişilere yönelik tanımlamalar ayrılarak “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” adıyla yeni bir yönetmelik yayınlanmıştır (20.02.2019 Tarih ve 30692 Sayılı Yayımlanan Resmi Gazete). “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) Yönetmeliği'nin” amacı, çocukluk döneminin gelişim süreci açısından erişkin dönemden farklılık göstermesinden dolayı, özel gereksinimleri (engelleri) olan çocukların gereksinimlerinin erişkinlerden farklı şekilde belgelenerek sağlık, eğitim, rehabilitasyon, diğer sosyal ve ekonomik haklara, hizmetlere erişimlerinin sağlanmasıdır. Bu amaç yönelik olarak, yönetmelik çocuklarda karşılaşılan doğumsal ya da edinsel doğal nitelikli tıbbi patolojilere yönelik olarak hazırlanmış olup, yönetmeliğin kılavuzunda 23 alt başlık halinde tanımlanmış bulunan farklı alanlara ait doğal hastalıklar ve sendromlar tanımlanmış (nöromyelitis optica, epileptik ensefalopati, omfalosel gibi), bunların karşılığında da herhangi bir sayısal oran tayin edilmeksizin sadece özel koşul gereksinimi bulunup bulunmadığı ve düzeyi gösterilmiştir. Bu yönetmelik ve kılavuzunda yer alan hastalıklar listesinde travmatik arızalar ve bunların sekellerinden bahsedilmemektedir. Bu sebeple Adli Tıp alanında temel konu olan travmatik nedenli patolojiler ve geçirilen travmalardan sonra vücutta kalan sekellerin objektif şekilde niceliksel olarak ortaya konması amacıyla kullanılması mümkün değildir. Bu bağlamda çocukluk çağındaki bireylerin travma sonrası arızalarının tespiti ve bunların sebep olduğu kişinin vücut genel çalışma gücünden kayıp oranlarının belirlenmesi amacıyla “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” ya da “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” kapsamında değerlendirme yapılması uygun görünmektedir.

Bedensel zararın meydana geldiği her durumda, TBK Md. 54'e göre; “Tedavi giderleri, Kazanç kaybı, Çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar, Ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar” meydana gelebilmekte, bedensel zarara uğrayan tarafından bu zararların tazmini talep edilebilmektedir. Bu zarara bağlı maluliyet oranı

belirlenmesi, Sosyal Güvenlik Kanunu'nun kapsamı içerisindeki hallerde, maluliyet aylığı, meslek hastalığına bağlı tedavi giderleri gibi konularda, “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” Md. 5 kapsamında, “iş kazası ve meslek hastalıkları sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye; Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet üniversitelerinin hastaneleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı asker hastaneleri, sigortalıların ikamet ettikleri illerde (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen hastanelerin bulunmaması durumunda Sağlık Bakanlığı tam teşekküllü hastanelerinin yetkili olduğu” ifade edilmektedir. Bununla birlikte Sosyal Güvenlik Kanunu'nun kapsamı dışında bulunan örneğin, kasten yaralama, taksirle yaralama, özel sigorta uyuşmazlıkları gibi hallerde, ayrıca iş kazası, meslek hastalığı, maluliyet aylığına hak kazanacak yaşlılık, bakıma muhtaçlık gibi hallerde kurumdan ve yahut hastanelerden alınan raporlarda çelişki olması gibi durumlarda Adli Tıp Kurumu ve üniversite hastanelerinin Adli Tıp Anabilim Dallarından rapor talep edilebilmektedir.

Adli Tıp uzmanları tarafından düzenlenen raporlar, hukuki olay ile bedensel zarar arasındaki illiyetin kurulması, multidisipliner heyet raporlarının çıkarılması, ayrıntılı, gerekçeli, denetime elverişli raporlar olması sebebiyle Sigorta Tahkim Komisyonları ve mahkemeler tarafından talep edilmektedirler. Bununla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı sağlık kurulları tarafından düzenlenen raporlar ile Adli Tıp Kurumu ve Adli Tıp Anabilim Dallarınca düzenlenen raporlar arasında yaklaşım ve yorum farklarının bulunması, mahkemeler tarafından rapor talep edilirken raporda yer alması istenen hususların açıkça belirtilmemesi, hukuki olay ile birden fazla rapor alındığı takdirde rapor tarihleri arasında geçen zaman zarfında sekel bakımından değişiklik olması gibi sebeplerle raporlar arasında fark ve çelişkiler bulunabilmektedir. Bu çelişkilerin giderilmesi için geçen süre hukuki olarak mağduriyete sebep olabilmektedir.

2. MATERYAL- METOD

Çalışmamıza Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.05.2023 tarih ve E-60116787-020-374269 sayılı etik kurul onayı alınarak başlandı.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı arşivindeki 2013-2022 yılları arasında hazırlanan tüm arşiv kayıtları retrospektif olarak tarandı (n=13326). Arşiv dosyaları incelenerek adli tıbbi değerlendirme yapılan ve maluliyet raporu düzenlenen olgular belirlendi (n=1464). Belirlenen raporlar fotoğraflanarak dijital ortama aktarıldı. Fotoğraflar Google Documents (OCR) üzerinde metin haline getirilerek Google Sheets üzerine aktarıldı. Bu aşamadan itibaren tüm parametreler Google Sheets formülleri, makro ve Appscript kodları kullanılarak metnin içerisinden ayrıştırıldı. Düşük netlik ve yazım hatası gibi sebeplerle formül ile tespit edilemeyen parametreler manuel olarak tespit edilerek kaydedildi. Veriler sıralı ve rastgele olarak kontrol edilerek doğruluğu tespit edildi. Kodifikasyon için yapay zeka yardımı alındı. Bu yöntemle son derece hızlı ve başarılı bir şekilde veriler tasnif edildi. Tüm olgular yaş, cinsiyet, raporun istendiği makam verileri kategorize edildi.

Tespit edilen raporlar; dava konusu olayın tarihi, tarafımıza başvuru tarihi, rapor tarihi, ilgili olayın orijini, maluliyetin belirlendiği yönetmelik, takdir indirimi kullanılıp kullanılmaması, geçici maluliyet süreleri, sürekli maluliyet oranları, arıza kategorileri, konsültasyon istenip istenmemesi ve konsültasyon istenen branşlar, dosya içerisinde ilgili olay ile alakalı önceden alınmış rapor olup olmaması şeklinde kategorize edildi.

Rapor düzenlendikten sonra mahkemece ek rapor talep edilen olguların yalnızca oran belirtilen raporu esas alındı. Bunun dışında maluliyet raporu içerisindeki çelişkinin giderilmesi, maddi hatanın düzeltilmesi, evrak talep edilmesi ve yazışma gibi dosyalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bunların haricinde yalnızca bakıcıya ihtiyaç, illiyet, Türk Borçlar Kanunu'na göre "ağır bedensel zarar" kategorisinde olup olmadığı, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları kapsamında uğradığı bedensel zararın ağırlığı, değişen durum sorulan az sayıda olgu, maluliyet değerlendirmesine benzer bir değerlendirme olarak düşünüldü

ve çalışmaya dahil edildi. Ancak bu olgular ayrı bir liste halinde sunuldu ve kısaca bahsedildi.

Daha önce düzenlenmiş raporu olan olguların kaç tane eski raporu olduğu, bu raporları aldıkları merkez, raporun tarihi, yönetmeliği ve verilmiş bulunan sürekli maluliyet oranları bulundu ve bunlar ayrıca kaydedildi. Ayrıca eski raporu olan olgular sağlık kurulu raporu olan ve Adli Tıp Anabilim Dallarından alınmış raporu olanlar şeklinde ayrılarak kendi içerisinde de istatistik tutuldu.

Trafik kazaları şahsın kaza esnasındaki konumuna göre; şoför, yolcu, yaya ve motosiklet kazası şeklinde ayrıldı.

Yönetmelikler arasında arızaların farklı gruplarda ve farklı isimli kategorilerde tanımlanması nedeniyle SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Yönetmeliği ve Maluliyet Tespit İşlemleri Tüzüğü üzerinden düzenlenen raporlardaki arıza listeleri ile Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ve Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik üzerinden düzenlenen raporlardaki arıza kategorilerinin başlıkları mümkün olduğunca birbiriyle eşleştirilmeye çalışıldı. Aşağıdaki tablo bu eşleştirmeyi göstermektedir.

Tablo 1. Yönetmelik eklerindeki arıza cetvellerinin kombinasyonu

Yaptığımız İsimlendirme	SSK & ÇGMKG & MTİ	ÖÖ & EE
Nörolojik ve Psikiyatrik Arızalar	I. Liste (Baş Arızaları)	Sinir Sistemi Zihinsel, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar
Görme Arızaları	II. Liste (Göz Arızaları)	Görme Sistemi
Kulak Burun Boğaz Arızaları	III. Liste (Kulak Arızaları) IV. Liste (Yüz Arızaları) V. Liste (Boyun Arızaları)	Kulak Burun Boğaz

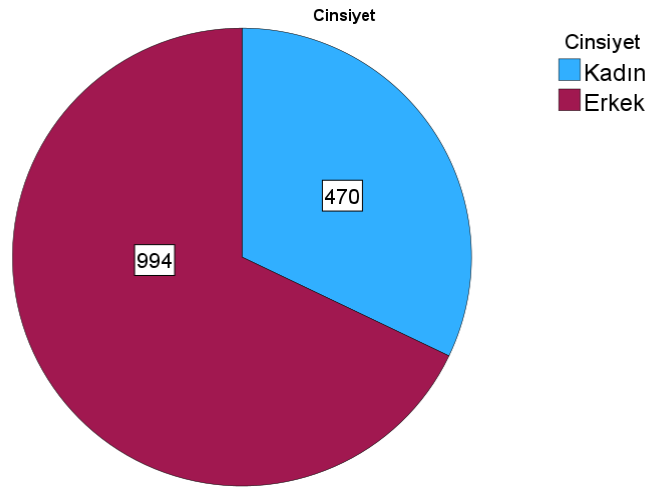
Göğüs ve Solunum Sistemi Arızaları	VI. Liste (Göğüs Arızaları)	Göğüs ve Solunum Sistemi
Üst Ekstremitte Arızaları	VII. Liste (Omuz ve Kol Arızaları) VIII. Liste (El Bileği ve El Arızaları) IX. Liste (El Parmakları Arızaları)	Kas İskelet Sistemi - Üst Ekstremitte
Omurga Arızaları	X. Liste (Omurga Arızaları)	Kas İskelet Sistemi – Omurga
Sindirim Sistemi Arızaları	XI. Liste (Karın Arızaları)	Sindirim Sistemi
Alt Ekstremitte Arızaları	XII. Liste (Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızaları)	Kas İskelet Sistemi - Alt Ekstremitte
Diğer Arızalar	XIII. Liste (Endokrin, Metabolizma ... Hastalıkları)	Kardiyovasküler Hastalıklar & Ürogenital Sistem
Deri Arızaları	XIV. Liste (Deri Arızaları ve Yanıklar)	Deri & Yanık

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 29.0 paket programında yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler için ki kare testi kullanıldı. Cinsiyet ile yaş arasındaki ilişki bağımsız örneklem t testi kullanılarak değerlendirildi. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3. BULGULAR

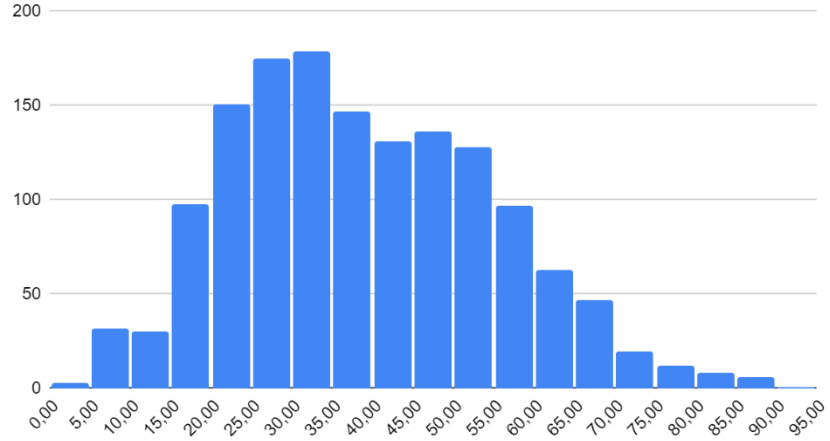
3.1 Sosyodemografik Veriler

Anabilim Dalımızca 01.01.2013 ile 31.12.2022 tarihleri arasında düzenlenen 1464 maluliyet raporu tespit edildi. Olguların 994'ü (%67) erkek, 470'i (%33) kadındı. (Şekil 1)



Şekil 1. Rapor düzenlenen olguların cinsiyetlerine göre dağılımı

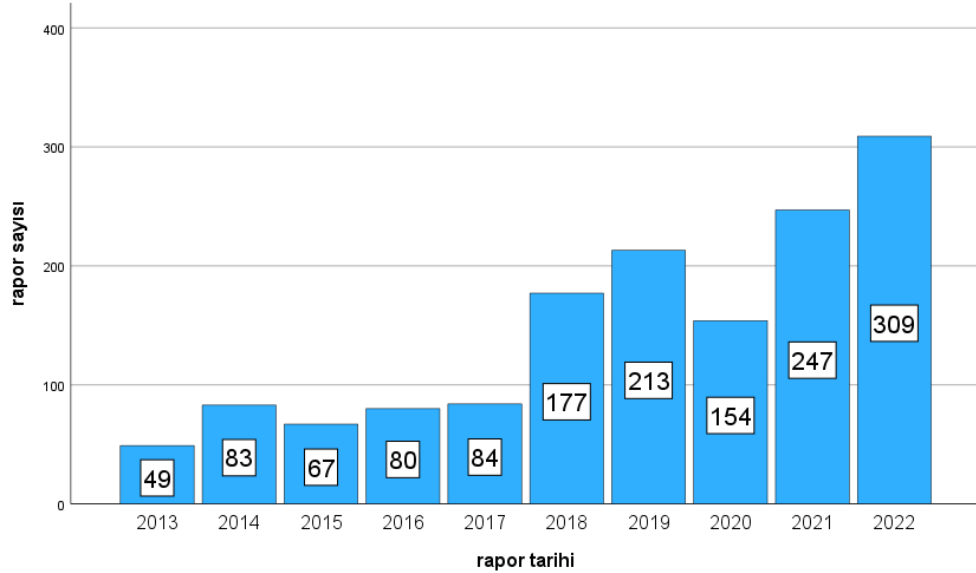
Olguların yaş ortalaması 38,3 idi. Erkeklerin yaş ortalaması 37,4 (min:3, maks:87, medyan:36), kadınların yaş ortalaması 40,4 (min:6, maks:90, medyan: 39) olarak tespit edildi. Olguların beşerli yaş aralıklarında dağılımları grafik halinde gösterildi. (Şekil 2)



Şekil 2. Rapor düzenlenen olguların yaşlarına göre dağılımı

3.2 Olay, başvuru ve rapor tarihleri arasındaki karşılaştırma verileri

Rapor tarihleri kronolojik olarak sıralandığında yıllara göre dağılım artış eğiliminde olduğu tespit edildi. 2020 yılında rapor sayılarındaki azalma dikkati çekti. (Şekil 3)

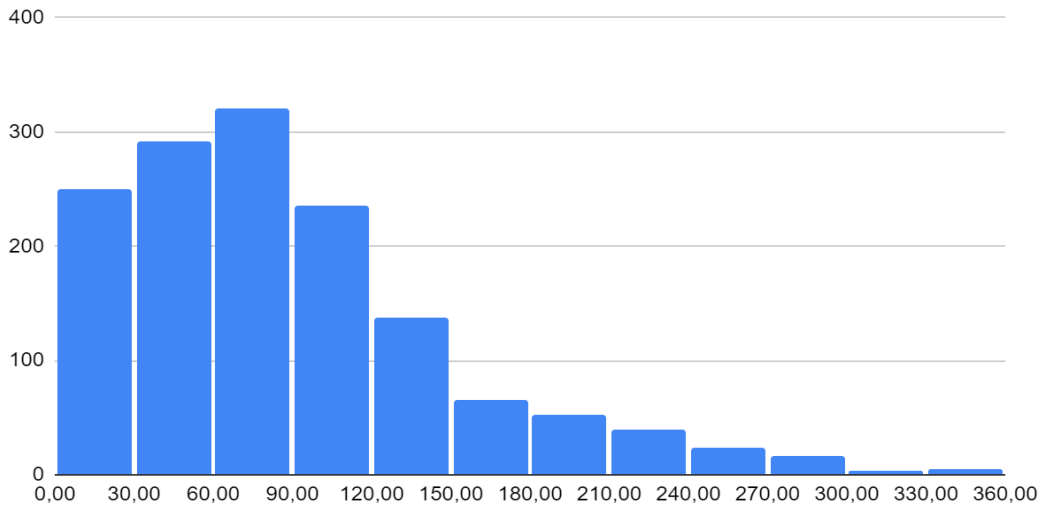


Şekil 3. Raporların yıllara göre dağılımı

Olguların tarafımıza başvuru tarihleri ile raporun imzalanarak gönderilmeye hazır hale geldiği rapor tarihleri birbirleri ile karşılaştırıldı. Bu karşılaştırma ile

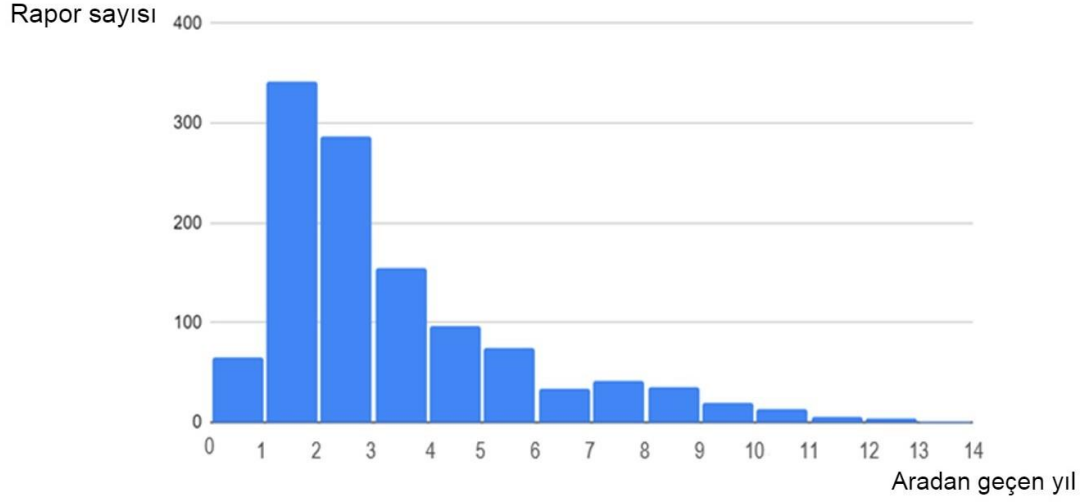
Anabilim Dalımız tarafından maluliyet olgusunun ortalama raporlanma süresi tespit edildi. Raporların %76'sının ilk 4 ay (120 gün) içerisinde, ortalama olarak da 95,9 günde çıktığı belirlendi. (Şekil 4)

Ayrıca Sigorta Tahkim Komisyonu'ndan gelen 66 rapor incelendi ve ortalama 22,2 günde raporlandığı gözlemlendi. (min:1 – maks:121)



Şekil 4. Tarafımıza başvuru tarihi ile rapor tarihi arasında geçen zamanın dağılımı

Dava konusu olay tarihi kaydedilerek bu tarihle başvuru tarihi arasındaki geçen süre karşılaştırıldı. Bu karşılaştırma ile düzenlenen raporların olay tarihi üzerinden ortalama ne kadar süre sonra muayene edildiği tespit edilmeye çalışıldı. Bu orana sağlık kurulu raporları hariç eski raporu olan, yani itiraz veya çelişki üzerine tekrar muayene edilerek rapor düzenlenen olgular dahil edilmedi. 1178 rapor arasında yapılan hesaplamada raporların ortalama 3,4 yıl (1250 gün) önce meydana gelen olaylara yönelik olarak düzenlendiği tespit edildi. (Şekil 5)

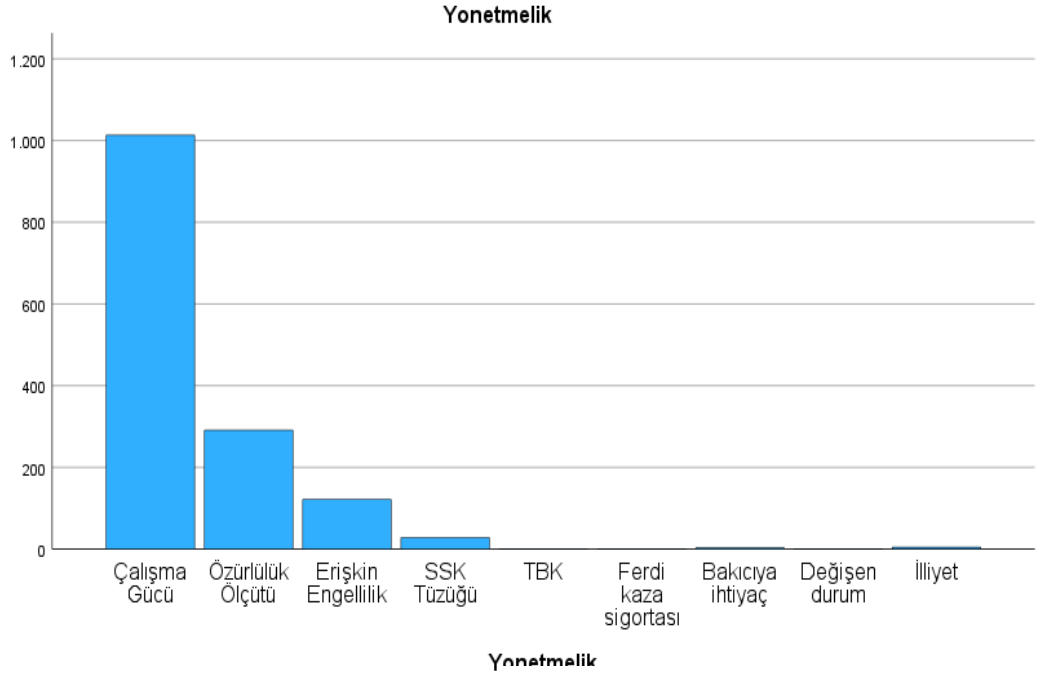


Şekil 5. Olay tarihi ile tarafımıza başvuru tarihi arasında geçen zamanın dağılımı

3.3 Yönetmelikler ile ilgili istatistikler

3.3.1 Yönetmeliklerin dağılımı

İncelenen raporlar düzenlendikleri yönetmeliğe göre sınıflandırıldığında; 1013'ü "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" kapsamında (%69,1), 291'i "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması Ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında (%19,8), 121'i "Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik" kapsamında (%8,2), 28'i "SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü" kapsamında (%1,9) düzenlendiği belirlendi. Bunların haricinde 5'i "illiyet bağı olup olmadığı", 3'ü "bakıcıya ihtiyaç", 1'i "Ferdî Kaza Sigortası Genel Şartları kapsamında olup olmadığı", 1'i "değişen durum olup olmadığı", 1'i "TBK md.56 kapsamında ağır bedensel zarar olup olmadığı" yönünde rapor düzenlendiği tespit edildi. Bakıcı ihtiyacı hususunda diğer raporlar içerisinde de mahkeme tarafından sorulduca cevaplandırıldığı görüldü, bununla birlikte 3 raporun sadece bakıcı ihtiyacı için düzenlendiği tespit edildi. Ayrıca bazı raporların sonuç kısmında iki ayrı yönetmeliğe göre oran belirtildiği görüldü, bu raporlarda ilk belirtilen orana ait yönetmelik istatistiğe dahil edildi. (Şekil 6)



Şekil 6. Yönetmeliklerin dağılımı

3.3.2 Takdir indiriminin kullanımı

Takdir indirimi kullanılan raporların oranına bakıldığında 39 adet raporda (%2,6) takdir kullanıldığı, kullanılan takdir indirimlerinin 1/2 ile 7/8 arasında değiştiği, 1 olguda ise oranın taktiren 2 katına çıkarıldığı tespit edildi. Takdir kullanılan raporların 32'sinin (%82) "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" kapsamında düzenlenen raporlar olduğu dikkati çekti. (Tablo 1)

Tablo 1. Yönetmelik ve takdir indirimi oranlarının karşılaştırılması

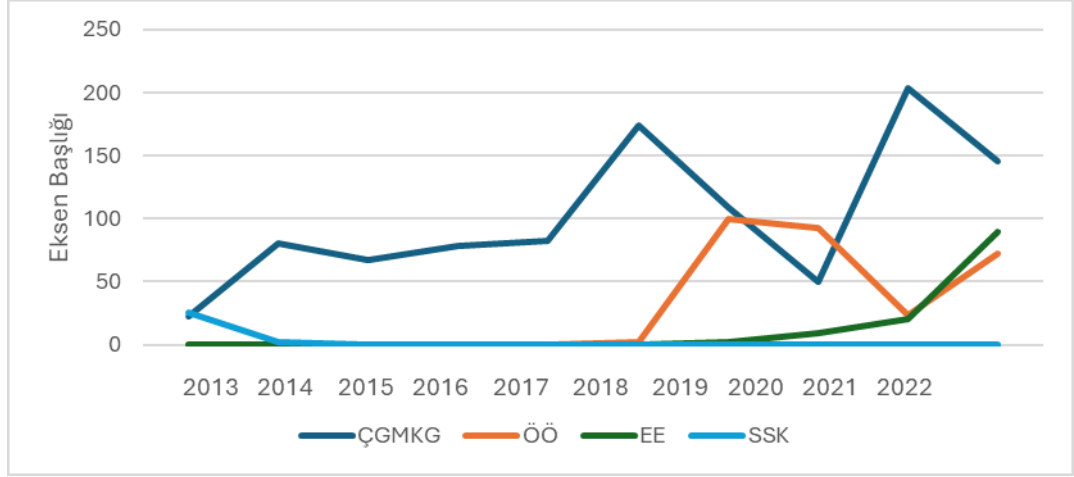
	1/2	1/3	1/4	1/5	2	2/3	2/5	3/4	3/5	4/5	7/8	Toplam
Çalışma Gücü	11	4	1	3	1	3	2	2	2	2	1	32
Özürlülük Ölçütü	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Erişkin Engellilik	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
SSK Tüzüğü	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

3.3.3 Yönetmeliklerin yıllara göre dağılımı

Raporların düzenlendikleri yıllara göre yönetmeliklerin dağılımı incelendiğinde; 2013 yılı başlarında “SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü” kapsamında düzenlendiği, 2013 yılı sonlarından itibaren “Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında düzenlenmeye başlayan raporların sayısında ve oranında 2019 yılına kadar artış olduğu, 2019 ve 2020 yıllarında “Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında düzenlenen raporların sayı ve oran olarak azaldığı, 2021 yılında tekrar ve belirgin bir yükselişe geçtiği, 2022 yılında tekrar azaldığı gözlenmiştir. “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında 2018 yılının sonlarında düzenlenmeye başladığı, 2019 ve 2020 yıllarında oransal olarak bu raporların daha çok düzenlendiği her ne kadar 2020 yılında sayıca azalmış olsa da oran olarak yükseldiği, 2021 yılında ciddi bir azalma yaşadığı 2022 yılında ise tekrar yükselişe geçtiği belirlenmiştir. 2019 yılının sonlarında düzenlenmeye başlayan “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” kapsamında düzenlenen raporların sayısal ve oransal olarak yükseliş eğiliminde olduğu görüldü. (Tablo 2 ve Şekil 7)

Tablo 2. Rapor tarihi ile yönetmeliklerin karşılaştırılması

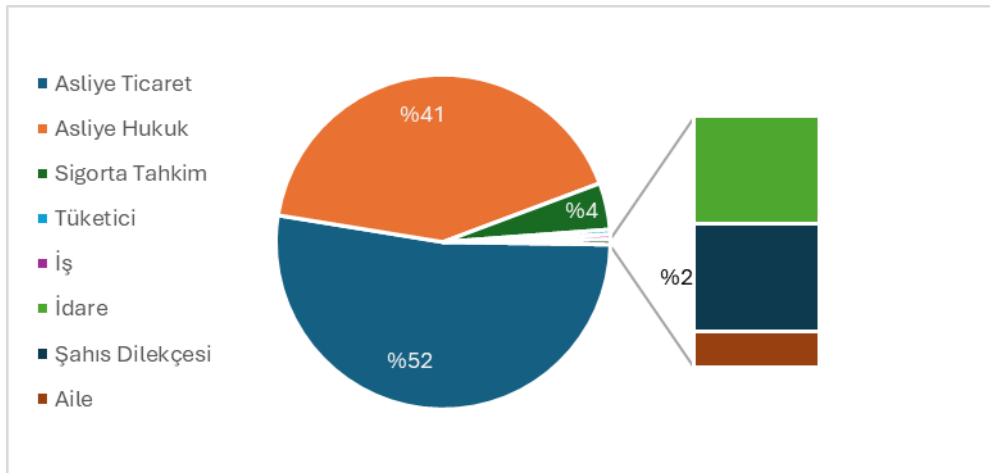
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ÇGMKG	22	80	67	78	83	174	109	50	204	146
ÖÖ	0	0	0	0	0	2	100	93	24	72
EE	0	0	0	0	0	0	2	9	20	90
SSK	26	2	0	0	0	0	0	0	0	0
TBK	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ferdi Kaza	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Bakıcıya ihtiyaç	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
Değişen durum	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
İllyet	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
TOPLAM	49	83	67	80	84	177	213	154	248	309



Şekil 7. Yönetmeliklerin yıllara göre kullanım sayıları

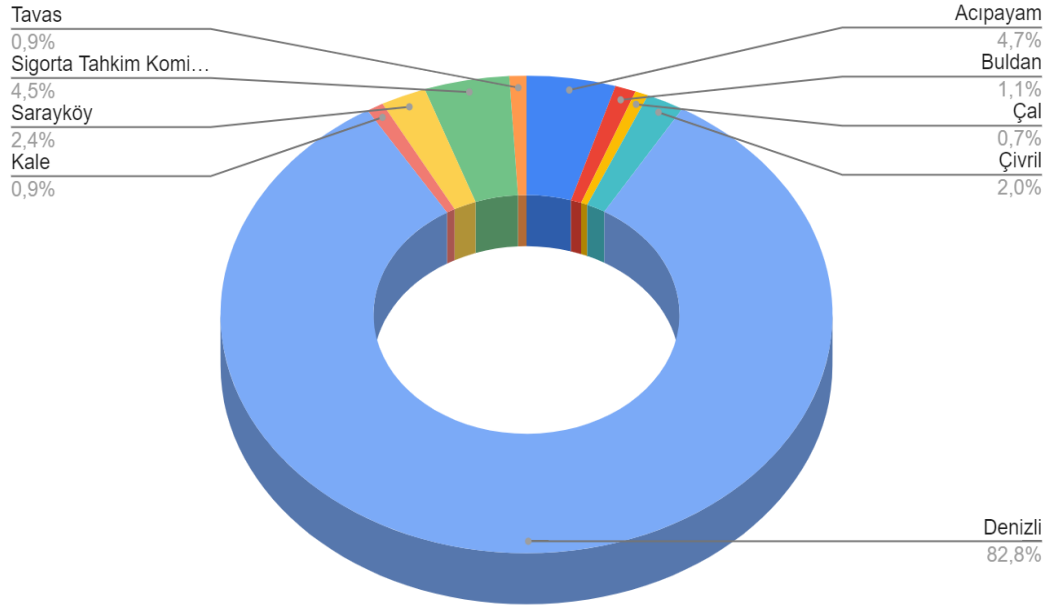
3.4 Rapor talep eden makama ait veriler

Tarafımıza dosya gönderen mahkemeler incelendiğinde; en sık Asliye Ticaret Mahkemeleri tarafından (%52), ikinci sıklıkla Asliye Hukuk Mahkemeleri tarafından (%41), daha sonra ise Sigorta Tahkim Komisyonları tarafından (%4) rapor talep edildiği görüldü. Tüketici Mahkemeleri, Aile Mahkemeleri, İş Mahkemeleri ve İdare Mahkemelerinden gelen dosyaların, incelenen tüm dosyaların %2'sini oluşturduğu tespit edildi. (Şekil 8)



Şekil 8. Mahkemelerin Dağılımı

Rapor talep eden mahkemelerin hangi il ve ilçeden olduklarına bakıldığında; %97 (n=1430) oranında Denizli il ve ilçelerinden oluştuğu belirlendi. Diğer raporların da başta çevre il ve ilçeler olmak üzere yurdumuzun çeşitli illerinden gönderildiği gözlemlendi. Bununla birlikte başta Muğla, Aydın, Burdur, Uşak, Isparta çevre iller ve bunların ilçeleri olmak üzere, İstanbul, Ankara, Hatay, Tokat, Van gibi ülkemizin pek çok şehrinden gönderilen dosyalar mevcuttu. Denizli ilçelerine bakıldığında en yüksek oranda Acıpayam, Sarayköy ve Çivril ilçelerindeki mahkemelerden rapor talep edildiği görüldü. (Şekil 9)



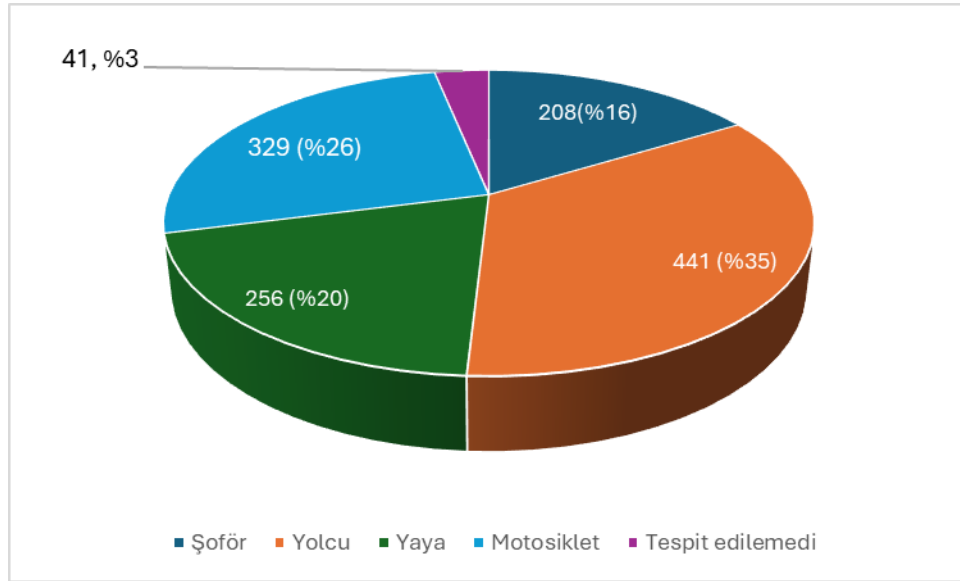
Şekil 9: İlçelere göre dosyaların dağılımı. Çameli ve Çardak ilçelerindeki mahkemelerden gelen dosyalar %0,1 oranında olduğu için grafikte yer almamaktadır.

3.5 Olay orijinlerine ait veriler

Olguların dava konusu olay orijinleri değerlendirildiğinde; 1275 (%87,0) olgunun trafik kazası sebebiyle mahkemeye başvurduğu anlaşıldı. Diğer orijinler sırasıyla; kasten yaralama 67 olgu (%4,5), iş kazası 47 olgu (%3,2), kusur

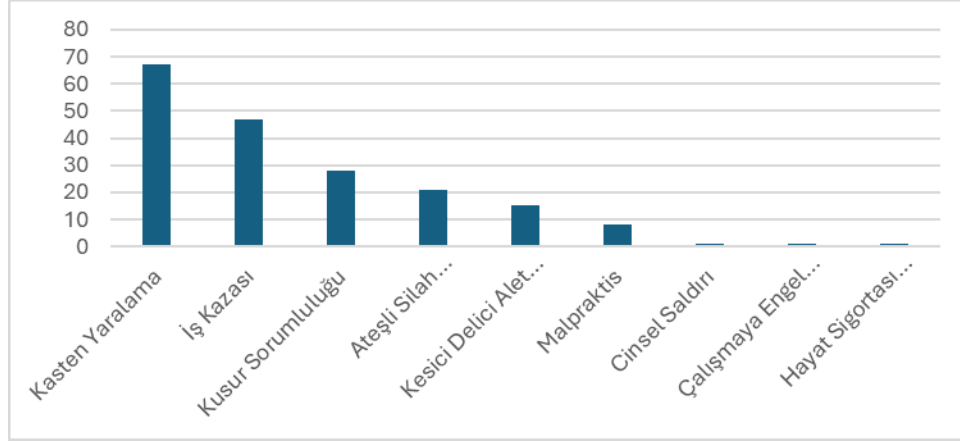
sorumluluğu 28 olgu (%1,9), ateşli silah yaralanması 21 olgu (%1,4), kesici delici alet yaralanması 15 olgu (%1,0), tıbbi kötü uygulama 8 olgu (%0,5), cinsel saldırı 1 olgu, çalışmaya engel durum 1 olgu, hayat sigortası kapsamında 1 olgu olarak tespit edildi.

Trafik kazası olguları ciddi bir çoğunluk teşkil etmesi sebebiyle kendi içerisinde; şoför, yolcu, yaya ve motosiklet kazaları şeklinde ayrıldı. Dosya içerisindeki bilgilerden kaza sırasındaki konumu anlaşılamayan az sayıda olgu mevcuttu. Araç içerisinde şoför olarak seyir halindeyken trafik kazası geçirenlerin sayısı 208 (%16,1), yolcu olarak seyir halinde olanların sayısı 441 (%34,6), yaya iken trafik kazası geçirenlerin sayısı 256 (%20,1), motosiklet ile seyir halindeyken trafik kazası geçirenlerin sayısı 329 (%25,6) idi. 41 (%3,4) dosyada kaza esnasındaki konuma ait bir bilgi bulunamadı. (Şekil 10)



Şekil 10. Trafik kazası sırasındaki konum

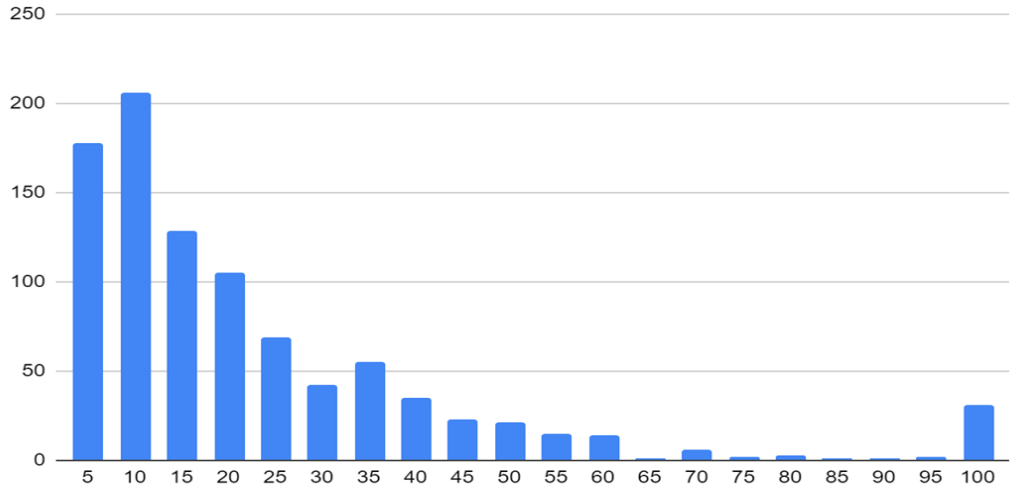
Trafik kazası dışında diğer orijinler kendi aralarında karşılaştırıldı. (Şekil 11)



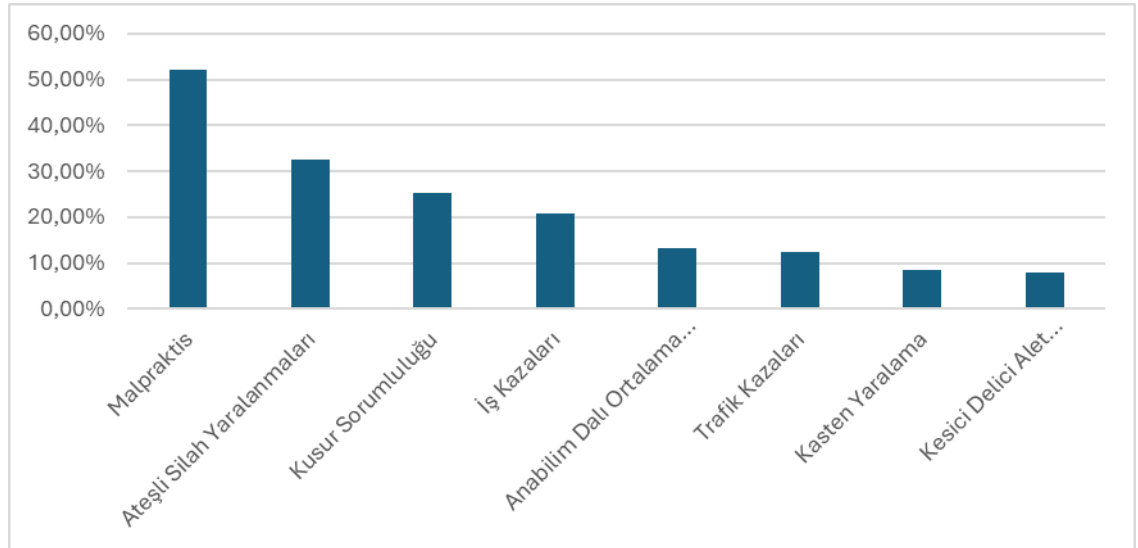
Şekil 11. Trafik kazası dışında kalan olguların dağılımı

3.6 Kalıcı maluliyet oranlarına, geçici iş göremezlik sürelerine ve bakıcı ihtiyacına ilişkin veriler

Tüm vakaların maluliyet oranları incelendiğinde; Anabilim Dalımız tarafından verilen ortalama maluliyet oranının %13,31 olduğu belirlendi. (Şekil 12) Trafik kazalarında verilen ortalama maluliyet oranı %12,46, kasten yaralama olgularında %8,6, iş kazası olgularında %20,7, kusur sorumluluğu olgularında %25,2, ateşli silah yaralanması olgularında %32,5, kesici delici alet yaralanmalarında %7,9, tıbbi kötü uygulama olgularında %52,2 olduğu tespit edildi. (Şekil 13)



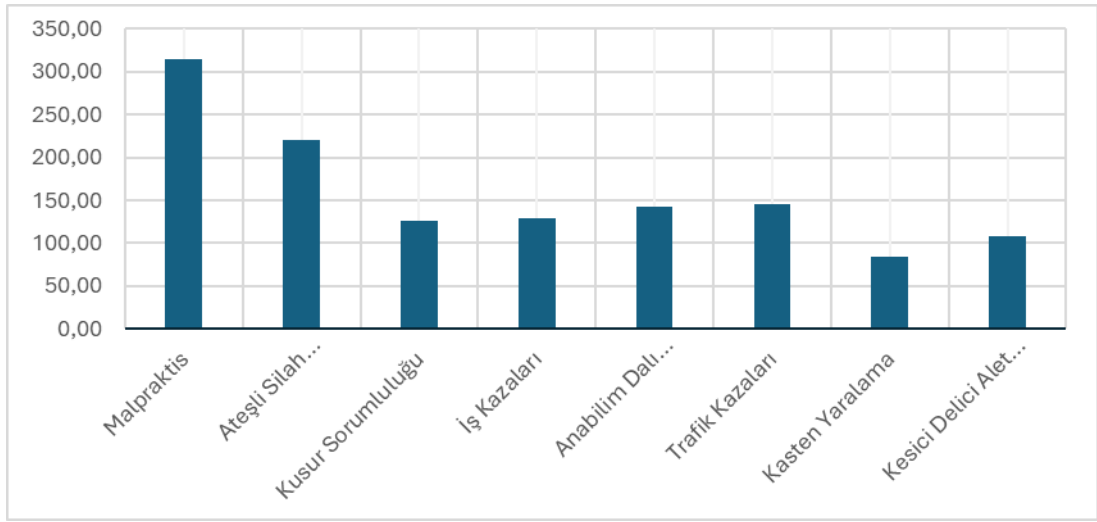
Şekil 12: Tüm vakalarda tespit edilen oranların dağılımı 5'erli aralıklarla tablo haline getirildi.



Şekil 13. Orijinlere göre ortalama maluliyet oranları

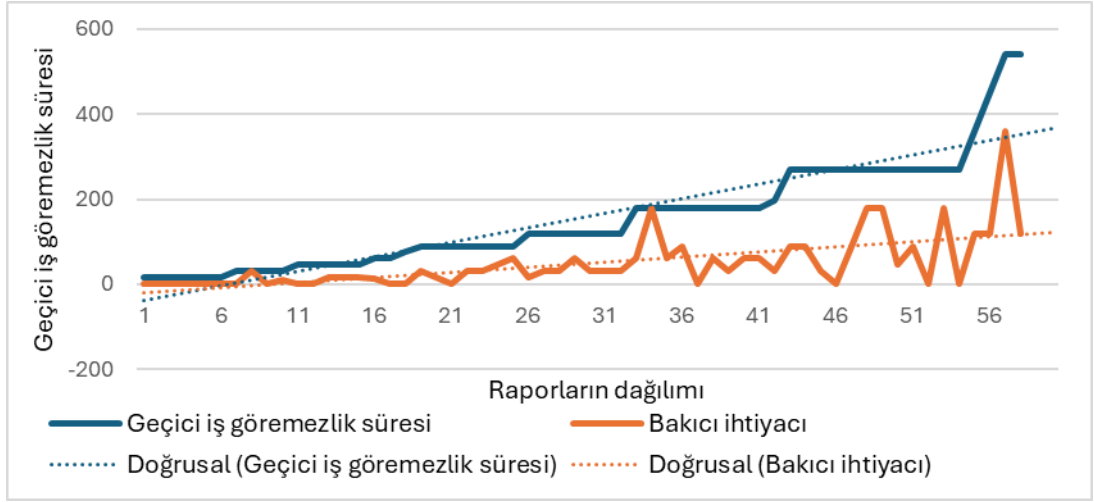
Vakaların tespit edilen geçici iş göremezlik süreleri incelendi. Tüm vakalarda ortalama 142,3 gün geçici maluliyet (yaklaşık 4,5 ay) oranı mevcut olduğu tespit edildi. Bu orana sürekli iş göremez kabul edilen 25 olgu dahil edilmedi. Bu 25 olgu için “Kişinin Vücut Genel Çalışma Gücünün tamamını kaybetmiş olması nedeniyle ayrıca iş göremezlik süresi tayinine mahal bulunmadığı, kişinin ömür boyu mesleğini

icra edemeyeceğinin kabulü gerektiği” değerlendirmesi yapıldığı görüldü. Ayrıca geçici iş göremezlik süresi belirtilmeyen ve mahkemece illiyet bağı, TBK... gibi farklı sebeplerle rapor tanzimi istenen 40 olgu da dahil edilmedi. Elde edilen veriler dava konusu olayın orijinine göre karşılaştırıldığında; tıbbi kötü uygulama vakalarında ortalama 315 gün olan geçici iş göremezlik süresinin, kasten yaralama olgularında ortalama 84,5 gün olduğu görüldü. Bu rakam ateşli silah yaralanmalarında 221 gün, kusur sorumluluğu vakalarında 126,5 gün, iş kazalarında 129,8 gün, trafik kazalarında 144,8 gün, kesici delici alet yaralanmalarında 107,8 gün olarak hesaplandı. (Şekil 14)



Şekil 14. Orijinlere göre ortalama geçici iş göremezlik süreleri

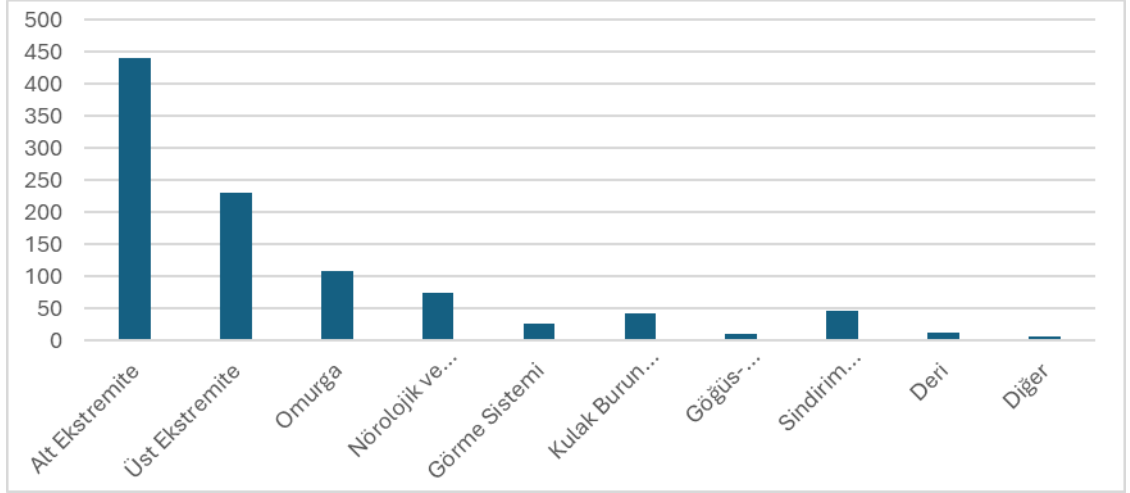
Raporların sonuç kısmında 90 olguda (%6) bakıcıya ihtiyaç ile ilgili görüş bildirildiği tespit edildi. 30 adet raporda “sürekli” bakıcıya ihtiyaç ifadesi kullanıldığı gözlemlendi. “Sürekli” bakıcıya ihtiyacı olan raporların ortalama maluliyet oranları %95,2 idi. Bu raporların 27’sinde geçici maluliyet süresi kısmında “geçici iş göremezlik süresi takdirine mahal bulunmadığı”, 3’ünde ise ortalama 565 gün geçici iş göremezlik takdir edildiği tespit edildi. Bakıcıya ihtiyaç süresi belirtilen 60 raporda ortalama 52,15 gün bakıcı ihtiyacı olduğu, bu raporların ortalama maluliyet oranlarının 14,4 olduğu, geçici iş göremezlik sürelerinin ise ortalama 156 gün olduğu tespit edildi. (Şekil 15)



Şekil 15. Geçici maluliyet süreleri ile bakıcı ihtiyacı arasındaki karşılaştırma

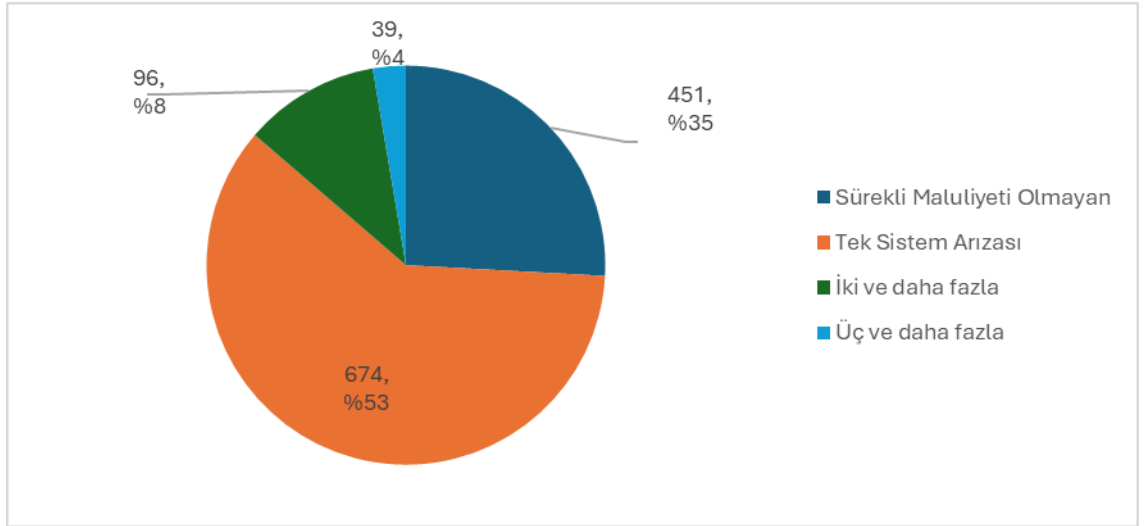
3.7 Trafik kazalarına ilişkin veriler

Maluliyet oranları belirlenirken tespit edilen arıza kategorilerinin dava konusu olayın orijini ile karşılaştırması yapıldığında, trafik kazası olgularında; alt ekstremite arızaları 441 olgu (%34,5) ile en fazla yaralanan bölge olduğu, bu sırasıyla üst ekstremite 230 (%18,0), omurga 108 (%8,4), nörolojik ve psikiyatrik arızalar 74 (%5,8), sindirim sistemi arızaları 46 (%3,1), kulak burun boğaz arızaları 17 (%1,1), görme arızaları 14 (%0,9), solunum sistemi arızaları 8 (%0,5), deri arızaları 5 (%0,3), diğer arızalar 2 (%0,1) olduğu, 451 (%35,3) olguda ise herhangi bir kalıcı sekel olmadığı tespit edildi. (Şekil 16). Aynı kişide birden fazla sistem arızası olması sebebiyle toplam oranın %100'den fazla olduğu görüldü.



Şekil 16. Trafik kazalarında kalıcı arızaların dağılımı

Kalıcı maluliyeti olmayanlar 451 olgu (%35), tek sistem arızası olanlar 674 olgu ile (%53), iki sistem arızası olanlar 96 olgu ile (%8), üç ve daha fazla sistem arızası olanlar 39 olgu ile %4'lik kısmı oluşturmaktaydı. (Şekil 17)



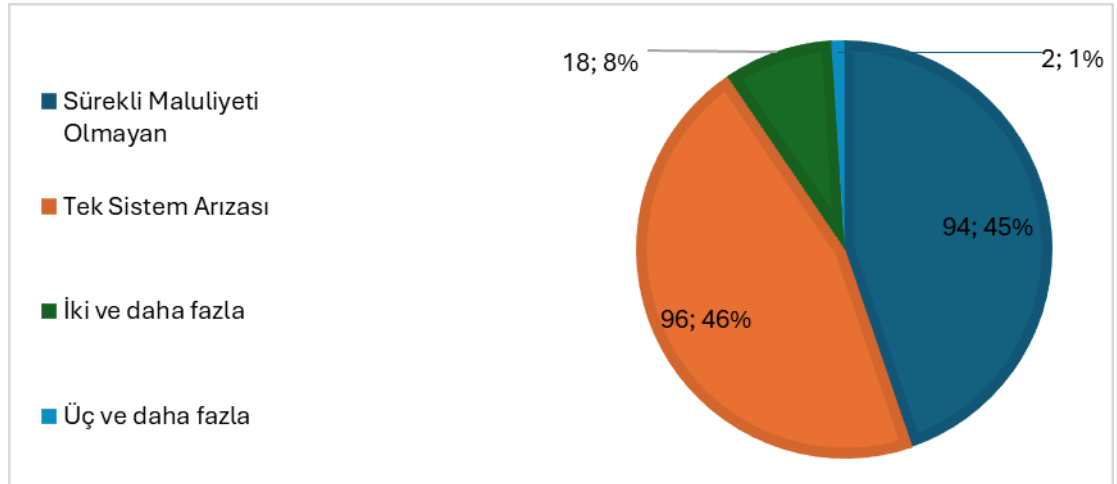
Şekil 17. Trafik kazasına bağlı yaralanmalarda arıza sayısına göre dağılım

3.7.1 Trafik kazası esnasındaki konuma göre tespit edilen veriler

3.7.1.1 Şoför

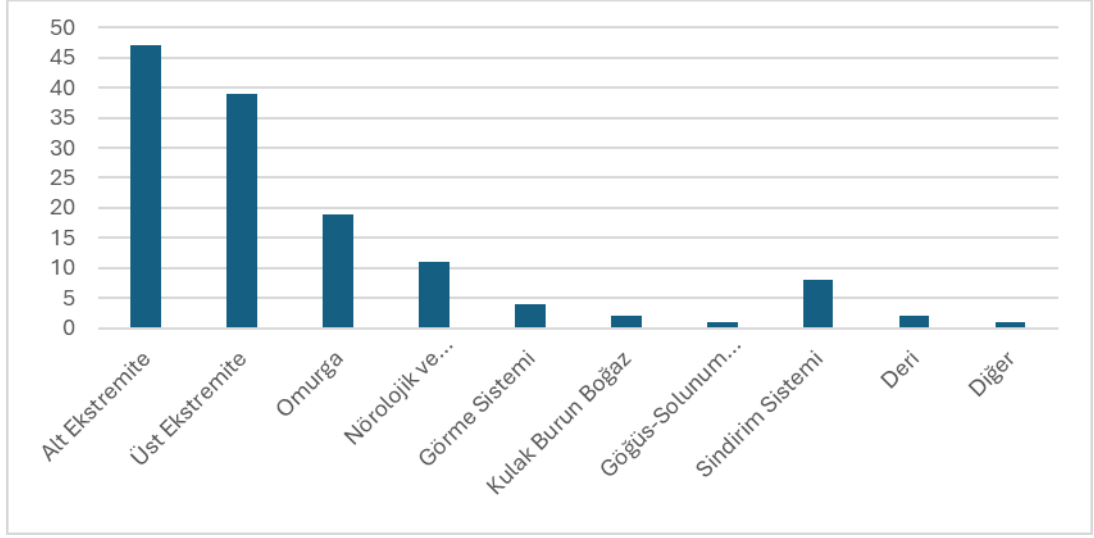
Bu istatistikleri trafik kazası sırasında şahsın bulunduğu konuma (şoför, yolcu, yaya, motosiklet) şeklinde ayrı ayrı incelediğimiz takdirde;

Şoför yaralanmaları; toplam 208 şoför yaralanmasının 93'ü (%45) kalıcı maluliyete sebep olmadan meydana geldiği, 115 yaralanmada (%55) kalıcı maluliyet durumu olduğu, bu yaralanmaların 96'sı (%46) tek sistem, 18'i (%8) 2 ve daha fazla sistem, 2'si (%1) 3 ve daha fazla sistemi etkileyecek şekilde gerçekleştiği saptandı. (Şekil 18)



Şekil 18. Şoför yaralanmalarında arıza sayısına göre dağılım

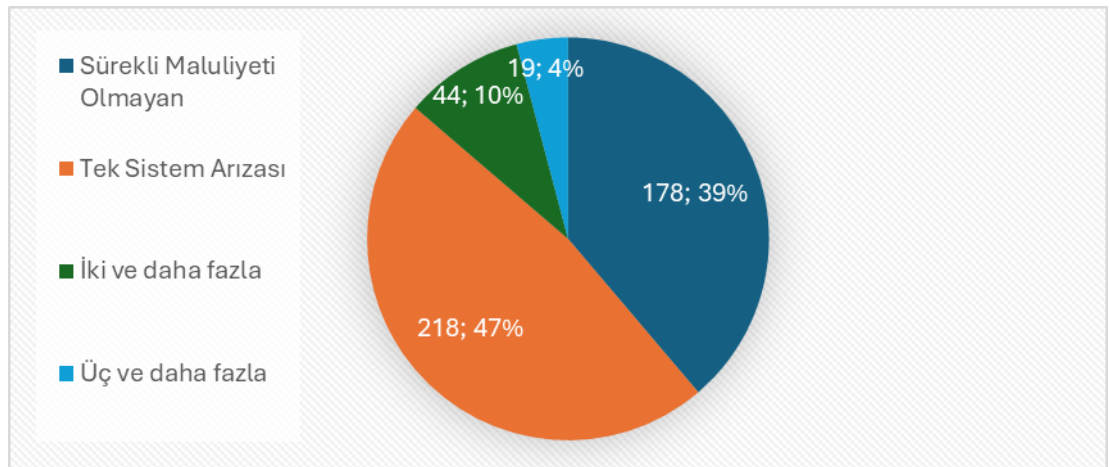
Şoför yaralanmaları kategorik olarak değerlendirildiğinde; alt ekstremitenin 47 olgu (%22,5) ile en fazla yaralanan bölge olduğu, bunu sırasıyla üst ekstremiten 39 (%18,7), omurga 19 (%9,1), nörolojik ve psikiyatrik arızalar 11 (%5,2), sindirim sistemi arızaları 8 (%3,8), kulak burun boğaz arızaları 2 (%0,9), görme arızaları 4 (%1,9), solunum sistemi arızaları 1 (%0,5), deri arızaları 2 (%0,9), diğer arızalar 1 (%0,5) izlediği tespit edildi. (Şekil 19)



Şekil 19. Şoförlerin Yaralanma Şekilleri

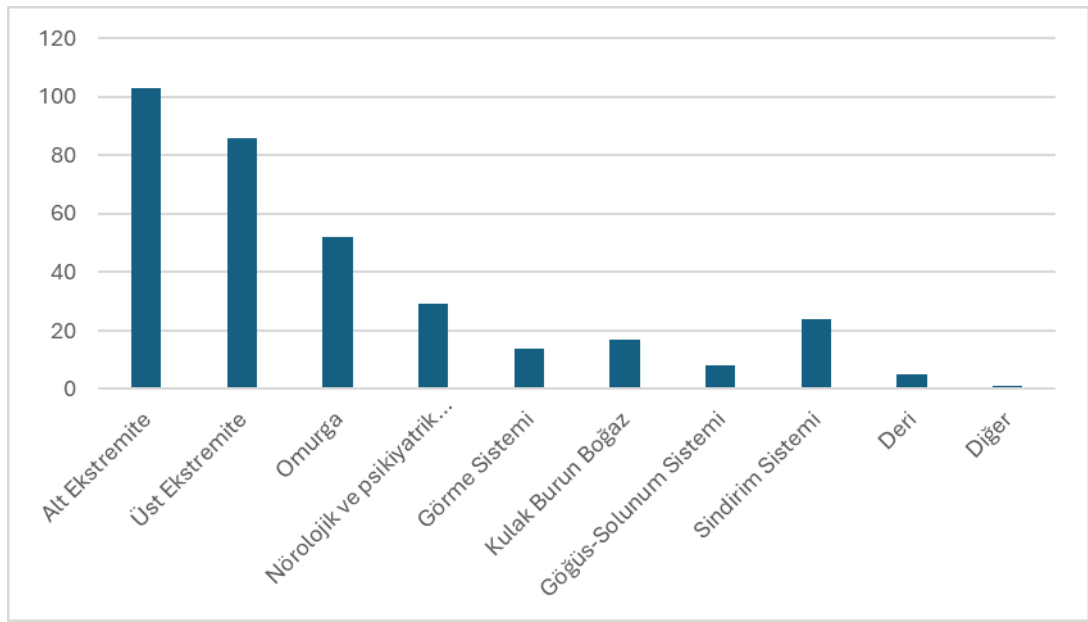
3.7.1.2 Yolcu

Yolcu yaralanmaları; toplam 459 yolcu yaralanmasının 178 (%39)'ünün kalıcı maluliyete sebep olmadan meydana geldiği, 281 yaralanmada (%61) kalıcı maluliyet durumu olduğu, bu yaralanmaların 218'i (%47) tek sistem, 44'ü (%10) 2 ve daha fazla sistem, 19 (%4) yaralanmanın 3 ve daha fazla sistemi etkileyecek şekilde gerçekleştiği saptandı. (Şekil 20)



Şekil 20. Yolcu yaralanmalarında arıza sayısına göre dağılım

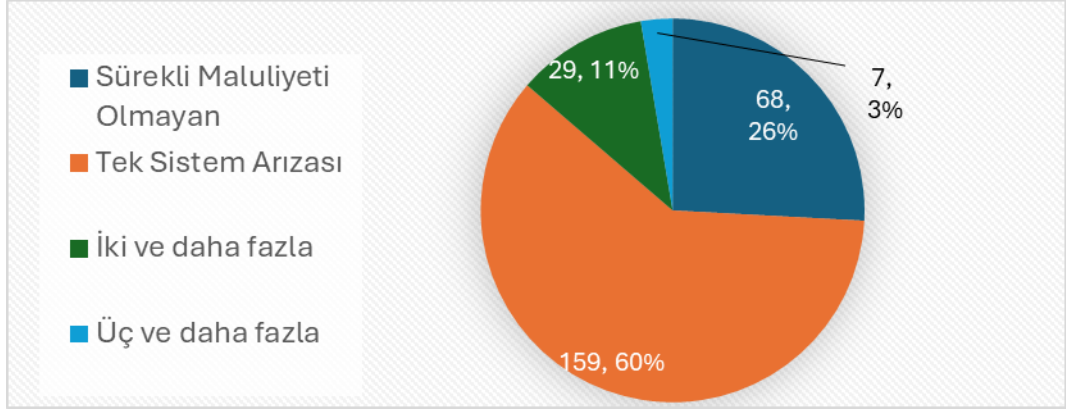
Yolcu yaralanmaları kategorik olarak değerlendirildiğinde; alt ekstremitelerin 103 olgu (%22,4) ile en fazla yaralanan bölge olduğu, bunu sırasıyla üst ekstremiteler 86 (%18,7), omurga 52 (%11,3), nörolojik ve psikiyatrik arızalar 29 (%6,3), sindirim sistemi arızaları 24 (%5,2), kulak burun boğaz arızaları 17 (%3,7), görme arızaları 14 (%3,0), solunum sistemi arızaları 8 (%1,7), deri arızaları 5 (%1,0), diğer arızalar 1 (%0,1) izlediği tespit edildi. (Şekil 21)



Şekil 21. Yolcuların Yaralanma Şekilleri

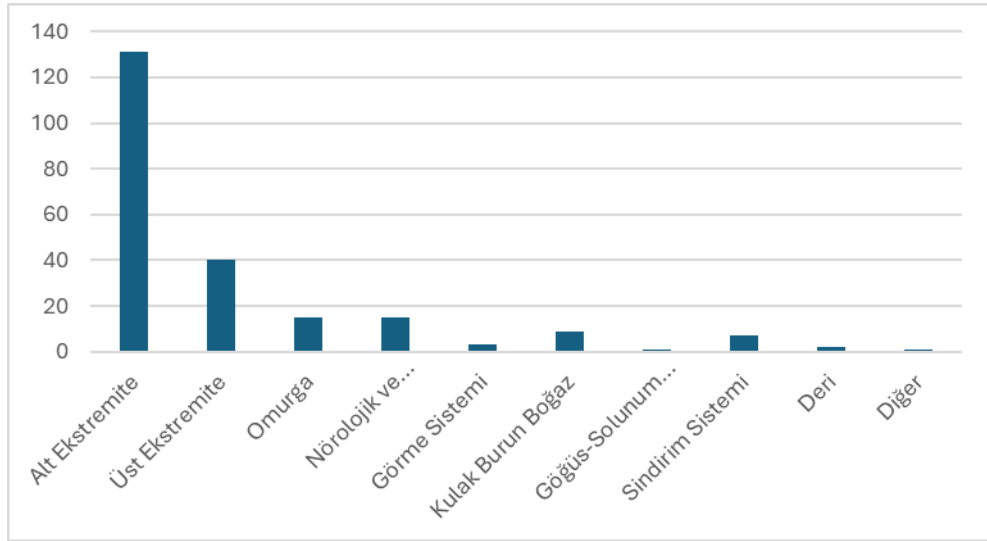
3.7.1.3 Yaya

Yaya yaralanmaları; toplam 263 yaya yaralanmasının 68'i (%26) kalıcı maluliyete sebep olmadan meydana geldiği, 195 yaralanmada (%74) kalıcı maluliyet durumu olduğu, bu yaralanmaların 159'i (%60) tek sistem, 29'u (%11) 2 ve daha fazla sistem, 7 (%3) yaralanma 3 ve daha fazla sistemi etkileyecek şekilde gerçekleştiği saptandı. (Şekil 22)



Şekil 22. Yaya yaralanmalarında arıza sayısına göre dağılım

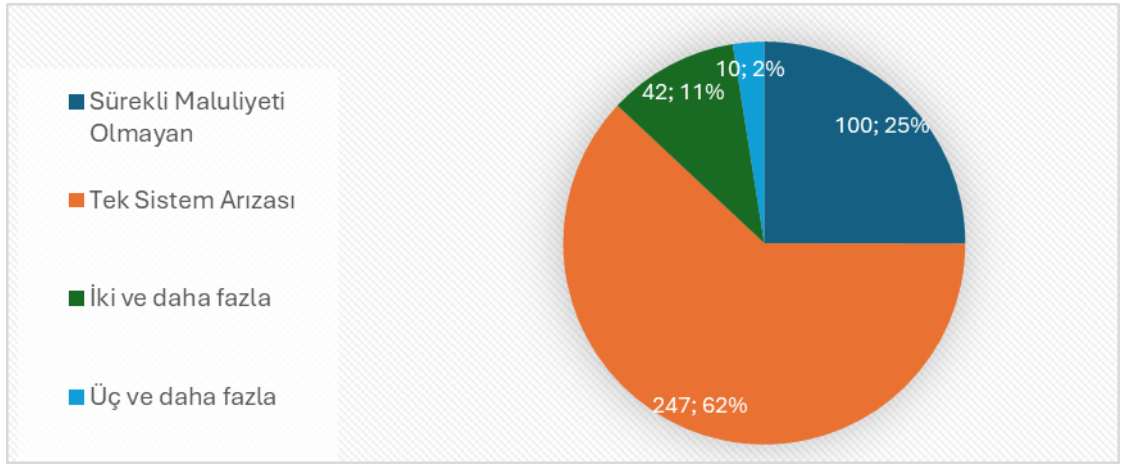
Yaya yaralanmaları kategorik olarak değerlendirildiğinde; alt ekstremitelerin 131 olgu (%49,8) ile en fazla yaralanan bölge olduğu, bunu sırasıyla üst ekstremiteler 40 (%15,2), omurga 15 (%5,7), nörolojik ve psikiyatrik arızalar 15 (%5,7), sindirim sistemi arızaları 7 (%2,6), kulak burun boğaz arızaları 9 (%3,4), görme arızaları 3 (%1,1), solunum sistemi arızaları 0 (%0), deri arızaları 1 (%0,4), diğer arızalar 0 (%0) izlediği tespit edildi. (Şekil 23)



Şekil 23. Yayaların Yaralanma Dağılımı

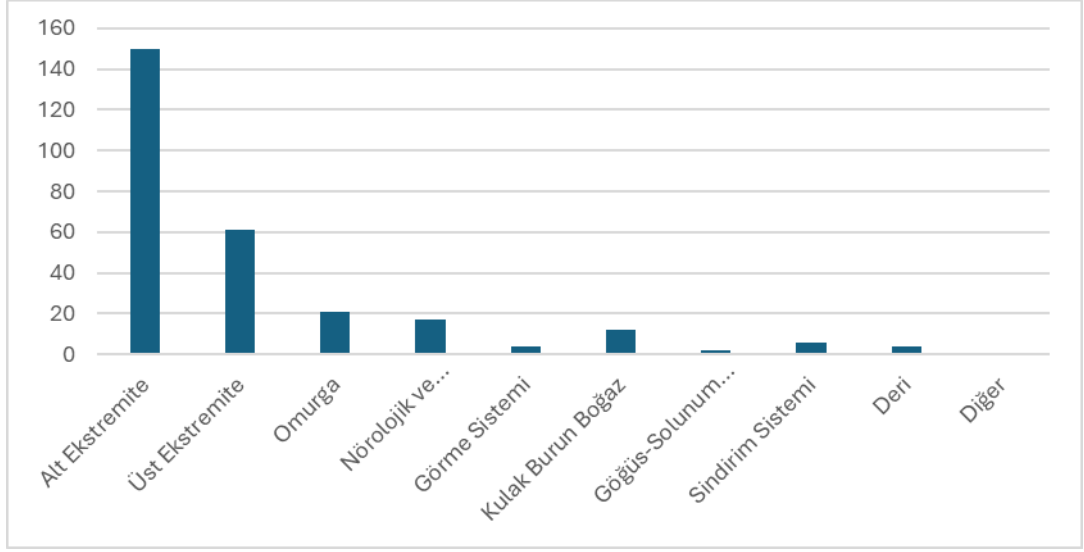
3.7.1.4 Motosiklet

Motosiklet yaralanmaları; toplam 399 motosiklet yaralanmasının 100 (%25)'ünün kalıcı maluliyete sebep olmadan meydana geldiği, 299 yaralanmada (%75) kalıcı maluliyet durumu olduğu, bu yaralanmaların 247'si (%62) tek sistem, 42'si (%11) 2 ve daha fazla sistem, 10 (%2) yaralanmanın 3 ve daha fazla sistemi etkileyecek şekilde gerçekleştiği saptandı. (Şekil 24)



Şekil 24. Motosiklet yaralanmalarında arıza sayısına göre dağılım

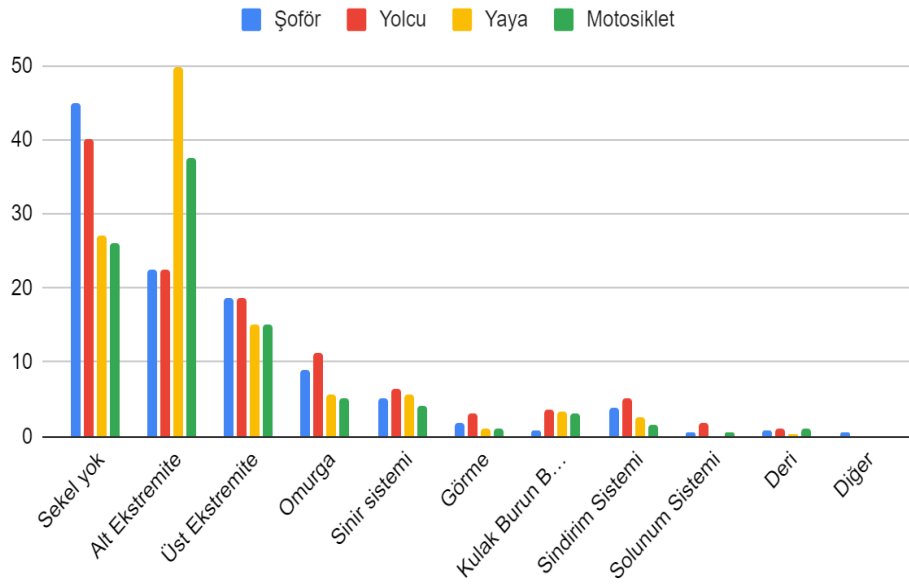
Motosiklet yaralanmaları kategorik olarak değerlendirildiğinde; alt ekstremitelerin 150 olgu (%37,5) ile en fazla yaralanan bölge olduğu, bunu sırasıyla üst ekstremiteler 61 (%15,2), omurga 21 (%5,2), nörolojik ve psikiyatrik arızalar 17 (%4,2), sindirim sistemi arızaları 6 (%1,5), kulak burun boğaz arızaları 12 (%3,0), görme arızaları 4 (%1,0), solunum sistemi arızaları 2 (%0,5), deri arızaları 4 (%1,0), diğer arızalar 1 (%0,1) izlediği tespit edildi. (Şekil 25)



Şekil 25. Motosiklet kazalarında yaralanmaların dağılımı

Trafik kazasına bağlı kalıcı arızaların kategorilerine göre incelenmesi

Tüm trafik kazasına bağlı yaralanmalar içerisinde; arıza kategorileri ile şahısların kaza esnasındaki konumları karşılaştırdığımızda ortaya çıkan grafik şu şekildeydi. (Şekil 26)



Şekil 26. Kaza esnasındaki konuma göre kalıcı arıza kategorilerinin dağılımı

Kalıcı arızası bulunan 876 trafik kazası olgusunun, 299'u motosiklet kazalarından (%35), 115'i şoför (%13), 281'i yolcu (%32), 195'i yaya (%22) yaralanmalarından oluştuğu gözlemlendi.

3.7.2 Trafik kazası haricindeki orijinlere bağlı olguların verileri

Trafik kazası haricinde diğer olay orijinleri ile arıza kategorileri arasında yapılan karşılaştırmada; kesici delici alet yaralanmalarında %68 oranında kalıcı maluliyet oluşmadığı, iş kazalarında ise bu oranını %8 olduğu dikkati çekti. (Tablo 3)

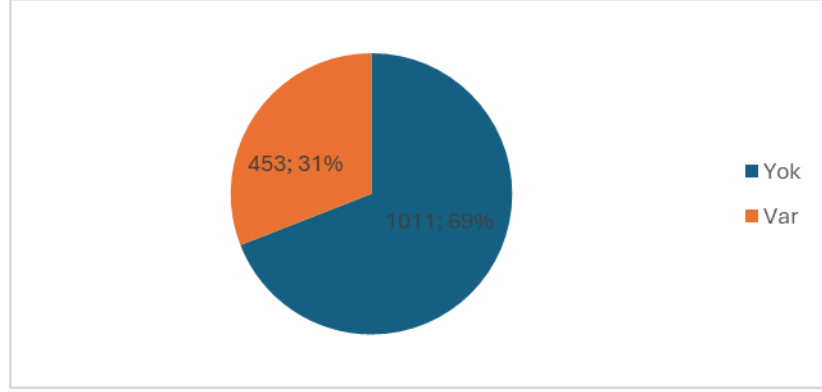
Tablo 3. Trafik kazası haricinde diğer olay orijinleri ile arıza kategorileri arasında yapılan karşılaştırma

	Malpraktis	Ateşli Silah Yaralanmaları	Kusur Sorumluluğu	İş Kazaları	Kasten Yaralama	Kesici Delici Alet Yaralanmaları
Sekel yok	25,00%	21,00%	20,00%	8,00%	49,00%	68,00%
Alt Ekstremit	12,00%	34,00%	30,00%	32,00%	10,00%	0,00%
Üst Ekstremit	0,00%	13,00%	10,00%	36,00%	14,00%	12,00%
Omurga	12,00%	4,00%	0,00%	10,00%	1,00%	0,00%
Sinir sistemi	25,00%	17,00%	13,00%	0,00%	5,00%	12,00%
Görme	0,00%	4,00%	13,00%	4,00%	9,00%	0,00%
Kulak Burun Boğaz	0,00%	0,00%	3,00%	2,00%	6,00%	0,00%
Sindirim Sistemi	0,00%	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	6,00%
Solunum Sistemi	12,00%	4,00%	0,00%	0,00%	2,00%	0,00%
Deri	0,00%	0,00%	10,00%	2,00%	0,00%	0,00%
Diğer	12,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

3.8 Dosyalar içerisinde bulunan eski raporların incelenmesi

Anabilim Dalımıza başvuru esnasında gönderilen mahkeme dosyası içerisinde, başvurusundan önceki bir tarihte başka bir merkezde düzenlenmiş maluliyet raporu mevcut olan olgular analiz edildi. Adli Tıp Kurumu, bir başka Adli Tıp Anabilim Dalı, çeşitli hastanelerin engelli sağlık kurulları gibi merkezlerden

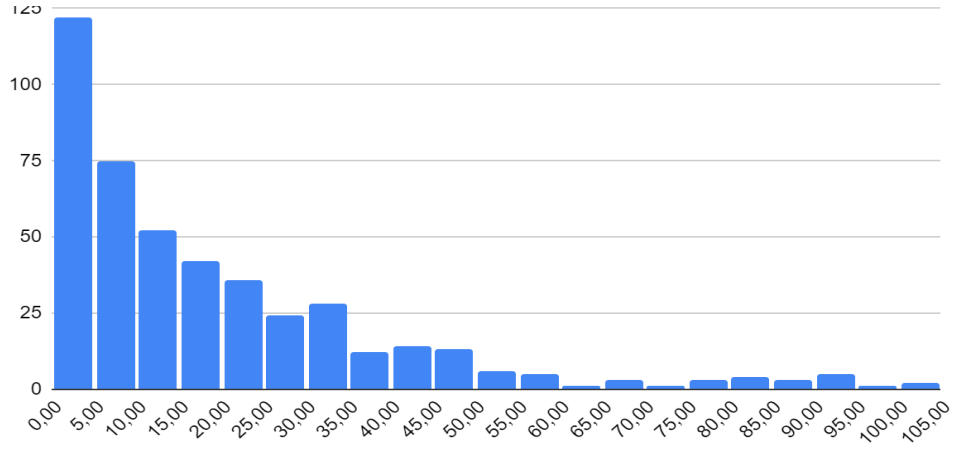
alınan eski raporlar sınıflandırıldı. 453 (%31,6) dosyada önceden alınmış en az bir rapor mevcuttu. (Şekil 27)



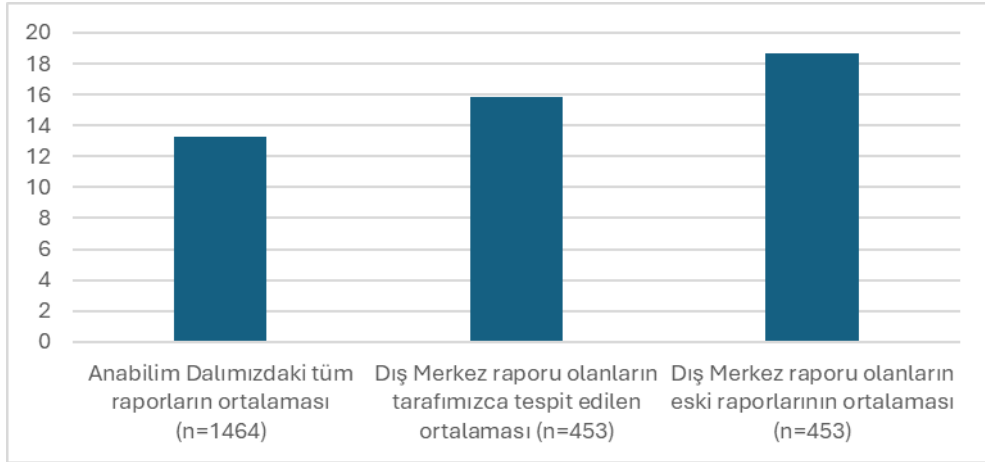
Şekil 27. Eski rapor mevcudiyeti

287 dosyada çeşitli üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarından, 166 dosyada çeşitli hastanelerin sağlık kurullarından alınmış raporlar mevcuttu. 48 dosyada en az iki eski rapor, 4 dosyada en az üç eski rapor mevcuttu. Toplamda taranan dosyalar içerisinde birden fazla raporu olan olgular sebebiyle 453 kişiye ait 501 adet eski rapor mevcuttu. Dosyada bulunan önceki raporlar, tarafımıza başvuru yapılan tarihten ortalama 690 gün (1,9 yıl) önce alınmış idi.

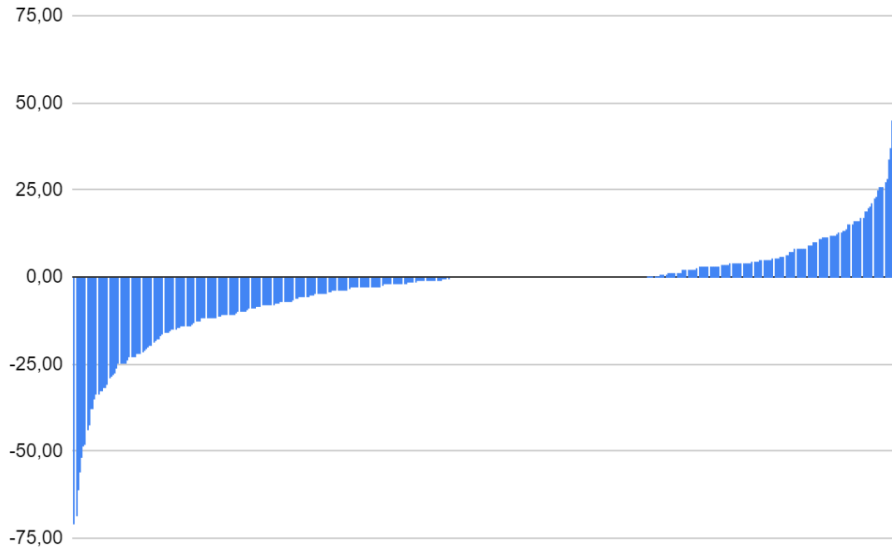
Anabilim Dalımızdan 2013 – 2022 tarihleri arasında çıkarılan raporların (n=1464) ortalama maluliyet oranı %13,3 olduğu (Şekil 28), dosyasında önceden alınmış raporu olan olguların (n=501) bizim Anabilim Dalımız tarafımızdan tespit edilen ortalama maluliyet oranı %15,8 olduğu, dış merkezden alınan raporların ortalama maluliyet oranı %18,7 olduğu tespit edildi. Bu durumda dış merkez raporları ile tarafımızca düzenlenen raporlar arasında maluliyet oranları açısından %2,9 fark mevcuttu. (Şekil 29,30)



Şekil 28. Eski raporların oransal olarak dağılımı



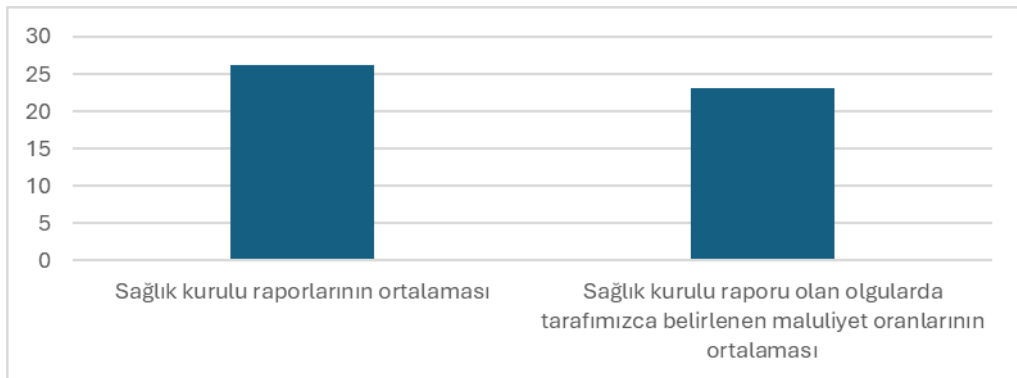
Şekil 29. Eski raporların ortalama maluliyet oranları



Şekil 30. Eski raporlar ile tarafımızca düzenlenen raporlar arasındaki farkın dağılımı

3.8.1 Sağlık kurulu raporlarına ait veriler

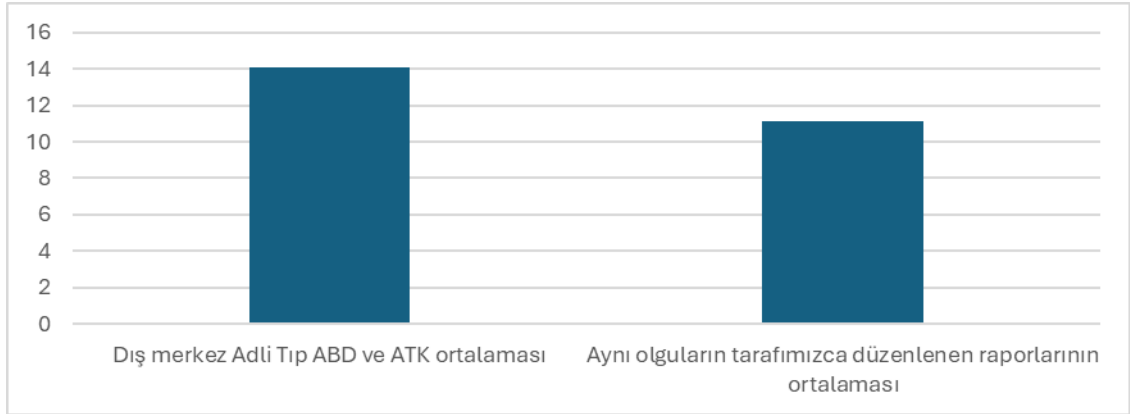
Eski raporu olan dosyalar içerisindeki sağlık kurulu raporlarının (n=195) maluliyet oranlarının ortalaması %26,2 idi. Bu dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranları %23,1 olduğu tespit edildi. Bu durumda sağlık kurulu raporlarına göre tarafımızca düzenlenen raporlar ortalama %3,1 daha düşük olarak hesaplandı. (Şekil 31)



Şekil 31. Sağlık Kurulu raporları ile Anabilim Dalımız ortalamalarının karşılaştırılması

3.8.2 Adli Tıp Anabilim Dalları ve Adli Tıp Kurumu raporlarına ait veriler

Sağlık kurulları hariç tutulduğunda, dosyalarda raporu bulunan diğer Adli Tıp Anabilim Dallarının ve az sayıdaki Adli Tıp Kurumu raporlarının (n=306) maluliyet oranı ortalaması %14,2 olduğu, bu olguların tarafımızca tespit edilen ortalama maluliyet oranı %11,1 olduğu, dosyada raporu bulunan dış merkez raporlarındaki oranlara göre tarafımızca tespit edilen maluliyet oranlarının ortalama %3,0 daha düşük olduğu gözlemlendi. (Şekil 32)



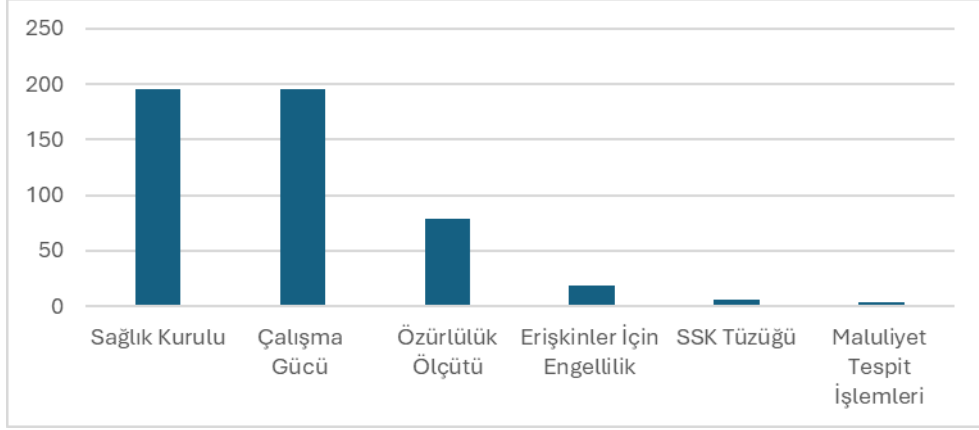
Şekil 32. Dış merkez raporları ile bölümümüz arasındaki karşılaştırma

3.8.3 Eski raporların düzenledikleri yönetmeliklere göre incelenmesi

Yukarıda verilen istatistikler ve yapılan karşılaştırmalarda, düzenlenen raporların yönetmelik olarak farkları dikkate alınmamış olup her iki grupta da çeşitli yönetmeliklerden düzenlenen raporlar mevcuttu.

Yönetmeliklere göre tasnif edilerek yapılan incelemede; tüm dış merkez raporlarının (n=501) içerisinde 195 eski raporun sağlık kurulları tarafından düzenlendiği, 196 eski raporun “Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği”, 79 eski raporun “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik”, 18 eski raporun “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında

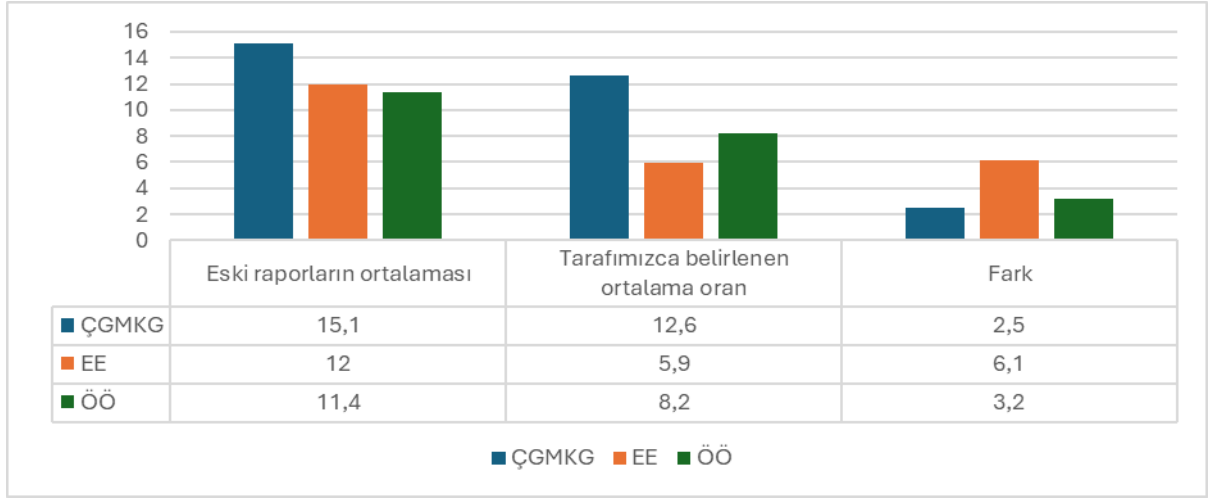
Yönetmelik”, 6 eski raporun “SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü”, 4 eski raporun ise “Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında düzenlendiği tespit edildi. (Şekil 33)



Şekil 33. Eski raporların yönetmeliklere göre dağılımı

Dosyalarda mevcut olan eski raporlar ile tarafımızca düzenlenen raporlar arasındaki farkın yönetmeliklere göre dağılımını incelediğimizde;

“Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında hazırlanan raporlar arasındaki fark %2,2 (186 dosya), “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” kapsamında hazırlanan raporlar arasındaki fark, %6,4 (16 dosya), “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında hazırlanan raporlar arasındaki fark %3,2 (71 dosya) olarak tespit edildi. (Şekil 34)



Şekil 34. Yönetmeliklere göre eski - yeni raporlar arasındaki fark

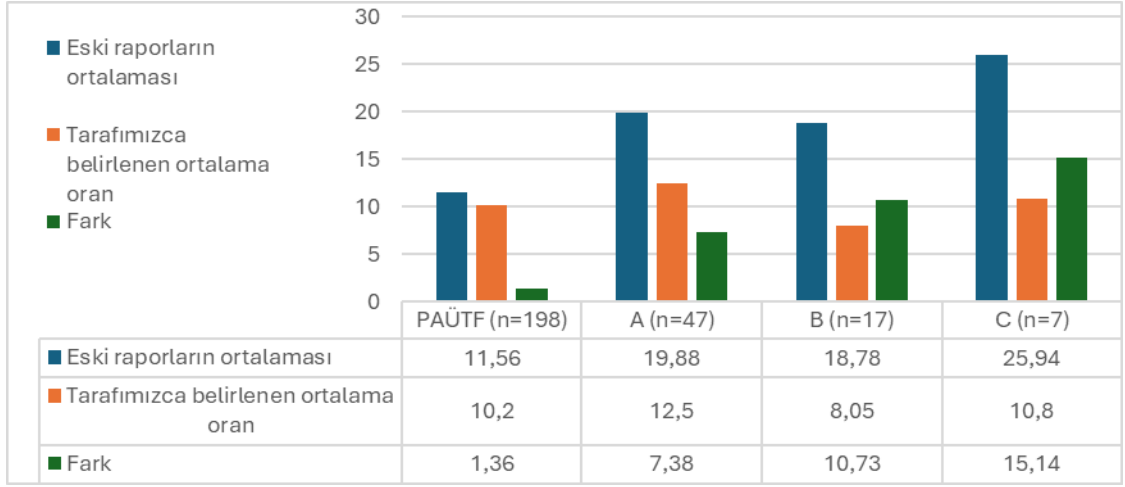
3.8.4 Eski raporların, düzenlendiği merkezlere göre incelenmesi

Dosyalarda bulunan raporlar, raporların verildiği merkezlere göre de sınıflandırıldı. Buna göre en yüksek oranda yine kendi Anabilim Dalımızdan çıkan raporlar mevcuttu. 198 eski raporun Anabilim Dalımız tarafından düzenlendiği tespit edildi. Bu 198 eski raporun maluliyet oranlarının ortalaması %11,56 idi. Aynı dosyaların yeni başvuruları neticesinde tespit edilen ortalama maluliyet oranının 10,2 olduğu, aradaki farkın 1,36 olduğu belirlendi.

Eski raporlar arasında sayıca en yüksek sayıda bulunan A merkezinin 47 raporu mevcuttu. Bu raporların maluliyet oranlarının ortalaması 19,88 idi. Tarafımıza başvuruları neticesinde belirlenen maluliyet oranlarının ortalamasının 12,51 olduğu, aradaki farkın 7,38 olduğu tespit edildi.

B merkezinin 17 adet raporu mevcuttu. Bu raporların ortalama maluliyet oranlarının 18,78 olduğu tespit edildi. Tarafımızca düzenlenen yeni raporların maluliyet oranlarının ortalaması 8,05 olduğu, aradaki farkın 10,73 olduğu belirlendi.

C merkezinin 7 raporu mevcuttu. Bu raporların ortalama maluliyet oranları 25,94 olduğu, tarafımızca düzenlenen raporların ortalamasının 10,8 olduğu, aradaki farkın 15,14 olduğu tespit edildi (Şekil 35)



Şekil 35. Raporların verildiği merkezlere göre farkının karşılaştırması

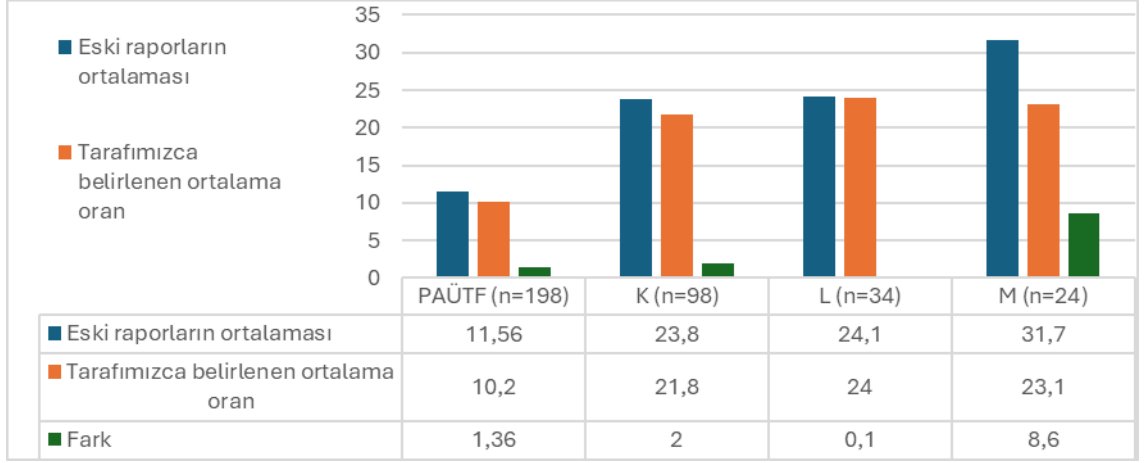
3.8.5 Sağlık kurulu raporlarının düzenleyen merkezlere göre incelenmesi

Sağlık kurulu raporları da kendi içerisinde sınıflandırıldı. Sağlık kurulu raporunu düzenleyen merkeze göre yapılan sınıflandırmada;

K merkezi tarafından düzenlenen 98 raporun ortalama maluliyet oranı 23,8, bu dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranı 21,8 olduğu,

L merkezi tarafından düzenlenen 34 raporun ortalama maluliyet oranı 24,1, bu dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranı 24,0 olduğu,

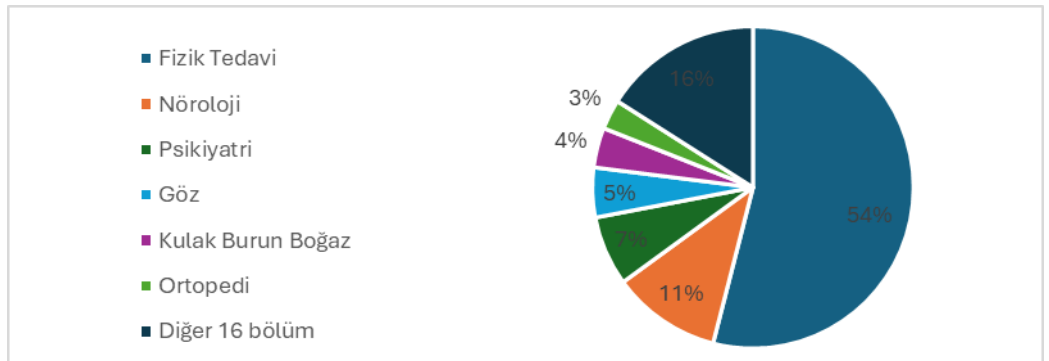
M merkezi tarafından düzenlenen 24 raporun ortalama maluliyet oranı 31,7, bu dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranı 23,1 olduğu tespit edildi. (Şekil 36)



Şekil 36. Sağlık kurulu raporları ile Anabilim Dalımız raporlarının karşılaştırması

3.9 Konsültasyon istenen bölümlere ait veriler

Anabilim Dalımız tarafından raporların düzenlenmesi aşamasında çeşitli bölümlerden istenen konsültasyonlar incelendi. Buna göre düzenlenen raporlar içerisinde 1779 adet konsültasyon tespit edildi. Tüm konsültasyonlara oranla sırasıyla; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (%54), Nöroloji (%11), Psikiyatri (%7), Göz (%5), Kulak Burun Boğaz (%4), Ortopedi (%3) oranında konsültasyon istendiği, 22 farklı bölüm konsültasyonu içerisinde bu 6 bölümün %84 oranına sahip olduğu tespit edildi. (Şekil 37)



Şekil 37. Konsültasyonların dağılımı

4. Tartışma

2013-2022 yılları arasında Anabilim Dalımız tarafından düzenlenen maluliyet raporlarını retrospektif olarak incelediğimiz çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler içerisinde;

Sosyodemografik verileri incelediğimizde;

Rapor düzenlenen dosyaların %67'sinin erkek bireylere ait olduğu, %33'ünün ise kadın bireylere ait olduğu görüldü. Bu oran önceki benzer çalışmalar ile karşılaştırıldığında yaklaşık olarak aynı sonuçlara ulaşıldığı tespit edildi. (14–16)

Olguların yaş ortalamalarına bakıldığında ise tüm vakaların yaş ortalaması 38,4 olduğu, erkeklerde ortalama yaşın 37,4, kadınlarda ise 40,4 olduğu tespit edildi. Bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip değildi ($p=0,066$).

Olay, başvuru ve rapor tarihleri arasındaki karşılaştırma verilerini incelediğimizde;

Rapor tarihleri kronolojik olarak sıralandığında yıllara göre artış eğiliminde olduğu tespit edildi. Çeşitli üniversitelerde yakın tarihlerde yapılan benzer çalışmalarda da aynı sonuçlara ulaşıldığı görüldü (14–16). Bu artışın genel olarak mahkemelerin tüm dava sayılarında artış olması, yönetmelik farkları sebebiyle tekrarlanan rapor talepleri gibi sebepleri olduğu düşünüldü. Ancak bununla birlikte yakın tarihteki emsal nitelikte Yargıtay kararları da göz önüne alındığında, son yıllarda mahkemelerce üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarından talep edilen maluliyet rapor sayılarının arttığı değerlendirildi (17,18). Bu durumun altında yatan sebep Adli Tıp Anabilim Dallarından hazırlanan raporların diğer merkezler tarafından hazırlanan raporlara göre daha kapsamlı olmaları, daha denetime elverişli olmaları, multidisipliner nitelikte olmaları, çeşitli branş konsültasyonları ve heyetler tarafından yapılan medikolegal değerlendirmeleri içermeleri şeklinde yorumlandı.

2020 yılında, düzenlenen rapor sayısındaki dikkati çeken düşüşün pandeminin ilk yılı ile ilişkili olduğu düşünüldü. Takip eden yıllardaki artış ise rapor

sayılarındaki mutad yükselmenin yanı sıra, 2020 yılından kalan dosyaların etkisi ile meydana gelmiş olmasının kuvvetle muhtemel olduğu değerlendirildi.

Dosyaların tarafımıza başvuru yaptıkları tarihten itibaren ortalama 95,9 gün içerisinde raporlandığı görüldü. Taradığımız araştırmalar içerisinde karşılaştırma yapılabilecek benzer değerlere rastlanmadı. Maluliyet raporu hazırlanırken şahsın çeşitli bölümlere konsülte edilmesi, ilgili bölümlerin randevu süreleri, tetkik istemleri ve tetkiklerin sonuçlanma süreleri birlikte değerlendirildiğinde, bununla birlikte ülkemizdeki adalet istatistiklerine ve bu istatistikler içerisindeki yargılama sürelerine bakıldığında Anabilim Dalımız raporlarının son derece makul sürede düzenlendiği görüldü (19). Bilirkişi raporlarının benzer sürelerde hazırlanması halinde, adaletin gecikmesinin önüne geçilebileceği, bu yöndeki mağduriyetlerin sınırlandırılabilceği değerlendirildi.

Teknik olarak aynı içeriğe sahip Sigorta Tahkim Kurulu tarafından talep edilen maluliyet raporlarının ortalama 22 günde hazırlandığı görüldü. Bu sürenin diğer raporlara göre çok daha kısa olmasının nedeni, Sigorta Tahkim Komisyonlarında yapılan değerlendirmelerin kanunen sınırlı sürede bitirilmesi gerekliliği ve bilirkişi raporu için 1 aylık süre tanınması olarak değerlendirildi. Ayrıca bu bulguya bakılarak gerekli idari düzenlemeler yapıldığı takdirde daha kısa sürelerde rapor düzenlenmesinin mümkün olduğu anlaşıldı.

Olay tarihleri ile Anabilim Dalımıza başvuru tarihleri arasında geçen ortalama süreyi karşılaştırdığımızda; dosyasında başka merkezden alınan adli raporu bulunmayan, ilk defa rapor düzenlenen olguların raporlarının olay tarihinden ortalama 3,4 yıl (1250 gün) sonra düzenlendiği görüldü. Bu sürenin öncelikle dava sürecini öngörmek açısından önemli olduğu düşünüldü. Yaşadığı adli olay sonrası kişinin bedensel zararının tespitinin ortalama 3,4 yıl sonra yapılabildiği şeklinde yorumlandı. İkinci olarak ise travma tarihi ile muayene tarihi arasında geçen zaman bağlı olarak, tespit edilen kalıcı maluliyet oranlarında bir değişme olup olmadığını gösteren bir çalışma yapıldığı takdirde, muayene edilene kadar geçen sürenin tespit edilen maluliyet oranına etkisi olup olmadığı ortaya konarak, konuyla ilgili çeşitli düzenlemeler getirilebileceği düşünüldü.

Takdir indiriminin kullanımı incelendiğinde;

Raporların %2,6'sında (39 rapor) takdir indirimi kullanıldığı görüldü. Önceki çalışmalara bakıldığında takdir kullanımının ortalama düzeyde olduğu düşünüldü

(15). Takdir indirimi kullanılan raporların %82'sinin "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" kapsamında düzenlenen raporlar olması, diğer yönetmelikler ile karşılaştırıldığında Çalışma Gücü yönetmeliği içerisinde arızaların tam olarak karşılığının bulunmama ihtimalinin daha fazla olması şeklinde yorumlandı. Rapor hazırlayan tarafından arıza listelerinde mevcut arızanın tam olarak karşılığı olmaması nedeniyle en yakın arıza kullanılarak oran verildiği ve listeler içerisinde en yakın arıza üzerinden oran verilmesine rağmen klinik ile hesaplanan oran arasında tam bir uyum olmadığını düşünen hekimin takdir kullanmaya yönelmiş olduğu değerlendirildi. Bu açıdan literatürdeki benzer çalışmalarda da tespit edildiği üzere "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nde" maluliyete sebep olan arızaların daha az karşılık bulabilmekte olduğu ve daha çok yoruma açık olduğu anlaşıldı (20).

Yönetmeliklerin dağılımı incelendiğinde;

2013 yılının başlarında düzenlenen tüm raporların "SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü" kapsamında düzenlendiği, 2013 yılının sonlarından itibaren raporların bu tüzüğün revize şekli olan "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" kapsamında düzenlenmeye başladığı ve 2018 yılı sonlarına kadar bu şekilde devam ettiği tespit edilmiştir. 30 Mart 2013 tarihinde resmi gazetede yayınlanan "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında rapor düzenlenmediği, bu yönetmelik kapsamında Anabilim Dalımızca düzenlenen ilk raporun 2018 Aralık ayında düzenlendiği görüldü. Raporların hangi yönetmeliğe göre düzenleneceği karmaşasının bu tarihte belirginleştiği düşünüldü.

Esasen "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" ilk olarak 6/2/1998 tarihli ve 98/10746 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan "Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" şekliyle yürürlüğe girmiş olup, 16/7/2006, 16/12/2010 ve 14/1/2012 tarihlerinde tekrar tekrar düzenlendiği, son halini 30.03.2013 tarihinde resmi gazete yayınlanarak aldığı yönetmelik metninden anlaşılmaktadır (7). Ayrıca yönetmeliğin amaç kısmında "Madde 1 - Bu Yönetmelik; özürlü sağlık kurulu raporlarının alınışı, geçerliliği, değerlendirilmesi ve özürlü sağlık kurulu raporu verebilecek yetkili sağlık kurumlarının tespiti ile ilgili usul ve

esaları belirlemek; özürlülerle ilgili derecelendirmelere, sınıflandırmalara ve tanımlamalara gereksinim duyulan alanlarda ortak bir uygulama geliştirmek ve uluslararası sınıflandırma ve ölçütlerin kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.” şeklinde ifade edildiği üzere özür durumunun tespiti amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde ve gözetiminde düzenlendiği anlaşılmaktadır. Buna karşılık mahkemeler tarafından talep edilen raporun tazminata esas iş gücünden kayıp ile alakalı bir rapor olduğu bilinmektedir. Şunu da belirtmek gerekir ki her iki yönetmelikte de arıza çeşitleri ve bunların ağırlık olarak karşılıkları yer almaktadır. Bu bakımdan karışıklık olması mümkün görülebilir.

Ayrıca yine 3 Ağustos 2013 tarihinde resmî gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren “Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği” mevcuttur. Anabilim Dalımızca bu yönetmelik hükümleri kapsamında rapor tanzim edilmemiş, talep edilen durumlarda ise Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği kapsamında rapor düzenlenemeyeceği, “Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği, yönetmelikteki tanımıyla kişinin ‘çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60’ını kaybedip kaybetmediğinin’ değerlendirilmesi için düzenlenmiştir. Yönetmelik ekindeki listelerde hangi hastalık veya arızaların bu kapsamda sayılabileceği listelenmiş, kapsama girmeyenler için ise herhangi bir oran belirtilmemiştir. Bu bağlamda belli bir tarihteki travmatik bir olaya bağlı çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranının değerlendirilmesinde Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin kullanılması teknik olarak mümkün değildir.” şeklinde ifade edildiği görüldü.

2019 yılının sonlarında düzenlenmeye başlayan “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” kapsamında düzenlenen raporların sayısal ve oransal olarak yükseliş eğiliminde olduğu, ancak aynı tarihlerde diğer yönetmelikler kapsamında rapor düzenlenmeye devam edildiği dikkati çekti. Rapor sayılarının yanıltıcı olmaması bakımından yıllık raporlar içerisindeki oran göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede, “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında düzenlenen raporların 2020 yılında düştüğü gözlemlendi. 2021 yılında düzenlenen raporların ise %82’si “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği”

kapsamında düzenlendiği bu oranın 2022 yılında %47'ye düştüğü görüldü. 2019 yılında tüm raporların %49'i "Özürllük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürllülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında hazırlandığı, 2020 yılında bu oranın %60 olduğu, 2021 yılında %9, 2022 yılında ise %23 olduğu tespit edildi. Tespit edilen oranlardaki iniş çıkışların sebeplerinden birinin Anayasa Mahkemesi'nin 11 Eylül 2020 tarihinde resmî gazetede yayımlanan 2019/E – 2020/K sayılı kararı olduğu düşünöldü. Ancak tüm iniş çıkışların sebebi ile alakalı yorum yapılamadı. Mahkemelerin, tarafların taleplerini dikkate aldığı da göz önüne alındığında 2018 yılından sonra hangi yönetmelik kapsamında rapor düzenleneceği konusunda tam bir karmaşa olduğu göröldü.

Rapor talep eden makama ait veriler incelendiğinde;

Anabilim dalımızca bireysel talepler üzerine rapor düzenlenmediği görölmekteydi. Bununla birlikte rapor talep eden makamlar arasında en yüksek oranda Asliye Ticaret Mahkemesi, ikinci en yüksek oranda Asliye Hukuk Mahkemesi, daha sonra ise Sigorta Tahkim Komisyonu olması, bu üç makamın tüm taleplerin %97'sini oluşturması dikkati çekti. Türk Adalet Sistemi içerisinde bedensel zararların tazmini ile en çok ilgilenen mahkemelerin bu mahkemeler olduğu anlaşıldı. Bununla birlikte İş mahkemeleri, Aile Mahkemeleri, İdare Mahkemeleri gibi çok farklı ihtisas mahkemelerinden rapor talep edildiği, maluliyet tespitinin bu açıdan kritik bir konu olduğu göröldü.

Raporların talep edildiği makamlar şehir ve ilçe bazında incelendiğinde, %97'lik bir oran ile Denizli şehir merkezi ve ilçelerdeki mahkemeler tarafından rapor talep edildiği, bununla birlikte Türkiye'nin dört bir yanındaki şehir ve ilçe mahkemelerinden dosyaların mevcut olduğu göröldü. Ayrıca Denizli içerisinde dağılıma bakıldığında taleplerin %87,3'ünü il merkezindeki mahkemeler ve Sigorta Tahkim Komisyonu'ndan gelen talepler oluşturmaktaydı. İlçeler arasında en yüksek oranda Acıpayam, Sarayköy ve Çivril ilçelerindeki mahkemeler tarafından rapor talep edildiği, bununla birlikte mahkeme bulunan tüm ilçelerden dosya gönderildiği göröldü.

Denizli içerisindeki rapor talebinin karşılanmasında ve başta çevre iller olmak üzere tüm Türkiye'den gelen taleplere cevap vermesi bakımından Anabilim Dalımızın son derece yeterli olduğu değerlendirildi.

Olay orijinlerine ait veriler incelendiğinde;

Trafik kazaları, davaya konu olay orijinleri arasında %87'lik oranla en üst sıradaydı. Trafik kazalarının oranı çok yüksek olması sebebiyle kendi içerisinde analiz edildi. Tüm dosyalar içerisinde sırasıyla kasten yaralama %6,9 (darp %4,5, ateşli silah yaralanması %1,4, kesici delici alet yaralanması %1,0), iş kazaları %3,2, kusur sorumluluğu %1,9, tıbbi kötü uygulama dosyaları ise %0,5'lik bir çoğunluğu oluşturmaktaydı. Veriler trafik kazası olguları ve trafik kazası dışı olgular şeklinde incelendi.

Trafik kazası olguları, olguların kaza sırasındaki buldukları konumlara göre; şoför, yolcu, yaya ve motosiklet kazaları şeklinde ayrıldı. Araç içerisinde şoför olarak seyir halindeyken trafik kazası geçirenlerin sayısı 208 (%16,1), yolcu olarak seyir halinde olanların sayısı 441 (%34,6), yaya iken trafik kazası geçirenlerin sayısı 256 (%20,1), motosiklet ile seyir halindeyken trafik kazası geçirenlerin sayısı 329 (%25,6) idi. 41 (%3,4) dosyada kaza esnasındaki konuma ait bir bilgi bulunamadı.

Şoför istatistiklerine bakıldığında;

%45 oranla kalıcı maluliyete sebep olmayan kazaların oranı en yüksek şoförlerde idi. Bu oranın yolculara göre belirgin olarak yüksek olması, emniyet kemeri takma oranının yolculara nispetle daha yüksek olabileceği ihtimalini düşündürdü.

Yaralanma bölgeleri incelendiğinde ise en sık alt ekstremiteler yaralanmaları meydana geldiği (tüm şoför yaralanmalarının %22,5'lik kısmı), bunu üst ekstremiteler %18,7, omurga %9,1, nörolojik ve psikiyatrik arızalar %5,2, sindirim sistemi, %3,8, görme sistemi %1,9, kulak burun boğaz arızaları %0,9, solunum sistemi arızaları %0,5, deri arızaları %0,9 ve diğer arızalar %0,5 izlediği görüldü.

Yolcu istatistiklerine bakıldığında;

Olguların %39'luk kısmı herhangi bir kalıcı maluliyeti tespit edilmeyen olgulardan oluşmaktaydı. Bu oran şoförlere göre daha düşük olsa da yaya ve

motosiklet kazası geçiren olgulara göre yüksek bir istatistik idi. Araç içi trafik kazalarından kalıcı maluliyet olmadan kurtulma şansı, araç dışı kazalara oranla daha yüksek olduğu şeklinde yorumlandı.

Yolcu yaralanmaları içerisinde; alt ekstremitte yaralanmaları diğer kategorilerde olduğu gibi en yüksek oranda (tüm yolcu yaralanmalarının %22,4'ü) tespit edilen yaralanmaları oluşturmaktaydı. Bunu %18,7 ile üst ekstremitte, %11,3 ile omurga, %6,3 ile nörolojik ve psikiyatrik arızalar, %5,2 ile sindirim sistemi arızaları, %3,7 ile kulak burun boğaz, %3,0 ile görme sistemi, %1,7 ile solunum sistemi, %1,0 ile deri, %0,1 ile diğer arızalar izlemekteydi.

Yolcu yaralanmalarının; omurga arızaları, nörolojik ve psikolojik arızalar, kulak burun boğaz arızaları, görme arızaları ve solunum sistemi arızaları kategorilerinde en yüksek; üst ekstremitte arızaları ve sindirim sistemi arızalarında, yaya ve motosiklet kazalarına göre daha yüksek; deri arızalarında şoför ve yaya kazalarına göre daha yüksek, diğer arızalarda ise yaya kazalarından daha yüksek oranda kalıcı maluliyete sebep olduğu tespit edilmiştir.

Araç içi yaralanmaları olan şoför ve yolcu yaralanmaları istatistiklerine bakıldığında;

Şoförlerin muhtemelen daha yüksek oranda emniyet kemeri kullanmaları ve direksiyon – şoför koltuğu arasında kalmaları sebebiyle alt ekstremitte ve sindirim sistemi yaralanmalarının şoförlerde yüksek oranda görüldüğü düşünülmüştür.

Yolcuların muhtemelen daha az oranda emniyet kemeri takmaları sebebiyle araç içerisinde çalkalanma hareketine bağlı olarak ekstremitte yaralanmaları başta olmak üzere, baş, yüz, göğüs, omurga gibi bölgelerden yaralanmaya daha yatkın oldukları değerlendirilmiştir.

Yaya yaralanmaları istatistiklerine bakıldığında;

Olguların %26'sında herhangi kalıcı maluliyet tespit edilmediği, bu oranın araç içi yaralanmalarına göre oldukça düşük olduğu görüldü. Araç dışı yaralanmalarda daha yüksek oranda kalıcı maluliyet olduğu anlaşıldı.

Alt ekstremitte yaralanmalarının, diğer tüm kategorilere belirgin olarak göre daha yüksek oranda (%49,8) görüldüğü dikkati çekti. Diğer yaralanma kategorilerine

bakıldığında genel olarak araç içi yaralanmalarına göre daha az oranda oldukları, motosiklet yaralanmaları göre ise yakın oldukları gözlemlendi.

Araç dışı kazalarda; alt ekstremitenin, aracın genellikle ilk çarptığı bölge olması sebebiyle en yüksek oranda etkilenen bölge olduğu, klasik adli tıp kitaplarında geçen bilgiler ile uyumlu olduğu tespit edildi.

Motosiklet yaralanmalarına bakıldığında ise, yaralanma bölgeleri arasında dikkati çeken bir istatistik olmadığı, yine en yüksek oranda alt ekstremitte yaralanmalarının gözlemlendiği (%37,5), alt ekstremitte yaralanmalarının araç içi kazalara oranla daha yüksek olduğu görüldü. Diğer sistem yaralanmaları, yaya yaralanmaları ile benzer özellik taşımaktaydı.

Motosiklet yaralanmalarında en dikkat çekici istatistik; kalıcı maluliyet olmayan olguların en az oranda (%25) motosiklet kazalarında görülmesiydi. TÜİK verilerine bakıldığında Denizli'deki trafiğe kayıtlı motorlu kara araçlarının %19'u motosiklet, geri kalanları ise otomobil, kamyon, minibüs ve diğer motorlu kara araçlarından oluşmakta olduğu görüldü. (21) Kalıcı maluliyete sebep olan trafik kazası yaralanmaları (876 olgu) içerisinde motosiklet kazalarına bağlı olguların (299 olgu) %35'i oluşturduğu saptandı. Bu açıdan bakıldığında trafikte %19 oranında bulunan motosikletlerle meydana gelen kazalarda %35 oranında kalıcı sekel kaldığı, motosiklet kazalarının kalıcı maluliyete sebep olmakta daha yüksek risk taşıdığı görüldü. Araç içi yaralanmaları kategorisindeki şoför yaralanmalarının ise kalıcı maluliyet tespit edilen olgular arasında %13 oran ile en düşük orana sahip kategori olduğu tespit edildi.

Trafik kazası dışındaki kategoriler incelendiğinde;

Trafik kazası dışındaki orijinlere bağlı maluliyet durumları değerlendirildiğinde; iş kazası olgularının yalnızca %8'inde kalıcı sekel mevcut olmadığı, %92'sinin kalıcı maluliyete sebebiyet verdiği tespit edilmiştir. En az oranda kalıcı maluliyet ise kasten yaralamalar içerisinde kesici delici alet yaralanması olgularında (%32) görülmüştür.

Bunun dışında alt ekstremitte yaralanmalarına bağlı kalıcı sekeller en sık ateşli silah yaralanmaları neticesinde (%34), üst ekstremitte yaralanmalarına bağlı kalıcı sekeller en sık iş kazalarında (%36), omurga arızaları en sık malpraktis olgularında

(%12), sinir sistemi arızaları (nörolojik ve psikiyatrik arızalar) en sık malpraktis olgularında (%25), görme arızaları en sık kusur sorumluluğu olgularında (%13), kulak burun boğaz arızaları en sık kasten yaralama olgularında (%6), sindirim sistemi arızaları en sık kesici delici alet yaralanmalarında (%6), solunum sistemi arızaları en sık malpraktis olgularında (%12), deri arızaları en sık kusur sorumluluğu olgularında (%10), diğer arızalar ise en sık malpraktis olgularında (%12) görüldüğü tespit edilmiştir.

Dosyalar içerisinde bulunan eski raporlara ait istatistikler incelendiğinde;

Çalışmamıza dahil edilen dosyaların içerisinde bulunan önceki raporlar incelendi. 1464 dosyanın 453'ünde (%31,6) önceden alınmış en az bir rapor mevcuttu. Bu raporlar ile tarafımızca düzenlenen raporlar arasında çeşitli karşılaştırmalar yapıldı.

İlk karşılaştırılan veri, raporların tarafımıza başvuru tarihinden ortalama 690 gün (1,9 yıl) önce alınmış olmasıydı. Önceden alınmış raporu bulunan bu 453 olgunun olay tarihi, tarafımıza başvuru tarihinden ortalama 1335 gün (3,6 yıl) önce idi. Bu verilere göre, herhangi bir itiraz, raporda tespit edilen eksik bir husus ve yahut başka bir sebep dolayısıyla yeni rapor talep edilmesi, yeni raporun hazırlanma süresi ilave edildiğinde, dava süresini ortalama 2 yıl uzattığı anlaşıldı.

Dosyalar içerisinde bulunan tün geçmiş tarihli raporların (n=501) ortalama maluliyet oranları %18,7 olduğu, bu raporların ait olduğu 453 şahsın tarafımızca tespit edilen ortalama maluliyet oranlarının %15,8 olduğu belirlendi. Arada %2,9 fark mevcuttu.

Eski raporlar içerisinde sağlık kurulu raporları ve Adli Tıp Anabilim Dalları tarafından düzenlenen raporlar ayrı ayrı incelendiğinde;

Sağlık kurulu raporlarının (n=195) ortalama maluliyet oranları %26,2 olduğu, bu olguların tarafımızca tespit edilen maluliyet oranlarının %23,1 olduğu, aradaki farkın %3,1 olduğu görüldü.

Adli Tıp Anabilim Dalları tarafından düzenlenen raporların (n=306) ortalama maluliyet oranları %14,2 bu olguların tarafımızca tespit edilen ortalama maluliyet oranları ise %11,1 idi. Aradaki fark %3,0 idi.

Tespit edilen rakamlara bakıldığında; Anabilim Dalımızın belirlediği ortalama maluliyet oranının, eski raporlara göre küçük bir miktar altında olduğu, bunda eski raporun alındığı kurumun sağlık kurulu veya Adli Tıp Anabilim Dalı olmasının fark etmediği görüldü. Bu durumun olgulardaki arızaların, yönetmelik arıza cetvellerindeki listelere dahil edilmesi sırasındaki yorum farkına dayalı olduğu düşünüldü.

Ayrıca eski raporlar arasında sağlık kurulu raporlarının ortalama maluliyet oranının %26,2 olması ile Adli Tıp Anabilim Dallarından düzenlenen raporların ortalama maluliyet oranlarının %14,2 olması arasındaki farkın nedeni tartışıldı. Bahsedilen oran farkı; kalıcı sekel kalmayan olgularda, sigorta şirketleri ve özel avukatların yönlendirmesiyle alınan Adli Tıp raporlarında -Adli Tıp raporlarının mahkemelere sunulmak üzere daha yüksek oranda talep edilen raporlar olmasından dolayı- daha yüksek olması sebebiyle olabileceği düşünüldü. Aynı şekilde sağlık kurulu raporları daha çok SGK nezdinde malulen emeklilik ve diğer özlük haklarına yönelik kullanılmak üzere şahıslar tarafından talep ediliyor olması sebebiyle kalıcı sekel kalmayan olguların daha az oranda bu talepte buldukları değerlendirildi. Ayrıca, öncesinde sağlık kurulundan alınan raporu bulunan olgulara Anabilim Dalımız tarafından verilen maluliyet oranlarının, sağlık kurulu raporlarının ortalamasına yakın olduğu görüldü.

Eski raporlar düzenlendikleri yönetmeliklere göre incelendi. Her iki raporun da (eski rapor ve tarafımızca düzenlenen en son rapor) “Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” kapsamında düzenlendiği 186 olgunun raporları arasındaki fark %2,2, “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında düzenlendiği 71 olgunun raporları arasındaki fark %3,2, “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” kapsamında düzenlendiği 16 olgunun raporları arasındaki fark, %6,4 olarak tespit edildi.

Belirtilen rakamlara bakıldığında “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin” yorumsal farka daha kapalı olduğu, bu cetvel kullanılarak tespit edilen oranların birbirlerine daha yakın oranlar olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna karşılık birbirine yakın olan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” ve “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik”

için daha yoruma daha açık ve kullanılan cetvele dayalı yorum farkının daha mümkün olabileceği değerlendirildi.

Eski raporlar, düzenleyen merkezlere göre incelendi. 198 eski raporun (%39) Anabilim Dalımız tarafından düzenlenen raporlar olduğu tespit edildi. Bu eski raporların ortalama maluliyet oranları %11,56 idi. Aynı dosyaların yeni başvuruları neticesinde tespit edilen ortalama maluliyet oranının %10,2 olduğu, aradaki farkın %1,36 olduğu belirlendi.

Eski raporlar içerisinde, raporların verildiği kurumlara göre sıralama yapıldığında,

Adli Tıp Anabilim Dalları arasında en yüksek sayıda eski raporu bulunan ilk üç merkez A, B ve C merkezi olarak isimlendirildi. Merkezlerin isimleri yanlış anlaşılmalara mahal verilmemek için açıkça yazılmadı.

A merkezi tarafından düzenlenen 47 eski rapor mevcuttu. Bu raporların ortalama maluliyet oranları %19,88 idi. Aynı dosyaların tarafımızca belirlenen maluliyet oranları ortalama %12,51 olup aradaki fark %7,37 olarak hesaplandı.

B merkezi tarafından düzenlenen 17 eski rapor mevcuttu. Bu raporların ortalama maluliyet oranları 18,78 olup, aynı dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranı %8,05 idi. Aradaki fark %10,73 idi.

C merkezi tarafından düzenlenen 7 eski rapor mevcuttu. Bu raporların ortalama maluliyet oranları %25,94 olup, aynı dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranları %10,8 idi. Aradaki fark %15,14 idi.

Anabilim Dalımızca düzenlenen eski raporlar ile ikinci defa tarafımızca düzenlenen raporlar arasında son derece küçük bir farkın bulunması, bununla birlikte dış merkez Adli Tıp Anabilim Dallarından bazıları tarafından düzenlenen raporlar ile ikinci defa Anabilim Dalımız tarafından düzenlenen raporlar arasında pek küçümsenemeyecek farkların bulunması, esasen cetvellerdeki arıza listeleri üzerindeki yorum farkının boyutlarını göstermesi bakımından önemli bir bulgu olarak karşımıza çıktı. Bununla birlikte bu farkın sadece yorum farkına bağlı olarak kabul edilmesi halinde dahi, çeşitli merkezler arasında oransal olarak fark olduğunu tahmin eden – tecrübe eden sektör çalışanlarınca (sigorta, avukat, danışman vs.) bu

farkın kullanabileceği endişeleri tarafımızca oluştu. Bu noktada cetvel ve yorumların son derece standartlaştırılması gerektiği fikri ön plana çıktı. Nitekim Hacettepe Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından düzenlenen III. Maluliyet Bilirkişiliği Kongresi'nin bildiri metninin ilk maddesinde bu konudaki endişelere yönelik bir atıf mevcuttur. (22)

Aynı şekilde sağlık kurulları tarafından verilen sağlık kurulu raporları da verildikleri merkezlere göre sıralandı. En yüksek sayıda eski raporu bulunan ilk üç merkez sırasıyla K, L ve M olarak isimlendirildi.

K merkezi tarafından düzenlenen 98 raporun ortalama maluliyet oranı %23,8, bu dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranı %21,8 olduğu, aradaki farkın %2 olduğu,

L merkezi tarafından düzenlenen 34 raporun ortalama maluliyet oranı %24,1, bu dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranı %24,0 olduğu, aradaki farkın %0,1 olduğu,

M merkezi tarafından düzenlenen 24 raporun ortalama maluliyet oranı %31,7, bu dosyalarda tarafımızca belirlenen ortalama maluliyet oranı %23,1 olduğu, aradaki farkın %8,6 olduğu tespit edildi.

K, L ve M merkezlerinden L merkezi ile Anabilim Dalımız raporları arasındaki farkın %0,1 olması, M merkezi ile Anabilim Dalımız arasındaki farkın %8,6 olması izaha muhtaç bir konu olarak değerlendirildi. Bu farkın salt sağlık kurulu ve Anabilim Dalı raporu arasındaki kategorik farka bağlı olduğunu söylemek mümkün değildi. Böylesi bir farkın sağlık kurulu raporu talep eden şahıslar yönünden de fark edilmiş olmasının muhtemel olduğu düşünüldü. Yapılan tüm istatistiksel analizler göz önüne alındığında standardizasyona yönelik ihtiyacın önemi bir kez daha vurgulanması gerekmekte olduğu değerlendirildi.

Dosyalar hazırlanırken yapılan çeşitli bölüm konsültasyonları istatistiksel olarak analiz edildi. 22 farklı bölüm konsültasyonu içerisinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon konsültasyonlarının (%54), Nöroloji konsültasyonlarının (%11), Psikiyatri konsültasyonlarının (%7), Göz konsültasyonlarının (%5), Kulak Burun Boğaz konsültasyonlarının (%4), Ortopedi konsültasyonlarının (%3)'ü oluşturduğu, bu 6 bölüm konsültasyonunun tüm konsültasyonların %84'ü olduğu tespit edildi.

Konsültasyon istenen branşların tespit edilen arıza kategorilerinin dağılımı ile uyumlu olduğu, bununla birlikte rapor düzenlemek için hemen hemen tüm tıbbi branşlardan konsültasyon istendiği, konsültasyon istenen bölümler tarafından ayrıntılı tetkikler yapılabildiği görüldü. Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarının rapor düzenleyebilmek ve medikolegal bir tartışma ortamı oluşturmak, tıbbi özgeçmişe kolayca ulaşmak, ileri tetkikler yapabilmek, gerektiğinde heyetler oluşturarak tıbbi durumu enine boyuna tartışmak açısından daha fazla imkana sahip olduğu açıktı. Bu açıdan maluliyet raporlarının Adli Tıp Anabilim Dalları tarafından daha fazla düzenleniyor olmasının bedensel zararların tespiti ve tazmini konusunda adalet sistemine yaptığı olumlu katkıyı gösterdiği değerlendirildi.

5. SONUÇ

Çalışmamızda 1464 olgu dosyası üzerinden yapılmış olup literatüre bakıldığından benzer çalışmalar arasında en kapsamlı çalışmalardan biri olarak öne çıkmaktadır.

- 1- Maluliyet raporu düzenlenen olguların çoğunluğu (%67) erkek bireylerden oluşmaktadır.
- 2- Dosyaların tarafımıza başvuru yaptıkları tarihten itibaren ortalama 95,9 gün içerisinde raporlandığı görüldü. Teknik olarak aynı içeriğe sahip Sigorta Tahkim Kurulu tarafından talep edilen maluliyet raporlarının ortalama 22 günde hazırlandığı görüldü.
- 3- İlk defa rapor düzenlenen olguların raporlarının olay tarihinden ortalama 3,4 yıl (1250 gün) sonra düzenlendiği görüldü.
- 4- Takdir indirimi kullanılan raporların %82'sinin "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" kapsamında düzenlenen raporlar olduğu görüldü.
- 5- Yönetmeliklerin, resmi gazetede yayınlanma tarihleri, çeşitli mahkeme kararları ve farklı merkezlerin farklı uygulamalarının mevcut olması

bir araya gelince, maluliyet tespiti için tam bir yönetmelik karmaşası olduğu, bunun da uygulama farkı ve sonuç farkını beraberinde getirdiği görüldü.

6- Rapor talep eden makamlar arasında en yüksek oranda Asliye Ticaret Mahkemesi, ikinci en yüksek oranda Asliye Hukuk Mahkemesi, daha sonra ise Sigorta Tahkim Komisyonu olduğu, bu üç makamın tüm taleplerin %97'sini oluşturduğu görüldü.

7- Tüm dosyaların %87'si trafik kazasına bağlı açılan dosyalardan oluşmaktaydı.

8- TÜİK istatistikleri ile birlikte değerlendirildiğinde, trafikte %19 oranında bulunan motosikletlerle meydana gelen kazalarda %35 oranında kalıcı sekel kaldığı, motosiklet kazalarının kalıcı maluliyete sebep olmakta daha yüksek risk taşıdığı görüldü.

9- İş kazası olgularının yalnızca %8'inde kalıcı sekel mevcut olmadığı, %92'sinin kalıcı maluliyete sebebiyet verdiği tespit edildi.

10- Dosyasında önceden alınmış maluliyet raporu bulunan olguların, bu raporlarının tarafımıza ikinci kez rapor için başvuru yapılmadan ortalama 2 yıl önce alındığı, yeni bir maluliyet raporu almanın ortalama 2 yıl sürdüğü anlaşıldı,

11- Anabilim Dalımızca düzenlenen eski raporlar ile ikinci defa tarafımızca düzenlenen raporlar arasında son derece küçük bir farkın bulunması, bununla birlikte dış merkez Adli Tıp Anabilim Dallarından bazıları tarafından düzenlenen raporlar ile ikinci defa Anabilim Dalımız tarafından düzenlenen raporlar arasında pek küçümsenemeyecek farkların bulunması, esasen cetvellerdeki arıza listeleri üzerindeki yorum farkının boyutlarını göstermesi bakımından önemli bir bulgu olarak karşımıza çıktı.

12- Tüm bu bulgular ve değerlendirmeler ışığında son derece açık, anlaşılabilir ve tartışılabilir olarak düzenlenmesi gereken, büyük mağduriyetlere ve büyük menfaatlere konu olabilecek bu denli hassas bir işin, standarttan çok uzak uygulamalarla ilerliyor olması adalet sistemimiz ve vatandaşlarımız açısından son derece üzüntü vericidir. Tüm ilgili makamlar

tarafından bir araya gelinerek, meselenin ayrıntıları ortaya konması, gerek usul yönünden, gerekse raporların içeriği ve değerlendirmesi bakımından belli standartların oluşturulması, adaletin daha hakkaniyetli bir biçimde yerine getirilebilmesi açısından bir an önce ulaşılmaması gereken bir hedef olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. BAĞCI M, EKMEKÇİ Ö. Maluliyet ve Vazife Maluliyeti [İnternet]. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi; 2014 [a.yer 28 Mart 2024]. Erişim adresi: <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/52717.pdf>
2. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği. Eki 11, 2008.
3. ENGELLİLER HAKKINDA KANUN [İnternet]. Tem 1, 2005. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378-20130425.pdf>
4. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi » Makale » Özürlülük Alanında Kullanılan Kavramlar Üzerine Genel Bir Değerlendirme [İnternet]. [a.yer 28 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spcd/issue/21090/227122>
5. Resmî Gazete. Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği [İnternet]. Ağu 3, 2013. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130803-6.htm>
6. Resmi gazete. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik [İnternet]. Şub 20, 2019. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>
7. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik [İnternet]. Mar 30, 2013. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>
8. Eroğlu Dİ. 2015-2016” Yılları Arasında Adli Tıp Anabilim Dalında “Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği Cetvelleri” Kullanılarak Düzenlenmiş “İş Gücü Kaybı (Maluliyet)” Konulu Rapor Sonuçlarının “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması Ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğindeki Özür Oranları Cetveli” İle Karşılaştırılması.

9. Resmi gazete. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik [İnternet]. ÇÖZGER Şub 20, 2019. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-1.htm>.
10. 17. Hukuk Dairesi. 2015. Erişim adresi: <https://karararama.yargitay.gov.tr/>
11. 2018. Erişim adresi: <https://www.lexpera.com.tr/ictihat/bolge-adliye-mahkemesi/samsun-bam5-hd-e-2018-1438-k-2018-1175-t-2-8-2018>
12. Resmi gazete. Anayasa Mahkemesi Kararı [İnternet]. 2020. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/10/20201009-17.pdf>
13. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi. 2021.
14. Düzcan AM. 2018-2021 yılları arasında bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı tarafından düzenlenen maluliyet raporlarının retrospektif olarak incelenmesi ve güncel yönetmelik/cetvellere göre yeniden değerlendirilmesi [İnternet] [Master's Thesis]. Bursa Uludag University (Turkey); 2022 [a.yer 28 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://search.proquest.com/openview/8e551938d6271ff3558508a604409b81/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
15. 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. The Bulletin of Legal Medicine. 2018;23(2):77-88.
16. Gürbüz V. 2013-2016 yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından yazılan maluliyet raporlarının değerlendirilmesi, ülkemizdeki ve dünya çapındaki kıyaslamaları. 2017;
17. Besen E. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan hukuk davalarında bilirkişi raporlarının hukuki denetime elverişliliğinin yargıtay kararları ışığında incelenmesi [İnternet] [Master's Thesis]. Adli Tıp Enstitüsü; 2019 [a.yer 02 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/632990>
18. 2020 [a.yer 02 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://www.kararmatik.com/yazdir-Adli-Tip-Raporunun-Yetersiz-Olmasi---Universite-.html>
19. Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü. ADALET İSTATİSTİKLERİ Judicial Statistics 2023 [İnternet]. [a.yer 16 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://adlisicil.adalet.gov.tr/Resimler/SayfaDokuman/1042024101742Adalet%20%C4%B0statistikleri%202023.pdf>
20. ALTINDAĞ H, Şenol E. Maluliyet hesaplamasında göz önünde bulundurulmuş cetvellerde yer almayan arızaların değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi. 2022;61(4):636-45.

21. TÜİK. TÜİK Motorlu Kara Taşıtları İstatistikleri [İnternet]. 2022. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Motorlu-Kara-Tasitlari-Ocak-2022-45704>
22. Hacettepe Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı. III. Maluliyet Bilirkişiliği Kongresi. İçinde 2023. Erişim adresi: <https://www.maluliyetkongresi.com/>