

Sosyal Sigortacılık İşlemlerinde Hekimin Rolü: Solunumsal Fonksiyonel Bozukluğun Değerlendirilmesi ve Yönetmeliklere Uyum

Role of Physicians in Social Insurance Procedures: Assessment of Respiratory Functional Disorder, Compliance with National Regulations

Dr. Canan DEMİR

SB Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi, Meslek Hastalıkları Kliniği, Ankara

ÖZET

Solunumsal hastalıkların görülme sıklığının artmasıyla birlikte göğüs hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilen hasta sayıları da her geçen gün artmaktadır. Bu hastaların önemli bir kısmında geçici ya da kalıcı fonksiyon kayıpları gelişmekte ve çeşitli sebeplerle hastaların bu açıdan da değerlendirilmeleri gerekmektedir. Ülkemizdeki yasal düzenlemeler bu aşamada mesleksi olan ve olmayan hastalıkların değerlendirilmeleri açısından farklılıklar göstermektedir. Buradan hareketle, solunumsal fonksiyonel bozukluğun değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gereken noktalar ilgili güncel mevzuat kapsamında irdelenmeye çalışılmıştır. Konu üç ana başlık halinde tartışılmıştır: Mesleksi Akciğer Hastalıklarında Fonksiyonel Bozukluğun Değerlendirilmesi, Mesleksi Olmayan Hastalıklarda Solunumsal Fonksiyonel Bozukluğun Değerlendirilmesi ve Erişkinler İçin Engellilik ve Özürlülük Değerlendirilmesi. Özetle, sosyal sigortacılık işlemlerinde hekimler kilit bir role sahiptir. Hastalık tanısının konulması, hastalığın ağırlık düzeyinin belirlenmesi, hastalığa ve kazaya bağlı gelişen fonksiyonel kaybın saptanması ve gereğinde hastalığın yapılan işle ve meslekle ilişkilendirilmesi gibi konuların yüksek düzeyde teknik bilgi ve tecrübe gerektirmesi, bu gibi işlemlerin çoğu zaman ancak birden fazla uzmanlık alanı tarafından gerçekleştirilebilmesine neden olmaktadır. Hekimlerin usulüne uygun, güncel bilimsel gelişmelerle uyumlu sağlık kurulu raporları oluşturabilmeleri ve sağlık kurul dosyalarında eksikliklerin bulunmaması bu raporları değerlendirerek karar vermek durumunda olan kurul ve kurumların da daha hızlı ve daha isabetli kararlar almasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Solunumsal fonksiyonel bozukluk değerlendirilmesi, maluliyet, engellilik.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence

Uzm. Dr. Canan DEMİR

SB Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi, Meslek Hastalıkları Kliniği, Ankara

e-posta: drcanandemir18@gmail.com

DOI: 10.5152/gghs.2019.032

ABSTRACT

As a result of the increase in the prevalence of respiratory diseases, number of patients evaluated by Pulmonary Diseases Specialists is increasing day by day. A significant proportion of these patients may have temporary or permanent loss of function and those patients should also be evaluated in these respects in terms of different purposes. The legal regulations in Turkey are different for occupational and non-occupational diseases. Therefore, the important points in the evaluation of respiratory functional impairment were tried to be examined within the scope of the current legislation on this subject. The manuscript consists of three main parts: "Evaluation of Respiratory Functional Disorder in Occupational Lung Diseases", "Evaluation of Respiratory Functional Disorder in Non-Occupational Lung Diseases" and "Impairment Assessment in Adults". In summary, physicians have a key role in social insurance procedures. Since the steps such as diagnosis, determination of the severity of disease, detection of functional loss and establishing the association between disease and occupation usually require a high level of technical knowledge and experience, usually such procedures should be performed by more than one specialty. The ability of physicians to formulate health committee reports that are duly, complete and consistent with current scientific knowledge will enable the decision boards to make faster and more accurate decisions.

Keywords: Assessment of respiratory functional disorder, disability, impairment.

GİRİŞ

Dünya genelinde modern tıbbın ve yaşam koşullarının görece iyileşmesinin bir sonucu olarak insan ömrü uzamaktadır. Ancak ne yazık ki bu uzun yaşam süresi her zaman sağlıklı bir yaşam anlamına gelmemekte, giderek daha fazla sayıda insan hastalık tanılarını ile yaşamak durumunda kalmaktadır. Bazı durum ve hastalıklarda uygulanan medikal ve/veya cerrahi tedaviler ile rehabilitasyon programları sayesinde tam bir iyileşme (kişinin hastalık öncesi fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik durumuna geri dönebilmesi) mümkün olabilirken bazı durumlarda ve özellikle kronik hastalıklarda ise bu çoğu zaman mümkün olamamakta ve birey "hastalığı ile yaşamak" zorunda kalmaktadır. Böylece önemli sayıda kişide çeşitli derecelerde kalıcı fonksiyonel kayıplar gelişmekte ve sonuç olarak kişiler engelli, malul hale gelmektedirler.

Hastalıklar dışında çeşitli kazalar için de benzer durum geçerlidir. Pek çok insan geçirmiş oldukları iş kazaları, ev kazaları veya trafik kazaları sonucunda çeşitli fonksiyon ve uzuv kayıplarına uğramakta ve akut tedavi süreçleri tamamlandıktan sonra çoğu zaman yaşamlarının sonuna kadar bu engellilik halleriyle yaşamak ve üretmek zorunda kalmaktadırlar.

Tüm tıbbi durumlar içinde bulaşıcı olmayan hastalıkların özel bir yeri vardır. Bu hastalıklar, genel toplumda görülme sıklıklarının yüksek olması ve neden oldukları komplikasyonların çokluğu ve çeşitliliği nedeniyle ülkelerin sağlık sistemlerine önemli bir yük getirmekte ve hem doğrudan sağlık maliyetleri hem de sebep oldukları işgünü kayıpları nedeniyle ekonomik kalkınmayı olumsuz etkilemektedirler.

Küresel hastalık yükünün belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar ile çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşların konuyla ilgili yayımladıkları rapor ve belgeler incelendiğinde kronik hastalıklar içinde solunumsal hastalıkların ne kadar önemli olduğu açıkça görülmektedir. Bu belgeler arasında en önemlilerinden biri Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanmış olan "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020"dir. Bu eylem planında solunum yolu hastalıkları ile en sık görülen kanser olan akciğer kanseri bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en önde gelen ölüm nedenleri arasında sayılmaktadır ve bu hastalıkların önlenmesi amacına yönelik ek önlemler alınması gerekliliği vurgulanmaktadır⁽¹⁾. Buna ek olarak, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın ortak çalışması olan "Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017" çalışmasında ise tüm bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde solunum yolu hastalıklarının ülkemizde 3.sırada olduğu bildirilmiştir. Bu raporda bildirilen bir diğer husus da toplumdaki yüksek sigara içme oranlarıdır. Onbeş yaş üstü nüfusta tütün ürünü içme oranı %31.5 olarak bildirilmiştir. Bu oran erkeklerde %43.4, kadınlarda %19.7 olarak saptanmıştır⁽²⁾.

Tüm bu bilgiler bir arada değerlendirildiğinde yakın gelecekte ülkemizde solunumsal hastalıkların sayısında azalma değil artış olacağı ve Göğüs Hastalıkları uzmanlarının gittikçe artan sayıda hasta değerlendirecekleri yorumu yapılabilir. Elbette bu hastaların önemli bir kısmı da solunum hastalıklarına bağlı çeşitli oranlarda fonksiyon kayıplarına uğradıkları

için maluliyet ve iş göremezlik açısından değerlendirilmek üzere hastanelerin sağlık kurullarına başvuru-caklardır.

Bu süreçte kişilerin fonksiyonel kayıplarının niteliğinin ve düzeyinin saptanması hem bu kişilere sağlanacak olan sosyal ve ekonomik yardım miktar ve türlerinin belirlenebilmesi hem de bireylerin çalışabilirlik durumları ile çalışma şartları ile ilgili kısıtlılıklarının değerlendirilebilmesi açısından çok önemlidir. Pek çok ülkede bu konuda özel eğitim almış yardımcı sağlık personeli sürece katkı sağlasa da dünya genelinde bu değerlendirmeler temel olarak hekimler tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle hekimlerin fonksiyonel kayıp nitelik ve düzeyinin belirlenmesi ile kişinin mevcut sağlık durumu ile çalışabilirliği (çalışma koşullarındaki olası tıbbi kısıtlılıklar) konularında hem tıbbi hem de yasal bilgilere sahip olmaları gereklidir.

Ülkemizdeki yasal düzenlemeler ve güncel mevzuat bu aşamada mesleksel olan ve olmayan hastalıkların değerlendirilmeleri açısından farklılıklar göstermektedir. Göğüs Hastalıkları uzmanlarının bu yasal düzenlemelere hakim olmaları kendi alanlarına ilişkin değerlendirmeleri tam ve doğru olarak yapabilmeleri açısından önemlidir. Bu nedenle mesleksel akciğer hastalıkları ile diğer hastalıklara bağlı maluliyet değerlendirmesi ayrı ayrı ele alınacaktır.

a. Mesleksel Akciğer Hastalıklarında Solunumsal Fonksiyonel Bozukluğun Değerlendirmesi

Pek çok başka ülkede olduğu gibi ülkemizde de meslek hastalıkları ile mesleksel olmayan hastalıklar yasalar önünde farklı değerlendirilmektedir. Her ne kadar bizler hekim bakışıyla hastalıkları etiyolojik kökenlerine göre ayırma eğiliminde olmasak da özellikle maluliyet, engellilik, meslek hastalığına bağlı iş göremezlik, tazminat gibi yasal boyutu olan kavramlar işin içine girdiğinde ülkemizde yürürlükte olan yasal düzenlemelere uygun değerlendirmeler yapmak ve görüş bildirmekle yükümlüyük. Mesleki pratiğimizde oldukça sık şekilde bu tip değerlendirmeler yapmamızı gerektiren durumlarla karşılaşmıyor olmamıza rağmen ne tıp eğitimi ne de uzmanlık eğitimi programlarında bu konulara yeterince geniş şekilde yer verilmediği ve hekimlerin bu konularla ilgili özellikle uzmanlık sonrası hekimlik uygulamalarında zorluklar çektiği bilinen bir gerçektir. Buradan hareketle, bu bölümde konuyla ilgili yasalarımızda geçen kavramlar üzerinden temel konuların büyük bir kısmı ele alınmaya çalışılacaktır.

Meslek hastalığı, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. maddesinde

“Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlük halleridir” şeklinde tanımlanmıştır⁽³⁾. Bu tanımdaki en önemli nokta, tanısı konulan hastalığın yapılan iş ile bir nedensellik ilişkisi bulunması gerekliliğidir (işin niteliğinden kaynaklanması, tekrarlanan bir sebeple meydana gelmesi, işin yürütüm şartları yüzünden gelişmesi). Bu nedensellik ilişkisi pek çok kaynaktan “illiyet bağı” olarak geçmektedir. Meslek hastalığı tanısında anahtar role sahip olan illiyet bağının ortaya konulmasında ilk ve en önemli basamak hekim değerlendirmesidir. Bu değerlendirmede anamnez, sistem sorgulaması, fizik muayene, hekimin gerekli gördüğü tetkiklerin sonuçları, konsültan hekim değerlendirmeleri ile özellikle işyerine dair edinilen bilgiler (hastanın kendisinin sağladığı veya işveren veya işyeri hekimi tarafından sağlanan bilgiler) çok önemlidir. Hekim yapmış olduğu değerlendirmeler sonrası kişide meslek hastalığı olduğu kanaatine varırsa kişinin meslek hastalığı bildirimini mevzuata uygun olarak yapar. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. maddesinin son kısmında bir başka önemli nokta vurgulanmıştır. İşyerinde maruz kalınan etkenler sonucu meslek hastalığı geliştiğinin söylenebilmesi için kişide bu etkenlere bağlı olarak “geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal bir özrürlük hali” gelişmiş olması gerekmektedir. Dolayısıyla hekimin meslek hastalığı bildirimini yaparken mutlaka işyerinde maruz kalınan koşullara bağlı ne gibi hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlük hali geliştiğini tanımlaması ve özellikle bu durumun “geçici mi, sürekli mi” olduğunu belirtmesi istenmektedir.

Bu kanun maddesinden hareketle hekimler meslek hastalığı açısından hastalarını değerlendirirken ve bildirirken hastalarının sigortalı olup olmadığı, mevcut hastalığının ağırlık derecesi, bedensel veya ruhsal özrürlük hallerine neden olup olmadığı ile yaptığı iş ve meslekle arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığını göz önüne almak durumundadırlar. Bu temel konulara dikkat edilmediği takdirde meslek hastalığı tanı ve bildirim sürecinin yasal boyutunda sorunlarla karşılaşmaktadır.

Aynı kanun maddesinin devamında, sigortalının meslek hastalığına tutulduğunun kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları tarafından usulüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi ile ve kurumca gerekli görüldüğü hallerde, işyerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbi sonuçlarını ortaya koyan

denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi sonucu Kurum Sağlık Kurulu tarafından tespit edilmesinin zorunlu olduğu ifade edilmiştir. Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları 5510 sayılı kanunun 4. maddesinde şu şekilde belirtilmiştir:

“Sigortalının iş kazası sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye;

- Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri,
- Devlet Üniversitesi Hastaneleri,
- Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı Asker Hastaneleri,
- Sigortalıların ikamet ettikleri illerde (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen hastanelerin bulunmaması durumunda Sağlık Bakanlığı tam teşekküllü hastaneleri yetkilidir.”

“Sigortalıların meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri ile Kurumca belirlenecek Üniversite Hastaneleri yetkilidir.”

Dolayısıyla ilgili durumlarda yukarıda belirtilmiş olan hastaneler dışındaki hastanelerin sağlık kurullarından SGK'ya meslek hastalığı bildirim raporu gönderilmesi yasal olarak uygun değildir.

Meslek hastalığı bildirim yapıırken 11 Ekim 2008 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 27021 sayılı “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” esas alınır⁽⁴⁾. Bu yönetmeliğin 6. maddesinde iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle düzenlenecek olan Sağlık Kurulu Raporları düzenlenirken hangi kurallara uyulması gerektiği detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Bu maddede tıbbi değerlendirme bölümünde dikkat edilmesi gereken unsurlar şu şekilde belirtilmiştir:

- Muayene bulguları, dayanağı tetkikler, varsa tedavi protokolü.
- Epikrizler, ameliyat notları, patoloji raporları, tetkikleri ve benzeri belgelerin aslı veya resmî onaylı fotokopileri.
- Sağlık kurulu raporlarının karar hanesinde çalışma gücü kayıp oranı belirtilmez, “Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenecektir.” ibaresi yazılır.

Böylece meslek hastalıkları bildirim raporlarında “Mesleksel KOAH” örneği üzerinden gidecek olursak, yetkilendirilmiş sağlık kuruluşunda çalışmakta olan bir Göğüs Hastalıkları uzmanı bir hastasında meslek-

sel KOAH tanısı düşündüğünde bu hastanın bildirimini yaparken KOAH tanısını hangi değerlendirme ve tetkiklere dayandırarak koyduğunu (anamnez, fizik muayene bulguları, radyolojik görüntülemeler, solunum fonksiyon testleri vs.), hastalığın evresini, varsa bu hastalığa bağlı gelişmiş olan komplikasyonları raporunda belirtmeli ve ilgili tetkik asıllarını veya resmi onaylı fotokopilerini raporuna eklemelidir. Ancak raporunun son kısmında bu hastalığa veya komplikasyonlarına bağlı çalışma gücü kayıp oranı belirtmemelidir. Zira hem bu hastalığın yasal olarak meslek hastalığı kabul edilip edilmeyeceği hem de meslek hastalığı kabul edilmesi halinde alacağı çalışma gücü kayıp oranı mevzuata göre kurum sağlık kurulu tarafından belirlenecektir. Burada en kritik nokta, Kurum Sağlık Kurulu'nun çalışma gücü kayıp oranını hangi esaslar çerçevesinde belirlediği ve bu oranı belirlemede hangi bilgilere ihtiyaç duyduğudur. Raporunda bu bilgiler bildirim yapan hekim tarafından belirtilmediyse veya eksik belirtildiyse kişinin alacağı çalışma gücü kayıp oranı etkilenebilir.

Bu durumda meslek hastalığı bildirim raporu yazmak isteyen bir Göğüs Hastalıkları uzmanı yukarıda belirtilmiş olan esaslara uygun şekilde raporunda “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği Ek-2”sinde her bir meslek hastalığı için belirtilmiş olan asgari değerlendirme ve tıbbi tetkikleri yaparak sonuçlarını raporunda belirtmelidir.

Örneğin; Arseniğe ikincil gelişmiş olan bir akciğer kanseri bildirim yapılacaksa akciğer kanseri tanısıyla ilişkili patoloji raporları, görüntüleme tetkiklerinin sonuçları, hastalığın hücre tipi ve evresi ile varsa uygulanmış olan tedaviler ile hastanın tedavi sonrası durumunu ve çeşitli vücut örneklerinde (kan, idrar, tırnak, saç gibi) şelasyon ajanı uygulaması öncesi ve sonrası arsenik düzeylerini raporuna eklemesinde yarar vardır.

Silikozis ve silikotüberküloz bildirimleri için ise yeterli teknikte çekilmiş akciğer grafisi, gerektiğinde HRCT, ILO Pnömonokonyoz okuması, solunum fonksiyon testleri, iş anamnezi, tüberküloz için bakteriyolojik inceleme sonuçlarının raporda belirtilmiş olması önemlidir.

Mesleki bronşiyal astım bildirim raporunda ise iş anamnezi, fizik muayenenin yanı sıra yeterli solunum fonksiyon testleri (basit spirometri, reversibilitate, nonspesifik bronş provokasyon testi ve PEF-metre izlemi gibi) ile gereğinde spesifik bronş provokasyon testi sonuçlarının bulunması önemlidir.

Bu örneklerden de anlaşılacağı gibi solunumsal hastalıklarda belirli bir uluslararası kritere uygunluk istenen tek inceleme yöntemi "ILO pnömokonyoz değerlendirmesi"dir. Yönetmelikte solunum fonksiyon testleriyle ilgili herhangi bir standart belirlenmemiş, böylece testlerin teknik uygunluk değerlendirmeleri ile hangi durumda hangi testlerin uygulanması gerektiği konusu tamamen meslek hastalığı bildirim yapan hekimin inisiyatifine bırakılmıştır. Böylece değerlendirmede kullanılan radyolojik görüntülemeler, solunum fonksiyon testleri ve diğer klinik testlerin kalitesi, geçerlik ve güvenilirliğinin denetlenmesi ve belli bir standartta olmaları da hekimin uhdesindedir.

Burada hekimlerin dikkate alması gereken bir başka önemli durum da Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin Ek-2 listesinde yer alan meslek hastalıkları listesinin oldukça kısıtlı ve yetersiz oluşudur. Endüstride kullanılan madde çeşitliliğinin ve işlem türlerinin artmasıyla hem ülkemizde hem de dünyada görülen meslek hastalıklarının sayı ve çeşitliliğinde artış meydana gelmiştir. Ayrıca, tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak çeşitli hastalıkların tanısında kullanılabilen pek çok yeni tetkikler geliştirilmektedir. Mevcut meslek hastalıkları listesi ise bu ihtiyaçları karşılar görünmemektedir. Bunun en önemli göstergelerinden biri de hekimlerin bu liste dışında pek çok yeni durumu meslek hastalığı olarak bildirmeye başlamış olmalarıdır. Mevcut yasal düzenlemeler uyarınca meslek hastalıkları listesinde bulunmayan meslek hastalığı bildirimleri SGK Yüksek Sağlık Kurulu'na değerlendirilmektedir. Burada alanında uzman kişilerce bu dosyalar değerlendirilmekte ve karara bağlanmakta, listede yer almayan hastalıklar da meslek hastalığı olarak kabul edilebilmektedir. Bunun en önemli ön koşulu raporların bilimsel kalitesi ve illiyet bağının yeterince güçlü şekilde kurulabilmiş olmasıdır. Bu nedenle, hekimlerin her bir meslek hastalığı bildirim dosyasını çağın gereklerine uygun tıbbi değerlendirme ve tetkik sonuçlarını içerecek şekilde hazırlamaları ve illiyet bağını ortaya koyan literatürle raporlarını desteklemeleri çok önemlidir.

Meslek hastalığı bildirim süreciyle benzer olarak iş kazası bildirimlerinin yapılış şekli de 27021 sayılı "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği"nce düzenlenmiştir. Buna göre ilgili bildirim raporunda;

1. Arazların iş kazasına bağlı olup olmadığı net bir şekilde belirtilmeli ve bunlara ilişkin ayrıntılı mu-

ayene bulguları yazılmalı;

2. Sigortalıda kazaya bağlı olmayan sekeller varsa bunlara ait muayene bulguları ve tanı yazıldıktan sonra "İş kazasına bağlı değildir." ibaresi yazılmalı;
3. İş kazası nedeni ile yapılan tedavi tamamlanıp, bulguları sekel hâli aldıktan sonra sigortalının iş başı tarihi veya çalışamayacak duruma girdiği tarih; gün, ay ve yıl olarak belirtilmeli;
4. Sağlık kurulu raporlarının karar hanesinde iş kazasına ilişkin meslekte kazanma gücü azalma oranı belirtilmemelidir.

b. Mesleksel Olmayan Akciğer Hastalıklarında Solunumsal Fonksiyonel Bozukluğun Değerlendirmesi

Yazının başında da tartışıldığı üzere genel hastalık yükü içinde kronik solunum hastalıklarının yükü hem ülkemizde hem de dünyada artış göstermektedir. Böylece hekimler ve özelinde Göğüs Hastalıkları uzmanları gün geçtikçe daha fazla sayıda kronik solunum hastalığı tanısı koymakta ve daha fazla sayıda maluliyet olgularıyla karşılaşmaktadırlar.

Maluliyet "5510 sayılı kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybetme hali" olarak tanımlanmıştır.

Maluliyet kavramı tazminat, emeklilik gibi pek çok önemli hukuki durumla sonuçlanabileceğinden hekimlerin solunumsal fonksiyonel bozukluk değerlendirmesini nasıl yapacaklarını ve bu değerlendirmelelerinin bilimsel bilgiye uygunluğu kadar yürürlükteki yasal düzenlemelerle olan uygunluğunu da göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Sonuçta resmi kurumlar bu kararları alırken raporların bilimsel bilgileri yansıtması kadar yürürlükteki yasal düzenlemelere uyumunu da değerlendirmektedirler.

Çalışma koşullarından kaynaklanmayan hastalıklara bağlı gelişen maluliyet değerlendirmesine "Genel Maluliyet Değerlendirmesi" denilebilir. Genel maluliyet değerlendirmesinde uygulanacak olan işlem basamakları meslek hastalıkları için uygulanan işlem basamaklarından farklıdır. Ayrıca, uyulması gereken yasal düzenlemeler de farklılık gösterir. Kendisinde hastalığa bağlı gelişmiş olan bir kısıtlılık, yetersizlik olduğunu düşünen kişi doğrudan bağlı bulunduğu

SGK İl Müdürlüğü Maluliyet Sigortası Birimi'ne başvurur ve maluliyet düzeyinin belirlenmesi için bir dilekçe verir. Kurum kişiyi yetkili sağlık kuruluşuna sevk eder. Kişi yetkili sağlık kuruluşunun sağlık kurulumuna başvurur ve etkilenen organ ve sistemlerin durumuna göre ilgili tüm uzmanlık alanları tarafından değerlendirilir. Hastalık tanı ve dereceleri ayrı ayrı belirlenir. İlgili hekimler tarafından SGK kurumunun mevzuat hükümleri, kurumun istemleri doğrultusunda nihai rapor yazılır. Kişi halen çalışmakta ise "Maluliyet durumu SGK tarafından belirlenecektir" ibaresi ile raporu kuruma gönderilir. Kurum tarafından hastalığın ağırlık düzeyi ve organ ve sistem etkilene düzeylerine göre kişinin maluliyet oranı belirlenir. Burada esas almamız gereken yönetmelik 2013 yılında yürürlüğe girmiş olan "Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliği"dir⁽⁵⁾. Bu yönetmeliğin Ek-1'inde çalışma gücünün en az %60'ının kaybedildiğinin tespitine esas hastalık listesi (maluliyet gerektiren hastalıklar) verilmiştir. Burada "E. Onkoloji" bölümünde 13. sırada akciğer kanserleri, 14. sırada ise plevra ve mediasten tümörleri yer almaktadır. "K. Kardiyoloji" bölümünde ikinci sırada pulmoner hipertansiyon, "O. Solunum Sistemi Hastalıkları" bölümünde ise Kronik Pulmoner Yetmezlik, Bronş Astımı, Uykuda Solunum Bozuklukları, Tüberküloz, Bronşektazi, Kistik Fibrozis ve Akciğer Transplantasyonu yer almaktadır. Bu hastalıkların her biri için tanıda esas alınacak değerlendirme ve tıbbi tetkikler aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

Akciğer Kanserleri:

- Akciğerin küçük hücreli olmayan karsinomları
İnoperabl, anrezektabl, rekürens gösteren veya iler nodlara veya daha uzağa metastazı bulunan veya
- Küçük hücreli karsinom: Toraksa sınırlı hastalıkta uygulanan tedavilere rağmen ilerleyen veya yaygın hastalık olması veya
- Anrezektabl superior sulcus karsinomu (pancoast tümörleri dahil)

Plevra veya Mediasten Tümörleri:

- Antineoplastik tedaviye rağmen ilerleyen plevranın malign mezotelyoması
 - 1 veya 2' de tanımlandığı şekliyle, mediasteninin malign tümörleri:
- Bölgesel lenf nodlarına veya daha uzağa metastazı

bulunan (germ hücre tümörleri hariç)

- Başlangıç antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya rekürrens gösteren

Pulmoner hipertansiyon: Medikal ve cerrahi tedaviye rağmen kateterle ölçülen ortalama pulmoner arter basıncının 50 mm Hg'nın üzerinde olduğu (kalp kateterizasyonunun mümkün olmadığı durumlarda ekokardiografik olarak sistolik pulmoner arter basıncının 75 mm Hg'nın üzerinde olduğu hastalar), NYHA evre üç-dört semptomları veya ciddi sağ ventrikül yetmezlik belirti ve bulgularının olduğu primer ve sekonder pulmoner arteriyel hipertansiyon hastaları

Kronik pulmoner yetmezlik: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik restriktif akciğer hastalığı, klinik olarak belgelenmiş akciğer hastalığına bağlı olarak gaz değişiminde kronik kalıcı bozulma olan durumlar

- Ağır fonksiyonel etkilene; istirahat PO_2 değeri 50 mmHg'dan az veya 60 mm Hg'nın altında ve beraberinde pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale, egzersizle artan ağır hipoksemi bulgularının olması veya
- İdame tedaviye rağmen ağır veya çok ağır dispne (Modified medical research council, MMRC 3-4), şiddetli fizik muayene bulguları ve spirometride hastalıkların tanısı dikkate alınarak; $FEV_1 < \%45$; $FVC < \%45$; $DLCO < \%45$ veya $VO_{2\text{maks}} < 15 \text{ mY/kg-dk}$ olması

Bronş Astımı

- Birer hafta arayla usulüne uygun yapılan üç spirometri ölçümü ile kalıcı ağır fonksiyonel bozukluğun gösterilmesi ($FEV_1/FVC < \%55$, $FEV_1 < \%40$) veya
- Spirometriye uyum sağlayamayan hastalarda; hastanın yılda en az altı kez astım atağı ile acil servise başvurmuş olması ve arteriyel kan gazlarında en az hafif veya orta dereceli hipoksemisi bulunması

Astımda maluliyet için rapor düzenlenmeden önce optimal tedavi yapılmış ve klinik stabil dönem sağlanmış olmalı ve değerlendirme en az 12 haftalık tedaviden sonra yapılmalıdır.

Uykuda Solunum Bozuklukları

- Ağır fonksiyonel kayıp; uykuda solunum bozukluğunda polisomnografide belirgin noktörsal

desaturasyon bulunması ve bu kronik noktürnal hipoksemiye bağlı pulmoner hipertansiyon veya kor pulmonale gelişmesi

veya

- b. Apne hipopne indeksi (AHİ) > 30 olup, CPAP tedavisini tolere edememesi veya yeterli kompliyans sağlanamaması

Tüberküloz

Çoklu ilaca dirençli tüberküloz (iki yıl sonra tekrar değerlendirilir.)

Bronşektazi

- a. Yaygın hastalığa bağlı olarak pulmoner fonksiyonun bozulması, (kronik pulmoner yetmezlik bölümünde yer alan uygun kriterler altında değerlendirilir.)

veya

- b. Hastane başvurusu gerektiren, pnömoni veya hemoptizi ataklarının veya solunum yetmezliğinin yılda en az altı kez tekrarlaması.

(Bu değerlendirmenin yapılmasına esas sağlık kurulu raporunda hastanın ardışık olarak en az 12 ay izlendiği belirtilmiş olmalıdır.)

Kistik Fibrozis

- a. Yaygın hastalığa bağlı olarak pulmoner fonksiyonun bozulması (kronik pulmoner yetmezlik bölümünde yer alan kriterler altında değerlendirilir.)

veya

- b. Hastane başvurusu ile intavenöz veya nebulizer antibiyotik tedavisi gerektiren; pnömoni ve enfeksiyon atakları veya solunum yetmezliğinin yılda en az altı kez tekrarlaması

Bu değerlendirmenin yapılmasına esas sağlık kurulu raporunda hastanın ardışık olarak en az 12 ay izlendiği belirtilmiş olmalıdır.

Akciğer Transplantasyonu

• Arter kan gazları için kan alınırken hastanın en az 15 dakikadır istirahat halinde olması, 30 dakikadır oksijen tedavisi almıyor olması ve hastanın optimal tedavi altında bulunması gereklidir. En az bir gün arayla tekrarlanmış iki ayrı arter kan gazı (AKG) sonucu olmalıdır.

• Spirometrik incelemeler hastanın sağlık durumunun en iyi olduğu zamanda ve obstrüksiyon bulgusu varlığında kısa etkili bronkodilatör inhalasyonundan

en az 10 dakika sonra yapılmalıdır.

• Dispnenin değerlendirilmesi MMRC dispne skalasına göre yapılır. Klinik, spirometrik ve arteriyel kan gazı bulguları ile fonksiyonel etkilenmenin derecesinde netlik sağlanamazsa kişilerde pulmoneregser-siz testi sonuçları dikkate alınır (kardiopulmoner egzersiz testi (KPET) ve altı dak. yürüme testi)

Yönetmelikte geçen ilgili hastalıkların maluliyet değerlendirme kriterlerinde solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesinin önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Örneğin; kronik pulmoner yetmezliğin değerlendirmesinde arteriyel kan gazı değerlerinin yanı sıra pulmoner hipertansiyon, dispne skoru, solunum fonksiyon parametreleri, difüzyon testi sonuçlarının da dikkate alınacağı açıkça belirtilmiştir. Ayrıca, hastanın bu parametrelerinin egzersiz durumunda değişiklik gösterip göstermediğinin belirtilmesi de önemlidir. Yine bronşiyal astım tanısında da göz önüne alınacak temel kriterin solunum fonksiyon testi sonuçları olduğu, gereğinde arteriyel kan gazı parametrelerinin de kullanılabilceği belirtilmiştir.

Hem meslek hastalıklarına ilişkin yasal düzenlemelerde hem de genel maluliyet değerlendirmesine ilişkin yasal düzenlemelerde kullanılacak olan solunum fonksiyon testlerinin kabul edilebilirlik ve tekrar edilebilirliklerine (testin teknik kalitesine ilişkin uluslararası kabul görmüş parametreler) ilişkin herhangi bir standart belirlenmemiştir. Bu teknik değerlendirme hekime bırakılmış gibi görünmektedir. Bu durum hekime, tıbbi değerlendirmenin yanı sıra uygulanan testlerin teknik kalitesinin de dikkate alınması gibi ek bir sorumluluk yüklemektedir. Ayrıca, yönetmeliklerde günümüzde hekimlerin oldukça yaygın kullandıkları pek çok tanısalsal teste ilişkin teknik kriter bulunmadığı görülmektedir. Bu testlerin sonuçları hekimler tarafından raporlarında belirtilse de mevcut yasal düzenlemeler uyarınca maluliyet oranlarının belirlenmesinde kullanılmazlar. Ancak yine de hekimlerin değerlendirmelerini bilimsel bir temele oturtabilmeleri amacıyla ve ayrıca yapılabilecek hukuki itirazlar karşısında kendi kararlarını savunabilmeleri amacıyla her türlü tıbbi değerlendirme ve tetkiki yapma hakları vardır.

Yapılacak olan tetkiklerin belirlenmesinde uluslararası ve ulusal hastalık rehberlerinin bilimsel dayanaklar olarak kullanılmasında yarar vardır. Yine hekimler gerekli gördükleri takdirde hem bu hastalık rehberlerini hem de ilgili alanda yapılmış bilimsel açıdan güvenilir buldukları çalışmalarını tıbbi kararlarını destekleyen kaynaklar olarak kullanabilirler.

Özellikle solunum fonksiyon testlerinin teknik kalitelerinin değerlendirilmesi maluliyet değerlendirmesine esas tutulan bu klinik değerlendirme yöntemi açısından oldukça önemlidir. Bu değerlendirmeler yapılırken konuyla ilgili yayınlanmış olan uluslararası standardizasyon rehberlerinin kullanılmasında yarar vardır.

Ayrıca Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği ile Türk Toraks Derneği'nin ortaklaşa hazırlamış oldukları "Göğüs Hastalıklarında Maluliyet Hazırlama Rehberi" de oldukça yararlı bir kaynak olarak kullanılabilir.

c. Erişkinler İçin Engellilik ve Özürlülük Değerlendirmesi

20 Şubat 2019'da yürürlüğe giren 30692 sayılı "Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik"te engellilik durumu "Bireyin doku, organ ve/veya fonksiyon ve psikiyatri tanısı ve buna bağlı muhakeme yeteneği kaybindan kaynaklı en-

gelliliğini uluslararası yöntemleri temel alarak belirleyen derecelendirmeler, sınıflandırmalar ve tanımlar", engellilik durumunun değerlendirilmesi ise "Engelliliğin tespiti amacı ile hastalık şiddeti, organ veya fonksiyon kaybını içeren değerlendirme" olarak tanımlanmıştır⁽⁶⁾.

Bu yönetmeliğin Ek-2'sinde "Erişkinler İçin Engelli Sağlık Kurulu Raporları Engel Oranları Alan Kılavuzu" bulunmaktadır. Yönetmelikte yer alan, Göğüs Hastalıkları ile ilişkili hastalıklara ait oranlar aşağıdaki gibidir:

Özetle, sosyal sigortacılık işlemlerinde hekimler kilit bir role sahiptir. Hastalık tanısının konulması, hastalığın ağırlık düzeyinin belirlenmesi, hastalığa ve kazaya bağlı gelişen fonksiyonel kaybın saptanması ve gereğinde hastalığın yapılan işle ve meslekle ilişkilendirilmesi gibi konuların yüksek düzeyde teknik bilgi gerektirmesi, bu gibi işlemlerin çoğu zaman ancak birden fazla uzman hekim tarafından gerçekleştirilebilmesine neden olmaktadır. Bu amaçla hastanelerde

| Pulmoner Hipertansiyon: | Engellilik Oranı |
|--|-------------------------|
| Klas 1: Asemptomatik; Fizik muayene ve EKO veya sağ kateter ile pulmoner arter sistolik basıncı (PASB) 30-40 mmHg saptanan ve Pulmoner Hipertansiyon tanısı konmuş hastalar | 10 |
| Klas 2: Günlük fiziksel aktivitede hafif kısıtlaması olan (NYHA 2); EKO veya sağ kateterde PASB 40-50 mmHg saptanan hastalar | 25 |
| Klas 3: Günlük fiziksel aktivitede ağır kısıtlaması olan (NYHA 3); EKO veya sağ kateterde PASB 50-70 mmHg saptanan hastalar | 50 |
| Klas 4: İstirahatte dispne, göğüs ağrısı ve presenkopu olan veya en küçük aktivitelerde semptomları ortaya çıkan (NYHA 4) ve/veya istirahatte sağ ventrikül yetmezliği belirti ve bulguları olan PASB: 70 üzeri hastalar | 100 |
| Göğüs Hastalıkları: | |
| 1. Doğuştan veya kazanılmış akciğer, plevra ve göğüs kafesi hastalıkları veya akciğeri tutan diğer bütün hastalıklarda, solunum ve dolaşım fonksiyonunda bozukluk yapmışsa; Solunum Fonksiyon Testlerine göre değerlendirme yapılır; | |
| Az etkilenme varsa | : 20 |
| Orta derecede etkilenme varsa | : 40 |
| Ağır derecede etkilenme varsa veya kronik kor pulmonale gelişmişse | : 80 |
| <i>NOT: Yukarıda bahsi geçen hastalıklarda akut dönem geçtikten sonra ve optimal tedavinin ardından klinik gözlem ve solunum fonksiyon testleri ile değerlendirme yapılır. Solunum fonksiyon testlerinin karar vermede yetersiz kaldığı durumlarda arter kan gazları, egzersiz testler, ekokardiyografi ve sağ kalp kateterizasyonu ile değerlendirme yapılır.</i> | |
| <i>**Solunum fonksiyon testleri Göğüs Hastalıkları Uzmanı veya SFT Teknisyeni tarafından yapılır ve sorumlu Göğüs Hastalıkları Uzmanı tarafından yorumlanarak onaylanır, rapor içeriğine FVC, FEV₁, FEV₁/FVC % oranları yazılır.</i> | |
| 2. Akciğer ve/veya plevra tüberkülozunda verilecek karar tedavi sonunda ve 1.maddedeki ölçüğe göre değerlendirilir. | |
| <i>NOT: İlaça dirençli kronik tüberkülozlu olgular aynı şekilde uygun tedavi süresinin bitiminden sonra 1. maddedeki ölçüğe göre değerlendirilir.</i> | |
| <i>**Ekstrapulmoner tüberkülozlu olgularda ise tedavi sonunda ilgili branş tarafından engel oranı belirlenecektir.</i> | |
| 3. Akciğer, plevra ve toraksın diğer malignitelerinde onkolojinin ilgili maddesine göre değerlendirme yapılır. | |

| Onkoloji: | Engellilik Oranı |
|---|------------------|
| Evre 1-2 Remisyonda (remisyon sonrası 5.yıla kadar) | 60 |
| Evre 1-2 Remisyonda (remisyon sonrası 5.yıldan sonra) | 40 |
| Evre 3-4 Remisyonda | 40 |
| İleri klinik evreli (Evre 3 ve 4) malign tümörü olan remisyon girmeyen veya tedavi sürecinde olan | 80 |
| İleri klinik evreli (Evre 3 ve 4)malign tümörü olan (remisyon sonrası 5.yıldan sonra) | 40 |

| Uyku İle İlişkili Bozukluklar: | Engellilik Oranı |
|---|------------------|
| Hafif | 5 |
| Orta | 10 |
| Ağır | 35 |
| *Uykuda solunum bozuklukları (Santral uyku apne sendromları, obstrüktif uyku apne sendromları, uykuda hipoventilasyon ve hipoksemik sendromlar). Bu grup hastalıkların tanısı için polisomnografi tetkiki yapılmalıdır. | 35 |

uzmanlaşmış sağlık kurulları oluşturulmakta ve çoğu zaman bu hastaların bu konuda deneyimli uzman hekimlerce değerlendirilmeleri hem hastalar hem de kurumlar tarafından tercih edilmektedir. Hekimlerin uzmanlık alanları ile ilgili hastalıkları bilmeleri kadar bu hastalıklar neticesinde meydana gelebilecek geçici ve kalıcı fonksiyonel kayıpları değerlendirmeyi ve hastaların tanıları ve maluliyet derecelerine ilişkin mevzuata uygun sağlık raporlarını düzenlemeyi de bilmeleri gerekmektedir. Böylece hastaların hastalıkları ile fonksiyonel kayıpları en kısa sürede ve en doğru şekilde belirlenebilir. Ayrıca, alanında uzman hekimlerce usulüne uygun, güncel bilimsel gelişmelerle uyumlu sağlık kurulu raporlarının yazılması bu raporları değerlendirerek karar vermek durumunda olan kurul ve kurumların da daha sağlıklı kararlar almasını sağlar. Özellikle ilgili kurumlara gönderilen sağlık kurulu rapor ve dosyalarında eksik evrak ve tetkik bulunmaması, rapor yazımının mevzuatta belirtilen nitelikleri karşılması zaten oldukça uzun olan maluliyet değerlendirme süreçlerinin kısaltmasını da sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1%20olmayan%20hastal%C4%B1klar.pdf> (Son erişim tarihi: 11.03.2019 saat: 13:00)
2. Türkiye Hane halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017 https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf (Son erişim tarihi: 11.03.2019 saat: 14:00)
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603800/pdf/main.pdf>
4. Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm> (Son erişim tarihi: 11.03.2019 saat: 15:00)
5. Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/10/20081011-10.htm> (Son erişim tarihi: 14.03.2019 saat 10:00)
6. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130803-6.htm> (Son Erişim Tarihi: 19.03.2019)
7. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm> (Son Erişim Tarihi: 12.07.2019)