

MALULİYET KAVRAMI, SORUNLAR VE TÜRKİYE'DEKİ UYGULAMALAR

Arif KELEŞOĞLU

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, ANKARA

Avrupa'da bir bölgede bulunan ve 5000 yıl kadar önce yaşadıkları tahmin edilen göçer bir topluluğun kemikleri üzerinde yapılan bir çalışma bilim adamlarının, belki de insan topluluklarının maluliyet kavramına yaklaşımına ait ilk verileri ortaya koyan, ilginç bir sonuç ortaya çıkarmalarına neden oldu. Spina bifidası olan bir kadının ileri yaşlara kadar yaşadığını tespit ettiler. Spina bifidanın erken yaşlarda ciddi yürüme bozukluğu da yapabildiği bilinmekte ve bu kişinin buluntuları da bunu doğrulamaktaydı. Ama göçer topluluktaki bu kişinin bu özürüne karşın toplum bireyleri tarafından sürekli taşınarak ölümüne kadar bakım gördüğü anlaşılmaktaydı. Bunun toplum bireylerinin aynı duruma düşme korkusundan da kaynaklandığı ileri sürülebilir. Öyle ya da böyle çağlar boyu insanoğlu özürülere bakmayı çok fazla ihmal etmemiş onların toplumun arka planında da olsa yer almasını sağlamışlardır. (Quassimodo betimlemesinde de olduğu gibi).

Ancak çağdaş anlamda maluliyet kavramı 19. yüzyıl sonuna doğru sanayileşmeye karşı toplumsal muhalefetin gelişimi ile şekillenmeye başlamıştır. Ciddi ilerleme ikinci dünya savaşı sonrası ve 'Milletler Cemiyeti'nin oluşumu ile görülmüştür. Türkiye'de de Osmanlı'nın son dönemlerine doğru iş güvenliği ile ilgili basit düzenlemeler yapılamaya başlanmıştır.

Maluliyet Tanımlaması

'Maluliyet' kelimesinin kesin olarak ne anlam ifade ettiğini saptamak oldukça zordur. Genel görüş şudur: bir kişinin maluliyetinin bulunması onu çeşitli aktiviteler yapmaktan alıkoyar. Aslında maluliyet kelimesi birçok

dilde normale göre azalmayı veya sapmayı ifade etmektedir. Burada toplumun bireyde bir eksiklik saptaması söz konusudur. Çoğu dilde maluliyetin eşdeğeri olan kelimeler değersizlik, yetersizlik, kısıtlılık, yoksunluk ve sapma gibi anlamlar da içermektedir. Bu kavramlara paralel olarak maluliyet toplum tarafından sadece söz konusu olduğu kişinin bir problemi gibi görülür. Sonuçta bir disfonksiyon ve maluliyet kararı çevre ile ilişkilidir. Bu nedenle sosyal bir kavramdır ve haliyle yalnızca bireysel bir nitelemesi olamaz. Ancak maluliyetin anlamı duruma göre değişiklikler göstermektedir. Tekerlekli sandalyeye mahkum kişi bir açıdan (ayaklarını kullanması gereken işlerde) tamamen malul ve bağımlı bir diğer açıdan ise (sadece ellerini kullanmasını gerektiren işlerde) diğerleri kadar bağımsız ve üretken olarak düşünülebilir.

Genel terimlerle maluliyeti tanımlamak için çaba gösterilmiş olmasına rağmen şu problem hala ortadadır: Örneğin maluliyet bir bireyin disfonksiyonu olarak tanımlanırsa ciddi bir engeli olmasına rağmen tam olarak fonksiyon gören bir kişiyi hangi gruba sokmalıdır? Örneğin kör bir bilgisayar uzmanının kazanç getiren bir işi varsa, ulaşım problemini çözmüşse evi varsa engelli iş arayanlar grubunda mı sayılmalıdır? En sık görülen anlaşmazlık maluliyetle hastalığı eşdeğerde görmektir. Engelli kişiler sıklıkla sağlıklı kişilerin karşıtı olarak görülürler, bunun sonucunda da tıbbi yardım almaları gerektiği düşünülür. Ancak engelli kişiler de sağlıklılar gibi yalnızca akut hastalık durumlarında tıbbi yardıma gereksinim duyarlar. Maluliyetin uzun süren kronik hastalık sonucu ortaya çıktığı durumlarda bile (DM ve kalp yetm.) maluliyetle

hastalıktan değil sosyal durumdan söz edilmektedir. Son zamanlarda maluliyeti ‘belirli fonksiyon tiplerini yapmakta zorluk ‘ olarak tanımlama yönünde çabalar gösterilmiştir. Buna göre malul bir kişi bir ya da birkaç alanda faaliyet göstermesi engellenmiş bir kişi olarak düşünülmektedir (iletişim, hareketlilik, maharet ve hız alanları gibi).

Bir başka problem çevre koşullarını dikkate almadan engel ve bunun sonucunda oluşacak fonksiyon kaybı arasında direkt bir ilişki olduğu varsayılmaktadır. Halbuki çevre koşulları içinde fonksiyon kaybını azaltan yada telafi eden teknolojik varlıkların da sayılması gerekir (körler için sesli ışıklar vb).

MALULİYETİN ULUSLARARASI TANIMLARI

Uluslararası uyum ve istatistikler

Küresel olarak bir maluliyet tanımı yapmak olanaksızdır. Zira her ülke ve hemen hemen her idari kurum değişik maluliyet kavramlarına göre çalışmaktadır. Maluliyeti istatistiki olarak saptamaya çalışan her kişi bilmelidir ki maluliyet sistemlere bağlı, bu nedenle de relatif bir kavramdır.

Bunun sonucu olarak çoğu bildik istatistik, resmi maluliyet kavramları ile tespit edilmiş maluliyet verilerini içermektedir. Kendilerini malul olarak görmeyen kişiler ve engelleri ile kendi başlarına mücadele etmeye çalışanlar resmi istatistiklere girmezler. İngiltere’de birçok kişi bu tanımlama altına girmekten kaçmaktadır. Bu şekilde kayda geçmeme isteği insan hakları ile de bağdaştığı için buna karşı önlem alınamaz. Türkiye’de de tersi durum söz konusudur. Maluliyetin avantajlarından faydalanmak isteyenler sıklıkla sosyal güvenlik kurumlarına başvurmaktadır.

Maluliyet tanımlaması sürecinde görev alan biz hekimleri de bu konu zorlamaktadır. Ulusal gerçekler nedeni ile değişik maluliyet yorumlamaları, tedavileri bile uluslararası tanımlamalar ile standardize etme eğiliminde olan biz hekimlerin kafasını karıştırmaktadır. Oysa ki özürü belirlemek tıbbi, maluliyetin derecesini ve hakları belirlemek sosyo-politik bir süreçtir. Üniversitelerimiz ve tam teşekküllü hastanelerin hepsinde ciddi bir yanlış yapılmaktadır. Sağlık

kurullarında maluliyet kararları verilmektedir. Oysa ki hekimin görevi özürü bütün yönleriyle saptayıp kayda geçirmektir. Maluliyet kararı kişinin bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumu tarafından belirlenmelidir. Ya da kişi bu sağlık kurulu kararı ile çeşitli kurum ve/veya kuruluşlardan kanunların kendisine tanıdığı haklar için talepte bulunabilmelidir (örn: özürlü karnesi) Ülke içindeki farklı sosyal güvenlik kuruluşlarında bile farklı uygulamaların olduğu maluliyet konusunda uluslararası standardizasyona gidilmesi imkansızdır. Maluliyet verilerini ortaya koymak için yapılan sayımlar ve taramalar ancak engelli olduğunu ya da bu sebeple bir fonksiyon kaybı olduğunu beyan eden kişileri saymaya yarayabilir. Bu ülkelerin maluliyet politikalarına sıkı sıkıya bağlı olduğu için ülkeler arası karşılaştırmalarda bu istatistikleri kullanmak doğru sonuçlar vermeyecektir. Bu nedenle bazı ülkelerde malul olarak istatistiklere geçmiş olanların sayısında azlık mutlaka objektif gerçeği yansıtmamaktadır. Bu daha çok söz konusu ülkelerin malul kişiye daha az olanak ve yasal düzenleme sunduğunu göstermektedir. Tam tersine yaygın sosyal koruma ve rehabilitasyon sunan sistemlerde maluliyet istatistiklerinin yüksek olması kaçınılmazdır.

ILO’nun 159 numaralı anlaşmasına göre maluliyet kavramı

ILO’nun Mesleki Rehabilitasyon ve İş Bulma (Malul kişilere) Anlaşmasınının (1983 No:159) 1.1 nolu maddesinde şu formülasyon yer almaktadır: ‘ Bu anlaşmanın öngördüğü amaçlar doğrultusunda malul kişi terimi şunu ifade etmektedir; usulüne göre tanınmış bir fiziksel ya da mental engeli sonucu uygun iş bulması ve sürdürmesi ve ilerlemesi önemli ölçüde azalmış kişi’

Bu tanımlama şu öğeleri içermektedir: Maluliyetin esas nedeni olarak mental veya fiziksel engeli temel alması, kimlerin malul sayılacağı konusunda , belirli ulusal gerçekler doğrultusunda, resmi bir tanıma prosedürünün gerekmesi, maluliyetin engelin kendisinden değil de olası veya gerçek sonuçlarından (bu durumda iş bulma konusunda kişiyi zora sokması gibi) kaynaklandığının kabul edilmesi ve iş bulma alanında eşit muamelenin temininin sağlanması. ILO anlaşmasındaki tanımlama maluliyetin anlaşılır ve küresel

olarak uygulanabilir bir tanımını yaptığını iddia etmemektedir. Niyeti yalnızca iş bulma, işçilik ve iş bağlamında maluliyetin ne anlama geldiğini açıklığa kavuşturmaya çalışmaktadır.

WHO tanımının ışığında maluliyet kavramı

WHO’nun uluslararası engeller, özürlü ve maluliyet sınıflaması (IADH WHO 1980) sağlık politikaları alanında özürsüzlük, engel ve maluliyet arasında bir ayırım yapabilen maluliyet tanımı sunmaktadır: sağlık alanı bağlamında engellilik, psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapıda veya fonksiyonlarda herhangi bir kayıp veya anormallik ifade eder.

Sağlık alanı bağlamında maluliyet, bir insan için normal sayılan alanlar içerisinde veya tarzda bir aktiviteyi yapabilme konusunda bir kısıtlama veya yetersizliği (bir engelin sonucu olarak) ifade eder. Sağlık alanı bağlamında özürsüzlük, bir birey için bir engelin ya da maluliyet sonucunda oluşmuş bir dezavantaj olup o kişi için normal sayılan bir rolü yürütmesini kısıtlayan veya önleyen (yaş, cins, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak) bir durumu ifade eder.

WHO’nun bu açıklık getirişi özellikle gereklidir, zira önceden engellilik ve maluliyet gibi kelimeler sakatlık, geri zekalılık ve benzeri kavramlarla özdeşleştirilmekteydi. Bu da maluliyet hakkında topluma olumsuz bir imaj mesajı vermektedir.

Engellilik

Bu kavramla sağlık çalışanları genellikle şunu ifade ederler: bireyde konjenital veya herediter bir durum, hastalık ya da kaza sonucunda organizmanın bir veya daha fazla kısmın tutan veya psikiyatrik mental veya emosyonel fonksiyonlarında bir defekte işaret eden, vücut fonksiyonlarında veya hayati süreçlerde mevcut veya gelişmekte olan bir bozukluk. Engellilik durumu geçici veya kalıcı olabilir. Bu kategoride profesyonel veya sosyal bağlamın ya da bütün olarak çevrenin etkileri göz önüne alınmamaktadır. Burada bir kimsenin tıbbi durumu veya engeli hakkında verilen hekim kararı özellikle söz konusudur. Bu engelin kişide oluşturduğu sonuçlar göz önüne alınmaz.

Maluliyet

Bu engeller ve kayıplar etkilenmiş kişinin aktif

hayatında önemli miktarda kısıtlanmaya yol açabilirler. Engelliliğin bu sonucuna maluliyet denilmektedir. Bu durum geçici ya da kalıcı olabilir, geri dönüşebilir ya da dönüşmez olabilir, progressif olabilir ya da başarılı bir tedaviye yanıt veren şekilde olabilir. Ayrıca maluliyetin kişisel sonuçları yaş, cins, sosyal pozisyon, meslek gibi durumlara bağlılık gösterdiği için aynı ya da benzer fonksiyonel bozukluklar farklı bireylerde tamamen değişik kişisel sonuçlara yol açabilir.

Özürsüzlük

Fiziksel ya da mental engeli olan kişiler kendi sosyal, mesleki ya da kişisel bağlamda bu engelleri dolayısıyla dezavantajlı duruma girmeleri ve zorluklarla karşılaşmaları sonucu doğmakta, buna özürsüzlük denilmektedir.

Engeli ya da maluliyeti bulunan kişinin otomatik olarak özürsüzlüğe baştan varsayılmayabilir. Bir çok maluliyetli birey maluliyetlerine rağmen bir mesleği başarı ile sürdürmektedirler. Yani kuratif bir tedavinin ardından fonksiyonel ve psikososyal kısıtlamaların rehabilitasyonu ve bunun da ardından mesleki rehabilitasyon ve geliştirmenin tamamlanması gerekmektedir.

Bütün bu nedenlerle bir maluliyetin derecesinin sosyal sonuçları ile objektif saptanması tam olarak tıbbi kriterlere dayanamaz. Fakat mesleki, sosyal ve kişisel bağlamlar- özellikle özürsüzlük popülasyonunun davranışları yönünden- göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

Özürsüzlük kişiye bağlı olabildiği gibi sosyal ve fiziksel çevreye de bağlıdır. Örneğin ev, okul, işyeri, ortak kullanım alanları (sokaklar, alışveriş merkezleri, hastaneler vb) ve toplu taşıma araçlarını özürsüzlü sayılan kişilerin faydalanabileceği şekilde geliştiren ülkelerde özürsüzlük hali daha kısıtlı sayıdaki kişiye özgü olmaktadır. Kaldırımların bir sur şeklinde inşa edildiği, engelli olmayanların bile zor yaşamakta olduğu ülkemizde ise özürsüzlü sayısı görece olarak daha yüksek oranda olmaktadır.

Mamafih bu tartışma engelliliğin oluşturduğu dezavantajın kişiye özelliğini göz önünden ayırmadan maluliyetin sosyal boyutunu gösteren bir tanımının bulunması gerekliliğini hatırlatmaktadır. Aşağıdaki maluliyet tanımı buna göre şekillendirilmiştir:

Maluliyet bir bireyin kişisel, mesleki ya da toplumsal yaşamında gereksiz, uygunsuz bir dezavantaj

yaşamına neden bir engelin çevresel olarak belirlenmiş sonucudur. Çevresel belirleme tanımı önleyici, düzeltici ve tazmin edici önlemlerle birlikte teknik ve sosyal uyum sağlayıcı çözümleri de içermektedir.

Maluliyetin kanunen tanınması

Birçok kurumda maluliyeti tanımak için konulmuş kurullar vardır. Fiziksel ya da mental bir kısıtlama nedeni ile hak talep edilmesi ya da ayrımcılığa karşı dava açılabilmesi için bu kurulların maluliyeti belgeleyip onaması gereklidir. Böyle tanımlanma ardından rehabilitasyon ve özel eğitim sağlanması, mesleki yeniden eğitim, işyerini muhafaza edebilme ve gelir garantisi, tazminat ve mobilite konusunda yardım sağlanabilir.

Dezavantajları önlemek ya da tazmin etmek için kanuni yollarla gelir temini olsun, yardım ya da koruyucu önlemler olsun nasıl bir hak talebi söz konusuysa kimlerin bu hakkı kazanacağını açıklığa kavuşturmak gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Malul olarak tanınmış olmak demek, sistemin sunmuş olduğu çeşitli haklardan faydalanabilmek için çeşitli şartlara haiz olmak demektir. Bu şartlar farklı kuruluşlarda ve programlarda farklılık göstermektedirler. Bu nedenle bir ülkede birçok farklı tanımlama olabilmektedir. Türkiye’de de üç ayrı sosyal güvenlik kurumunun kendine has uygulamaları vardır. Bunlar içinde en iyi örgütlenmiş olanı SSK’ dur. Mesleki maluliyet yasalara göre fiilen yalnız bu kurum tarafından verilmektedir. Emekli Sandığı çalışan ve emeklilerine yasalarda aksi görüş olmamasına rağmen (hatta uluslararası onaylanmış sözleşmelerin aksine) mesleki maluliyet ve tazminat kurumu bulunmamaktadır.

Bazı ülkelerin maluliyet tanılamaları için Fransa ve Almanya’yı örnek gösterebiliriz. Bu ülkeler malul kişilerin iş bulmalarını kolaylaştırmak için kotalar koyan ya da para cezası koyan gruptadırlar. Bu durumda malul işçi sayısında ciddi bir artış söz konusudur. Daha önce istatistiki olarak asla kayda geçmemiş kişiler işverenlerinin de önerisiyle maluliyet talebinde bulunarak kayda geçmektedir.

Ülkeler arasındaki bir diğer yasal fark da bir maluliyetin geçici ya da kalıcı olarak değerlendirilmesidir. Malul kişilere özel avantajlar ve olanaklar sunan ülkelerde bu avantajlar tanınmış ve belirlenmiş bedeni dezavan-

tajın süresi ile limitlidir. Eğer bu dezavantaj durumu düzeltici önlemlerle ortadan kalkarsa malul kişi tıbbi durumu aynen devam etse de (örneğin göz ya da ekstremitenin kaybı olmasına rağmen mesleki rehabilitasyonla aynı ücret değerinde başka bir işe başlamışsa) avantajlarını kaybetmektedir.

Başka ülkelerdeyse gerçek ya da hipotetik engeller için kalıcı olanaklar sağlanmaktadır. Bu uygulama ‘pozitif ayrımcılık’ unsurları taşıyan yasal olarak tanımlanmış bir maluliyet durumu oluşumuna yol açmış bulunmaktadır. Sıklıkla artık bunlara gereksinimi olmayan kişilere bile sağlanmaya devam eden bu olanaklar sosyal ve ekonomik olarak iyice içselleştirilmektedir. Buna çarpıcı örnek yine Türkiye’den... Başbakanlık Özürlüler Kurumu tam teşekküllü hastanelerden temin edilen raporlarla çeşitli vergilerde ve hizmetlerde ciddi indirim sağlayan özür lülük kartı vermekte ancak daha sonra bunu takip edememektedir. Yasaya göre aktif tüberküloz da maluliyet almakta ama takip söz konusu olmadığından bu haktan ömür boyu yararlanabilmektedirler .

Mesleki rehabilitasyon bağlamında maluliyet

Emeklilik hakları ve taleplerinin karşılanmasının aksine mesleki entegrasyon ve rehabilitasyon malullüğün önlenebilir ve düzeltilebilir etkilerini vurgulamaktadır. Burada amaç maluliyete neden olan mesleki hastalık veya iş kazasının yarattığı mesleki dezavantajları rehabilitatif önlemler ve aynı işyerinde özürüne uygun yeni iş alanı yaratma politikaları çerçevesinde elimine etmektir. Malul kişilerin mesleki entegrasyonu, mali yardım tahsisatı ile mesleki gelişme alanında yardımcı önlemler sağlayarak ve işyerinde malul işçilerin özel ihtiyaçlarına yönelik uygun tedbirlerin alınması ile de ayrıca desteklenir. Bu uygulamalar da ülkeden ülkeye büyük farklılıklar göstermektedir.

Bu uygulamaların mali yükleri vergi ödeyenler için önemli miktarlara erişebileceğinden maluliyeti tanıma bu nedenle kapsamlı bir süreçtir. Mamafih sıklıkla resmi tanıma süreci mesleki rehabilitasyon programı sağlayan ve maliyetlerini karşılayan farklı bir merci tarafından yürütülür. Türkiye’de de rehabilitasyon konusu SSK nun Sağlık İşlemleri Tüzüğünde ayrıntılı olarak yer almaktadır. Ancak uygulamada ciddi sorunlar ve eksikler vardır.

Kalıcı bir dezavantaj olarak maluliyet Mesleki rehabilitasyonun amacı maluliyetin olası negatif etkilerinin üstesinden gelmek ise de rehabilite edilen bireylerin mesleki ve sosyal entegrasyonunu temin etmek için daha ileri koruyucu sosyal önlemler de bazen gerekebilmektedir. Aynı zamanda genellikle şu da kabul edilmiştir ki gerçek fonksiyonel bozukluğun mevcudiyetinden bağımsız olarak maluliyet, devamlı sosyal dışlanma riski oluşturmaktadır. Bu sürekli tehdidi göz önüne alarak kanun koyucular, bir dizi koruyucu ve destekleyici önlemler getirmişlerdir.

Örneğin bazı ülkelerde malul işçileri çalıştırmaya işyerlerini hazırlarlarsa ücret ve vergilerle bu malul işçilerin sigorta ve vergilerinde indirim bekleme hakkında olurlar ve bu indirimin miktarı ve süresi değişiklik gösterebilir. Genellikle malul işçilerle sağlam işçilerin aynı maaşı almasına özel bir önem gösterilir. Burada işverenden daha az ücret alan malul kişinin ücreti sosyal güvenlik tarafından desteklenir.

Birçok ülkede malul kişilerin işten kovulmaktan korunmaları ve tekrar iş bulma hakkının korunması çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Çoğu ülkede malullerin işten çıkartılması konusunda özel yasal düzenlemeler yoktur. Bazılarında ise özel komisyon veya enstitü işten çıkarmanın haklılığı ve kanuni yönleri hakkında karar verir. Türkiye’de de durum böyledir. Ama bu işçi işten çıkarılırsa mahkemeler işvereni ciddi anlamda tazminata mahkum edebilir. Diğerlerinde iş kazasına uğrayanlar, ağır malul kişiler ve uzun hastalık raporu alan kişilerle ilgili düzenlemeler yürürlüktedir. Malul bireylerin yeniden işe yerleştirilmesi ile ilgili yasal durumlar da buna benzer. Bazı ülkelerde işçinin malul olmasından sonra çalıştırılması ya da rehabilitasyon sonrası işine devam ettirilmesi zorunluluğu getirilmiştir. Diğer bazılarında bu işçileri yeniden işe alma zorunluluğu yoktur. Bazı ülkelerde gelenek ve temayüller ile bu yapılırken bazılarında rehabilitasyon sonrası işe dönme işlemi kanuni garanti altındadır. Türkiye’de aktif çalışanlar mesleki hastalık tanısı ile %10 dan fazla maluliyet alırlarsa işe devamlı ek tazminat da alırlar. Mesleki olsun diğer gerekçelerle olsun çalışma gücünün 2/3 ünü kaybetmeleri durumunda ise malulen emeklilik hakkına haiz olurlar.

Maluliyet nedenine bağlı uygulama farklılıkları
Bazı ülkelerde kesin olarak sınırları belirlenen kurallara

göre maluliyetler tanımlanmaktadır. Bazı ülkelerde bu kesinlikte belirlemelere gerek yoktur. Böyle durumda ana eğilim, körler, sağır, fiziksel ya da mental engelliler gibi gözle görülür sınıflamalar altında maluliyet belirlemektir.

Modern tanımlamalarda, her ne kadar maluliyet nedeni belirleyici olsa da, maluliyet nedeni değil onun yarattığı sorunlar ve ihtiyaçlar çerçevesinde karar verilmektedir. Maluliyet sebebi düşünüldüğünde tanımlamalar sadece anlamları yönünde değil, aynı zamanda işaret ettikleri potansiyel haklar ve yardımlar yönünden de farklılık göstermektedir. En önemli ayrımlar şu tür maluliyetler arasında yapılmaktadır: kalıtsal veya doğumsal nedenli fiziksel, mental ya da psişik defektler ve engeller, hastalıkların yol açtığı engeller, ev,iş, spor veya trafik kazası sonucu oluşan maluliyetler, mesleksel ya da çevresel faktörlerle oluşan maluliyetler ve iç çatışma veya savaş sonrası gelişen maluliyetler.

Fransa’da maluliyetler üç ayrı grupta değerlendirilmekte ve hak ve avantajları da buna göre değişmektedir. İlk önce kurumsallaşan (II. Dünya Savaşı öncesi) askeri gazilerin maluliyetini belirleyen kurumdur. II. Dünya savaşıdan sonra ise iş kazası ve meslek hastalıkları bu durumdan muzdarip olan işçilerin toplumsal baskısı sonucu bir maluliyet kurumu olarak belirlenmiştir. Çok daha sonraları diğer (kaza, doğumsal vb.) özürlüler için bir maluliyet sistemi kurumsallaştırılmıştır. Tabi hak ve kazanımlar açısından avantajlar birinciden sonuncuya doğru giderek azalmaktadır. Bu durum toplumun duyarlılığını ve toplumsal borca sadakatini yansıtmaktadır. Birincide ve nispeten ikincide toplum kendini bu özürlü kişilere borçlu hissetmekte ve maluliyet sistemini bu borcu bir dereceye kadar ödemek üzere yapılandırmakta, sonuncuda ise olaya kişisel ve ailesel sorun gözüyle bakmakta ama, ilk ikisi kadar olmasa da, toplumsal destek vermeyi uygun bulmaktadır. Bunlar her ne kadar politikacılar tarafından yapılan kanunlarla sağlansa da bu vizeyi toplumun kendisi vermektedir.

TÜRKİYE’DE DURUM VE UYGULAMALAR

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de 19. yüzyılın sonlarından itibaren iş güvenliği ve işçi sağlığına eğilme söz konusudur. Bu konuyu içeren çeşitli kanunlar

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, büyük bir bölümü de daha sonra Türkiye Cumhuriyeti döneminde çıkarılmıştır. Elde ettiğimiz kanun ve nizamnamelerin sıralaması aşağıdaki gibidir:

1865 Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Nizamname

1869 Maadin Nizamnamesi

1926 818 Sayılı Borçlar Kanunu; 332.Madde

1930 Belediyeler Kanunu; 15. Madde

1930 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu

1936 3008 Sayılı İş Kanunu

1938 Sınai Müesseselerde ve Maden Ocaklarında Kurslar Açılmasına Dair Kanun

1939 Fazla Saatler Çalışma Nizamnamesi

1940 Günde Ancak Sekiz Saat ve Daha Az Çalışılması

İcap Eden İşler Hakkında Nizamname

1942 İşçilerin Sağlığını Koruma ve İş Emniyeti Nizamnamesi

1943 Ereğli Kömür Havzası Maden Ocaklarında Çalışan İşçilerin Sıhhi İhtiyaçlarının Teminine Dair Nizamname

1945 İş Müddetleri Nizamnamesi

1946 İş Kazaları İle Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu

1948 Çalışma Bakanlığının Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun

1950 Ağır ve Tehlikeli İşler Nizamnamesi

1952 Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu

1953 Patlayıcı, Parlayıcı, Tehlikeli ve Zararlı Maddelerle Çalışılan İşyerlerinde Alınacak Tedbirler Hakkında Tüzük

1953 Maden İşletmelerinde Alınacak Emniyet Tedbirleri Hakkında Nizamname

1963 Gebe ve Emzikli Kadınların Çalıştırılma Şartları, Emzirme Odaları ve Kreşler Hakkında Nizamname

1969 İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük

1970 İşyerlerinde İşin Durdurulması veya İş Yerlerinin Kapatılmasına İlişkin Tüzük

1970 Yapı İşlerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü

Yukarıda görülebildiği gibi birçok kanun ve tüzükle Türkiye’de işçi sağlığına önem verilmeye çalışılmıştır.

1919 da Versailles antlaşması ile kurulup 1946 yılında kurulan Birleşmiş Milletler bünyesine geçen ILO’nun BM’ye girişimizden beri üyesiyiz. Buna karşın işçi sağlığına yönelik bu kuruluşun aldığı kararların birçoğu

hala iç hukukumuzda yansıtılmamış, yukarıdaki kanun ve yönetmeliklerin işletilmesini sağlayacak kurumların gelişmesine izin verilmemiştir. 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 de 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 Bakanlığında 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.

Türkiye Cumhuriyetinin ilk iş kanunu 1936 da çıkarılan 3008 Sayılı İş Kanunu’dur. Bu kanunda işçilerin nasıl işe alınacağı, iş çalışma koşulları, uzlaşma komisyonları, işverenin işçiye olan tüm sorumlulukları ele alındığı gibi iş arkadaşlarına zararı dokunabilecek hastalığı olan işçilerin hangi hallerde işten uzaklaştırılabileceğine değin en ince noktalar belirtilmesine rağmen meslek hastalığı terimi hiç kullanılmamış ve bununla ilgili bir hüküm belirtilmemiştir.

İlk kez meslek hastalığı adının geçtiği kanun 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları kanunudur 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 %50si olmayanlar %35 ve bakıma muhtaç olanlar da %60 ı nispetinde emekli aylığına hak kazanıyorlardı. Burada İşçi Sigortaları Kurumunun 3 yıl içinde kontrol muayenesi yaptırma hakkı saklı tutuluyordu. Yasaya göre kurum tarafından çalışma gücünü arttırılabileceği umulan sigortalıların yeni bir işe alıştırılabileceği ve bundan imtina eden sigortalıların aylıklarının yarısının

işe alıştırmaya başlayana kadar kesilebileceği hükmü getiriliyordu.

Bu kanuna göre, umumi muvazeneye dahil dairelerle, mülhak bütçeli idarelere, belediyelere, hususi idarelere ve İşçi Sigortaları Kurumuna ait hastanelerden birinin sağlık kurulunca verilecek rapor ile çalışma gücünün 2/3 ünü kaybettiği anlaşılan sigortalı maluliyet sigortası bakımından malul sayılıyordu. Yukarıda belirtilen sağlık kurullarından her hangi biri tarafından verilen rapor işçi sigortalı kurumunca yeter görülmezse veya sigortalı itiraz ederse kurum sigortalıyı başka bir hastane sağlık kuruluna sevk edebilir yada sigortalı bunu şahsen isteyebiliyordu. Burada da meslek hastalığı adı ayrıntılı olarak geçmemektedir.

Bu kanunun işletilebilmesi için çıkarılan Maluliyet, İhtiyarlı ve Ölüm Sigortaları Nizamnamesi ile Madencilik Ağır ve Yıpratıcı işleri tanımlayan 9. maddenin birinci sırasında Alelumum yer altı ve sualtı işleri adı ile anılmakta ve Yıpratma Nisbeti ise %35 olarak geçmektedir.

Yine bu nizamnamede Madde 14 de Maluliyet Hali başlığı altında sigortalının çalışma gücünün en az 2/3 ünü kaybetmiş olma durumlarını C bendinde Göğüs duvarı ve göğüs organları arızalarının belirlenme kriterleri belirtilmiştir.

Burada da görülebildiği kadar mesleki hastalık henüz nizamnamelerde bile ele alınmamış. Kanunun çıkarıldığı yıllardaki ulusal kaygılar (tüberküloz) ana maddelerde geniş olarak ele alınmıştır.

Mesleki maluliyet konusu işçiler için henüz emekleme evresinde bile değilken, aynı Fransa’daki gibi, askerlerin maluliyetleri hususu kanunlar ile çok önceden belirlenmişti. 1683 Sayılı Askeri ve Mülki Tekaüt Kanununun 3 Maddesine göre nasıl emekli olacakları yanı sıra hangi hallerde ve nasıl malulen emekli olacakları 1938 tarihli Jandarma genel komutanlığının yayınladığı bir rehberle ayrıntılı olarak belirtilmişti. Türkiye’de ilk kez meslek hastalığının tam tanımının yapıldığı, hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı, hangi şartlarda ve oranlarda maluliyet belirleneceği konusunun ele alındığı yasal dayanak 22. Haziran 1972 de ilk kez yayınlanan ve 23 Mart 1979 da bir kez ve 3 Temmuz 1985 de de ikinci kez ele alınarak yayımlanan ‘Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü’dür. Halen meslek hastalıkları tanıları ve

oranları bu tüzük baz alınarak meslek hastalıkları hastanelerince konulmaktadır. İtiraz halinde son karar mercii SSK Yüksek Sağlık Kurulu olmaktadır. Burada dosya üzerinden karar verilemeyen göğüs hastalıkları mesleki maluliyetleri kompetan kuruluş olarak çok az Adli Tıp Kurumu’na, daha çok olarak da Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ABD na sevk edilerek karar verilebilmektedir. Kararlar buralarda da SSK sağlık işlemleri tüzüğüne göre verilmektedir.

Bu tüzükte Göğüs Hastalıkları pnömokonyozlar dışında kalan solunum, dolaşım hastalıkları ve pnömokonyozlar olarak iki başlıkta ele alınmaktadır. Burada da o zamanların stratejik ürünü maden kömürünü üreten işçilerini içeren ve Türkiye’nin en iyi örgütlenmiş sendikasının etkileri görülmektedir.

Aynı tüzükte rehabilitasyonun hangi hallerde ve nasıl yapılacağı ve finansmanının nasıl sağlanacağı ile rehabilitasyonu reddedenlerin nasıl maaş kesintisine uğrayacağına kadar ayrıntılı olarak belirtilmiştir. SSK YSK nun en önemli görevleri itirazları değerlendirmek, tüzüğün belirledikleri dışındaki hastalıkların meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağına tespitidir. Ayrıca kurul karar verebilmek için başka hastanelere göndermek konusunda yetkilidir ve kurul kararları SSK yı bağlar.

Son olarak yedinci bölümde meslek hastalıkları ile ilgili son tanımlamalar yapılmıştır.

Madde 62- Sigortalının çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlayan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık ve ruhi arıza halleri meslek hastalığıdır.

Madde 63- Hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı ve bu hastalıkların işten fiilen ayrıldıktan en geç ne kadar zaman sonra meydana çıkması halinde sigortalının mesleğinden ileri geldiğinin kabul edileceği bu bölüm hükümlerine ve Tüzüğe ekli meslek hastalıkları listesine göre saptanır

Herhangi bir meslek hastalığının klinik ve laboratuvar bulgularıyla kesinleştiği ve meslek hastalığına yol açan etkenin işyeri incelemesiyle kanıtlandığı hallerde meslek hastalıkları listesindeki yükümlülük süresi aşılmış olsa bile söz konusu hastalık SSK YSK onayı ile meslek hastalığı sayılabilir.

Tüzükte madde 66’da pnömokonyozların meslek hastalığı olarak değerlendirilebilmesi konusu ele

alınmıştır. Pnömkonyozların meslek hastalığı sayılabilmesi için sigortalının havasında pnömkonyoz yapacak yoğunluk ve nitelikte toz bulunan yer altı veya yerüstü işyerlerinde toplam olarak en az 3 yıl çalışmış olması şarttır. Ancak havasında yüksek yoğunlukta ve pnömkonyoz yapacak nitelikte toz bulunan yer altı ve yerüstü işyerlerinde meydana gelmiş, klinik veya radyolojik bulgular ve laboratuvar muayeneleri ile süratli seyrettiği ve ağırlığı saptanmış olgularda SSK YSK onayı sağlanmak koşulu ile 3 yıllık süre indirilebilir. Görüldüğü kadarı ile 2 kere revizyondan da geçmiş olan SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü nelerin ne kadar sürede, hangi koşullarda, kim tarafından meslek hastalığı sayılacağı; nasıl ve kime itiraz edilip ne şekilde itirazın sonlandırılacağı; yükümlülük süreleri ile iş ortamı değerlendirmesi ile, işyeri hakkında hatalı karar verilmemesi için, gerekli ne gibi zaman ve ortam kısıtlaması olabileceğini ayrıntıları ile anlatmaktadır.

SONUÇ

Görüldüğü gibi maluliyet engellilikten farklı olarak tıbbi değil sosyo-politik bir süreçtir. Toplum maluliyeti oluşturan nedenlere göre değişen derecelerde engellilere destek olmaktadır. Her toplumun ve her kurumun şartları farklı olduğu için uluslararası ortak bir maluliyet dili yoktur. Her ne kadar tüm toplumlarda engellileri ferdi olarak destek yapılmaktaysa da gelişmiş toplumlarda ortak kullanım alanlarının da engellilere göre düzenlenmesi önemli bir husustur. Türkiye’de yasalar ve yönetmeliklerle belirlenmiş mesleki ve mesleki olmayan maluliyet uygulamasının en iyi

yönetildiği kurum SSK dır. Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi süreci göz önüne alındığında her uzman hekimin engellilikte maluliyet belirleme konusunda bir bilgi sahibi olması gerekecektir.

KAYNAKLAR

1. İş Kanunu, 1936 TC İhhisarlar Umum Müdürlüğü, Ankara
2. Subaylarla Askeri Memurların ve Erbaşlarla Erlerin Teksüt Yetim ve Malûliyet Aylıklarının Nasıl Hesaplanacağına Dair Rehber, 1938 TC Jandarma Genel Komutanlığı, Ankara
3. Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu , 1957 TC Başvekâlet Neşriyat ve Müdevvenat Umum Müdürlüğü, Ankara
4. Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Nizamnamesi, 1958 TC İhhisarlar Umum Müdürlüğü, İstanbul
5. Pneumoconiose’da Malûliyet Meseleleri, Dr Erdoğan Lostar, 1962 Sigorta Sağlık Dergisi (ayrı baskı) , İstanbul
6. Emekli Sandıkları ile Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunlarına Tabi Hizmetlerin Birleştirilmesi Hakkında Tüzük, 1963 Başbakanlık Devlet Matbaası, Ankara
7. Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 1972 (1979 ve 1985 düzeltilmiş yeni basım) SSK, Ankara
8. Türkiye’de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği, 1984 TC Millî Güvenlik Konseyi Genel Sekreterliği, Ankara
9. En Son Değişiklikleriyle İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yasaları, 1990 Türk-İş Yayınları, Ankara
10. Occupational Lung Disease: Prevention and Control, 1991 ILO, Geneva
11. C Zenz. Occupational Medicine 3 rd edition, Mosby, Binghamton NY 1994
12. J M Sellman. Encyclopedia of Occupational Health and Safety, 1998 ILO, Geneva