

BİLDİRİ**SOSYAL SİGORTALAR
SAĞLIK İŞLEMLERİ TÜZÜĞÜNE
FARKLI BİR YAKLAŞIM**

Dr. Ahmet Nezih KÖK, Dr. Özer KENDİ**, Dr. Yaşar BİLGE****

ÖZET

Bernardino Ramazzini'nin hastalarına yönelttiği "Ne iş yapıyorsunuz" sorusuyla hastalık ile meslek arasında ilk kez reel bir ilişki kurulmuştur. Dünyadaki iş ve işçi sağlığı ile ilgili olumlu gelişmelere paralel olarak Türkiye'de 1956 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuştur.

Söz konusu bu kanunun 135.maddesi gereğince 1972 yılında Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü yürürlüğe konulmuştur. Birkaç kez değişikliğe uğrayan tüzükte meslek hastalığı ve iş kazası sonucu gelişen sürekli maluliyetin hesaplanması ile ilgili kurallar yer almaktadır.

Günlük uygulamada, tüzüğün kendisinden kaynaklanan eksiklikler nedeni ile maluliyet hesaplamalarında önemli hatalar meydana gelmektedir. Bu bağlamda, tüzükte belirlenen eksiklikler ele alınarak yeni bir tartışma başlatmak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Maluliyet, Tüzük, Adli Tıp

SUMMARY**AN ALTERNATIVE APPROACH TO THE SOCIAL
INSURANCE HEALTH ACTIONS REGULATION**

Bernardino Ramazzini became aware of relation between disease and occupation firstly with his question directed to the patient about what is your job.

Parallel to the positive developing in labourer health concept on the world, Social Insurance Association was established in 1956 in Turkey by the law numbered 506. According to the article 135 of this law, Social Insurance Health Actions Regulation was put into effect in 1972. In this regulation changed several times, there are some rules relating to how permanent disability occurring as a result of occupational disease and industrial accident can be calculated.

In the daily practise, the use of this Regulation causes some faulty results because of its deficiencies. On this occasion, we aim to initiate a discussion to abolish the deficiencies determined in the Regulation in this article.

Key words: Disability, Regulation, Forensic Medicine.

GİRİŞ

Hastalıkların etiolojisi ile ilgili olarak kişinin uğraştığı iş ile mevcut bazı hastalıklar arasındaki ilişki Hipokrat (M.Ö. 460-377)'tan beri bilinmektedir (Erkan, C., 1984:7-30). Bilinen bu ilişkinin daha iyi açıklanması ile ilgili çalışmalar; Bernardino Ramazzini (M.S. 1633-1714)'nin "Metallicis De Morbis Artificium Diatriaba" adlı eserinde hastalıkların teşhisi amacı ile hastalara yönelttiği "Ne iş yapıyorsunuz?" sorusu ile tıp ilmi içerisinde "İş Sağlığı ve İş Hekimliği" a-

Bu çalışma 23-25 Ekim 1996 tarihinde İstanbul'da yapılan SSK 50. Yıl Tıp Kongresi'nde sunulmuştur.

* Doç. Dr., Atatürk Üniv. Tıp Fak. Adli Tıp AD

** Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Adli Tıp AD

*** Adli Tıp Uzmanı, Ankara Üniv. Tıp Fak. Adli Tıp AD

dında yeni bir çalışma alanının kurulması ile sonuçlanmışır (Akbulut, T., 1994:25-26, Erkan, C., 1984:7-30).

18.yüzyılda, İngiltere'de başlayıp hızla Kıta Avrupa'sına yayılan emek gücü nitelikli tarıma ve zenaate dayalı bir ekonomiden, makine gücü nitelikli sanayi üretiminin egemen olduğu ekonomik bir sürece geçiş, sosyal hayatı ve sosyal hayatı düzenleyen hukuk kurallarını da etkilemiştir. Özellikle işçi ve işveren kuruluşlarının çalışma alanındaki sendikal faaliyetleri, iş sağlığına yönelik koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesine ve bu hizmetlerin yazılı hukuk kuralları şeklinde güvence altına alınmasına olanak sağlamıştır.

Ülkemizde iş ve işçi sağlığına yönelik ilk düzenlemeleri içeren "Dilaver Paşa Nizamnamesi"nden (Erkan, T., 1984:7-30) bu yana özellikle Cumhuriyet Dönemi'nde yeni yasal düzenlemelere gidilmiştir. 1982 Anayasası'nın 2.maddesinde "Cumhuriyetin Nitelikleri" bahsinde; Türkiye Cumhuriyeti'nin sosyal bir hukuk devleti olduğu belirtilirken, 17. madde ile "Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu, tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı" hükmü getirilmiştir (Kuzu, B., 1988:3-20).

Normlar hiyerarşisinin tepesinde bulunan anayasada yer alan vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı hükmü, anayasadan kaynak alan çeşitli kanunlarda da ayrıntılı olarak yer almıştır. İş ve işçi sağlığı konusunda bugün yürürlükte olan, iş kazaları ile meslek hastalıkları, hastalık, analık, malüllük, yaşlılık ve ölüm hallerinde sosyal sigorta yardımları sağlanmasının şartlarını belirlemek amacı ile 1964 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu çıkarılmıştır (Centel, T., 1996:15). Bu kanunun 135.maddesinin (A) fıkrasına istinaden 1972 yılında Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü yürürlüğe konulmuş olup tüzükte 1978 ve 1985 yıllarında yeni düzenlemelere gidilmiştir (Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, 1985:7-196). Tüzükte iş kazası ve meslek hastalıklarının meslekte kazanma gücünü ne oranda azaltacağı hakkındaki esaslar ve cetveller düzenlenmiştir. Cetveller, esas itibarı ile bir Fransız baremi olan "Bareme Indicatif D'Invalidite" dikkate alınarak hazırlanmıştır (Alsancak, S., Korkusuz, Z., 1995:52-56).. Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü'ndeki baremin iktibas edilmesi, iktibas edilirken bazı değişikliklerin yapılması, kabulünden sonra farklı senelerde iki kez değişiklik yapılması tüzüğün ve baremin gelişen iş ve işçi sağlığı bilgileri ile yeni düzenlemelere ihtiyacı olduğunun bir göstergesidir. Bu çalışmada da tüzükte mevcut baremin uygulanması ile ilgili olarak gözlenen aksaklıklar gündeme getirilerek, tüzüğün iyileştirilmesi yönünde yeni bir tartışma alanı açmak hedeflenmiştir.

Meslekte kazanma gücünün iş kazası ve meslek hastalığı sonucu gelişen sürekli iş göremezlik halleri ile ne oranda azalacağı tüzüğe ekli A,B,C,D,E olarak adlandırılan beş adet cetvele göre tespit edilmektedir (Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, 1985:7-196).

A - CETVELİ : Bu cetvel, iş kazaları ve meslek hastalığı sonucu gelişen arızaları vücuttaki yerlerine göre sınıflandıran, herbiri üç kolon içeren, 14 listeden oluşmaktadır. Birinci kolon; arıza sıra no, ikinci kolon; arıza çeşidi ve üçüncü kolon; arıza ağırlık ölçüsü bilgisini içerir. Arıza sıra no, arıza çeşidinin kodlanarak yapılacak hesaplamanın kolaylaştırılması amacını taşır. Arıza ağırlık ölçüsü ise listelerde yer alan arıza çeşitlerine verilen tıbbi ağırlık değeri olup meslekte kazanma gücünden azalma oranını tayin eden en önemli değerdir.

A-cetveli ile ilgili olarak mevcut 14 listeden yararlanabilmek için mağdurun arıza çeşidi, fizik muayene ve laboratuvar tetkik bulguları ile kesin olarak belirlenmelidir. Tüzükte, A-Cetvelinde yer alan 14 adet listeye bakıldığında arıza çeşitlerinin eksik ve yetersiz tanımlandığı, tanımlanan arızalara uygun olmayan arıza ağırlık ölçüsü takdir edildiği görülmektedir. Çoğu arızalar, alt bölümlerde hafif, orta ve ağır olarak gruplandırılarak çok farklı ve uygunsuz arıza ağırlık ölçüleri takdir edilmiştir. Bu uygunsuzluk kendisini meslekte kazanma gücünün azalma oranlarının belirlenmesinde daha net olarak ortaya çıkarmaktadır. Mesela; A -Cetveli 14.listede arıza sıra no 2K'da belirtilen skleroderma iki alt gruba ayrılmıştır. Hafif (vücutun 20'sini kaplayan) skleroderma için arıza ağırlık ölçüsü 5 iken, ağır (vücutun % 20'sinden çoğunu kaplayan) skleroderma için arıza ağırlık ölçüsü 57 olarak belirtilmiştir. Meslek grup no 1 olan 38 yaşındaki işçi için % 19'luk hafif skleroderma meslekte kazanma gücünden % 15'lik bir kayıba neden olurken % 21'lik ağır skleroderma aynı işçi için meslekte kazanma gücünden % 71'lik bir kayıba neden olmaktadır.

Meslekte kazanma gücünden kayıp oranı tespit edilirken uygulanacak baremlerde bir yandan hekime geniş bir subjektif takdir hakkı verilmemesine özen gösterilirken diğer yandan hekimlik sanatının uygulamasına yönelik takdir hakkının hekimin elinden alınmasına da izin verilmemelidir.

Tüzükte dikkati çeken diğer bir nokta da; iş kazası ve meslek hastalığı sonucu işgöremezlik hallerinin meslekte kazanma gücünü ne oranda azaltacağını belirleme amacı taşıyan tüzükte arıza çeşitleri arasında konjenital nitelikte zeka gerilikleri, sağırılık, dilsizlik, kalp hastalıkları gibi lezyonların yer almasıdır.

B - CETVELİ : Çeşitli iş kollarına ait meslekler 34 liste halinde belirlenip bunlar 52 meslek grubuna göre numaralandırılmışlardır (MGN). Ancak bu gruplandırmalar bir yandan eksiklik gösterirken diğer yandan da gereksiz ayrıntılara boğulmuştur. Ayrıca; meslekleri grublandırırken hangi kriterlerin gözönüne alındığı da anlaşılamamaktadır. Mesela ; 23 no'lu meslek grubunda; genelev sermayesi, sağlık memuru, garson, bilet satıcısı ve kanalizasyon işçisi hangi kritere göre yer alabilmektedirler.

Tüzükte tıp doktoru, müzisyen gibi genel meslek adları mevcuttur. Oysaki bu meslek adları çok değişik alt grupları içermektedir. Mesela; kardiyojoloji uzmanı bir hekim ile

farmakoloji uzmanı bir hekimin mesleklerini icra tarzı çok farklıdır. Nitekim işitme fonksiyonunda meydana gelebilecek bir azalmada mesleğin icra edilmesi her iki hekim için farklı olacaktır. Ayrıca meslek gruplandırmalarında bazı meslek gruplarına yer verilmemiştir.

C - CETVELİ : Sürekli iş göremezlik simgelerini (SİGS) gösterir. Bunun için 14 ayrı listede mevcut arıza çeşitlerinin arıza sıra no ile mağdurun meslek grup no kesitirilir. Böylece A ve R harfleri arasına 17 adet sürekli işgöremezlik simgesi tespit edilir. C - Cetveli mesleğin, meslekte kayıp oranına etki yaptığı bölümdür.

D - CETVELİ : 38-39 yaşlarındaki sigortalının meslekte kazanma gücünün azalma oranlarını gösterir. Bu oranın tespiti için 0-65 arasındaki arıza ağırlık ölçüsü değerleri ile A-R arasındaki 17 adet sürekli işgöremezlik simgeleri kesitirilir. Meslekte kazanma gücünün azalma oranının neden 38-39 yaş sigortalı için belirlendiğine dair tüzükte açıklama bulunmamaktadır.

D - Cetveli'nde gözlenen genel bazı sonuçlar vardır ki bunlardan birisi; meslekte kazanma gücünün azalma oranının arıza ağırlık ölçüsü değeri ile doğru orantılı olarak arttığıdır. Bir diğeri ise; her satırda sağa doğru gidildikçe meslekte kazanma gücünün azalma oranının I simgesine kadar artarak I simgesinde maksimum değere ulaştığı ve J simgesinde ani bir düşme yaparak azaldığıdır. K simgesinde oran 9-56 arasında arıza ağırlık ölçüsü değerine eşittir.

Aynı arıza çeşitinden mağdur olmuş ancak farklı meslekler icra eden kişilerde meslekte kazanma gücünden azalma oranlarının farklı olması makul olmakla birlikte bu farklılığın çok aşırı olması ve hele hele tespit edilen arıza ağırlık ölçüsü değerinden az olmasının adalet anlayışına uygun olmadığı kanaatindeyiz. Çünkü; hiç bir mesleğin bu mesleği icra eden kişi için olumsuz etki yapacağı düşünülemez.

E - CETVELİ : Yaşlara göre meslekte kazanma gücünün azalma oranlarını gösterir. D - Cetveli'nde 38-39 yaş grubu için tespit edilen oran 23 adet yaş grubuna göre yeniden düzenlenmiştir. Bunun için 21 yaş ve altı şahıslar bir grupta, 64 yaş ve üzeri şahıslar bir grupta değerlendirilirken aradaki yaşlar ikişerli yaş dilimleri halinde 21 grupta değerlendirilmiştir. Cetvelin genel özelliği her satırda meslekte kazanma gücünün azalma oranlarının sağa doğru gidildikçe artmasıdır.

Cetvellerin teker teker incelenmesinin dışında pratikte bir bütün olarak uygulanması ile ilgili bazı arıza çeşitlerinin bazı meslek gruplarında meydana getirdiği meslekte kazanma gücünün azalma oranları **Tablo 1,2,3,4'**de gösterilmiştir.

Elde edilen oranlara göre; Her iki kulağında tam olarak işitme kaybı olan tıp doktoru, bu arıza nedeni ile meslekte kazanma gücünden % 51 kayıba uğrarken oto elektrikçisinde kayıp oranı % 62'dir (**Tablo 1**). Ses organ-

Tablo 1: Her İki Kulakta Tedavi ve İşitme Cihazı İle Giderilemeyen Tam İşitme Kaybı Olan 38 Yaşında Çeşitli Meslek Dallarında Çalışan Şahısların Meslekte Kazanma Gücünün Azalma Oranları

A CETVELİ 3. LİSTE: Kulak Arızaları			
Arıza Sıra No: 1			
Arıza Çeşidi: Her iki kulakta tedavi ve işitme cihazı ile giderilemeyen tam işitme kaybı			
Arıza Ağırlık Ölçüsü: 51			
Meslek Çeşidi	MGN*	SİGS**	38 Yaş Kayıp Oranı
Düz işçi	1	A	55
Kuaför	16	A	55
Oto döşemecisi	16	A	55
Öğretmen	24	B	57
Tıp doktoru	31	K	51
Oto elektrikçisi	41	D	62
Müziyen	50	I	71

* MGN: Meslek Grup Numarası

** SİGS: Sürekli İş Göremezlik Simgesi

Tablo 2: Ses Organlarında Tedavi Edilemeyen İki Taraflı Afonisi Olan 38 Yaşında Çeşitli Meslek Dallarında Çalışan Şahısların Meslekte Kazanma Gücünün Azalma Oranları

A CETVELİ 5. LİSTE: Boyun Arızaları			
Arıza Sıra No: 1			
Arıza Çeşidi: Ses organlarının tedavi edilemeyen arızaları: İki taraflı afoni			
Arıza Ağırlık Ölçüsü: 25			
Meslek Çeşidi	MGN	SİGS	38 Yaş Kayıp Oranı
Düz işçi	1	A	29
Kuaför	16	A	29
Oto döşemecisi	16	A	29
Öğretmen	24	A	29
Tıp doktoru	31	K	25
Oto elektrikçisi	41	D	36
Müziyen	50	D	36

larında afoni durumunda, meslekte kazanma gücünden kayıp oranı, öğretmen için % 29, tıp doktoru için % 25 iken oto elektrikçisi için % 36'dır (**Tablo 2**). Her iki eldeki parmakları proksimal interfalangial eklemde ampute olmuş, beyin cerrahi uzmanı bir hekim meslekte kazanma gücünden % 51 kayba uğrarken bu oran oto döşemecisi ve kuaför için % 53 olup, öğretmen ve düz işçi için ise sadece % 42'dir (**Tablo 3**). Ayağı 1/3 distalden ampute edilmiş, oturarak gitar çalan bir müziyenin meslekte kazanma gücünden kayıp oranı % 54 iken, düz işçinin % 37 ve tıp doktorunun sadece % 33'tür (**Tablo 4**).

Belirtilen örneklerin muvacehesinde halen yürürlükte olan Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü'ne göre

Tablo 3: Her Beş Parmağı İki Taraflı Olarak Falango-Falangeal Eklemde Ampüte Olan 38 Yaşında Çeşitli Meslek Dallarında Çalışan Şahısların Meslekte Kazanma Gücünün Azalma Oranları

A CETVELİ 9. LİSTE: El Parmakları Arızaları			
Arıza Sıra No: 9			
Arıza Çeşidi: Her baş parmağın iki taraflı olarak falanfofalangeal eklemde amputasyonu			
Arıza Ağırlık Ölçüsü: 38			
Meslek Çeşidi	MGN	SİGS	38 Yaş Kayıp Oranı
Düz işçi	1	A	42
Kuaför	16	F	53
Oto döşemecisi	16	F	53
Öğretmen	24	A	42
Tıp doktoru	31	E	51
Oto elektrikçisi	41	C	47
Müziyen	50	E	51

Tablo 4: Alt Bacağı 1/3 Distalden Ampüte Edilmiş Olan 38 Yaşında Çeşitli Meslek Dallarında Çalışan Şahısların Meslekte Kazanma Gücünün Azalma Oranları

A CETVELİ 12. LİSTE: Pelvis ve Alt Ekstremitte Arızaları			
Arıza Sıra No: 12			
Arıza Çeşidi: 1/3 distalden alt bacak amputasyonu			
Arıza Ağırlık Ölçüsü: 33			
Meslek Çeşidi	MGN	SİGS	38 Yaş Kayıp Oranı
Düz işçi	1	A	37
Kuaför	16	J	35
Oto döşemecisi	16	J	35
Öğretmen	24	A	37
Tıp doktoru	31	K	33
Oto elektrikçisi	41	C	41
Müziyen	50	I	54

tespit edilen meslekte kazanma gücünün azalma oranlarının güvenilir olmadığı aşikardır. Her ülkede yaşanan bu tip sorunların çözülmesinde hangi hastalıkların meslek hastalığı yada iş kazası sayılması gerektiği yanında meslekler göre bunların tıbbi ağırlık değerlerinin belirlenmesi başlıca zorluklardır. Özellikle Avrupa Ekonomik Topluluğu'nun kurulmasından sonra maluliyet hesaplarında kullanılan cetvellerin standardize edilmesi gereği dile getirilmiş ancak başarılı olunamamıştır. Bu konuda en radikal çözümü 1967 yılında Hollanda getirmiş ve meslek hastalıkları kavramını bir anlamda ortadan kaldırarak mevcut arızayı telafi cihetine gitmiştir (Tonguç, E.; 1991: 105-108).

Ülkemizde de Hollanda'ya benzer bir çözüm yolunun

benimsenerek mevcut tüzükte değişikliklerin yapılması, tüzüğün iş hukuku yanında ceza hukuku alanında da güvenle kullanılmasına olanak sağlayacaktır. Vücut bütünlüğüne yönelik saldırılar Türk Ceza Kanunu'na göre suçtur. "Şahıslara karşı müessir fiiller" başlığı altında Türk Ceza Kanunu'nun 456.maddesi 2.fikrasında yer alan uzuv zaafı ve 3. fıkrasında yer alan uzuv tatili müessir fiilin ağır derecelerinden olup mevcudiyetleri cezayı ağırlaştırıcı unsurlardandır (Dönmezer, S.; 1995:106-132). Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun 01.10.1973E. 1973/1.303,K.587 no'lu kararında "Azadan birinin tatili sözlerinden maksatın, bir uzuvun görevini tamamı ile yapamaz hale getirilmesi olduğu ve mağdurun hangi organının ne suretle görevini yapamaz hale geldiğinin ve bunun genel beden gücünü ne ölçüde eksilttiğinin araştırılması gerektiği" belirtilmektedir (Dönmezer, S.; 1995:106-132). Bu karardan da anlaşılacağı üzere uzuv zaafı ve uzuv tatilinin tanımı genel beden gücünden kayıp oranına dayanmaktadır. Genel beden gücünde kayıp oranının tespitinde yaşın, cinsiyetin ve mesleğin etkisi yoktur. Önemli olan sadece arızanın çeşitidir. Mevcut arıza genel beden gücünün % 10-30 kaybına neden oluyorsa uzuv zaafı, % 30'dan fazla kaybına neden oluyorsa uzuv tatili söz konusudur (Ayvaz, S.; 1982: 24-28). Bu oranların tespitinde tüm eksikliklerine rağmen halen Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü kullanılmaktadır. Ancak yukarıda belirtilen hususlar nedeni ile sonuçlar, maalesef, sağlıklı olmamaktadır.

Sonuç olarak; belirtilen aksaklıklar gözönüne alınarak tüzükte değişiklikler yapılması amacı ile çalışmalara başlanılmasının yanısıra, endüstri devrimi ile ortaya çıkan makineleşmenin ve karmaşık sosyal ilişkilerin ortaya çıkarıldığı sebep sorumluluğu anlayışının (Eren, F.; 1994:24-28) meslek hastalıkları ve iş kazaları için de kabul edilerek adalet ve hakkaniyet fikrine dayanan sosyal hukuk devleti olmanın gereği yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akbulut T. (1994), İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, Ankara, Sistem Yayıncılık ve Matbacılık, 25.
- Alsancak S., Korkusuz Z. (1995), "Amputelerde Maluliyet", Fizyoterapi Rehabilitasyon, 2 (8), 52-56.
- Ayvaz S. (1982), Tıbbi Bilirkişilik, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Basımevi, 24-28.
- Centel T. (1996), Sosyal Sigortalar Kanunu ve İlgili Mevzuat, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ., 15.
- Dönmezer S. (1995), Kişilere ve Mala Karşı Cürümler, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ., 106-132.
- Eren F. (1994), Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Cilt 2, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ, 24-28.
- Erkan C. (1984), İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 7-30.
- Kuzu B. (1988), Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat, İstanbul, Filiz Kitabevi, 3-20.
- SSK Genel Müdürlüğü (1985), Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü, Ankara, Ulucan Matbaası, 7-196.
- Tonguç E. (1991), "Meslek Hastalıklarına Genel Bakış". In: Orhun H. (eds), İş Hekimliği Ders Notları, Ankara, Yorum Basın Yayın San. Ltd. St., 105-108.