



I MALULİYET:“Hekimin Korkulu Rüyası, Baş Belası..”

İbrahim AKKURT

akkurtbr@gmail.com

*uzunluğuna bakmadan her hekimin mutlaka okuması gereken yaşanmışlıklardan süzülen bir öyküdür

İ Belki de en son söylenmesi gereken(ler)i en başta ifade etmek; hepimize zor gelebilecek bazı acı gerçeklere dikkat çekme ve bu doğrultuda gelecek stratejimizi geliştirme açısından uygun bir yaklaşım olacaktır.

1. Maluliyet değerlendirmesi normal koşullarda rutin bir poliklinik hatta rutin bir hekimlik hizmeti değildir. Çünkü,

o Bir bilirkişilik hizmetidir. Hekim bu değerlendirmeye kişiye bir sağlık hizmeti sunmuyor; bir durum saptaması yapıyor. Sigorta veya sosyal bir kurum tarafından kişiye bir menfaat sağlanması, bazı sosyal haklar elde edip etmeyeceğine karar verici bir bilirkişilik görüşü sunuyoruz; tıpkı mahkemelerden zaman zaman bizden istenen bilirkişilik hizmeti işlemleri gibi...

o Bazı konularda “kurul” sistemi ile “sorumluluğu paylaşma”, hekimin kendisini “sorusuz hissetme” durumu maluliyet değerlendirmesinde bir çok ülkede artık terk ediliyor. Çünkü maluliyetle ilgili kurul sisteminde de daha sonraki yıllarda yasal ve sosyal bir sorun çıktığında hem kararı öneren birincil hekim asli sorumludur; hem de tüm kurul üyeleri “nitelikli-organize suç şebekesi” suçlaması şeklinde çok ciddi bir durumla karşı karşıya kalabilirler, kalmaktadırlar da...

2. Maluliyet değerlendirmesinde artık dünyanın birçok ülkesinde ko-

nunun uzmanı kişi, bilirkişilik özlük hakları çerçevesince; ilgili sigorta kurumunun dayattığı birçoğunun hiçbir bilimsel geçerliliği olmayan kriterlerine göre değil; kendi uzmanlık alanının; kendi hekim örgütünün bilimsel gelişmeler doğrultusunda hazırladığı “rehberler” yardımıyla “görüş bildirmekte”dir.

3. Maluliyet değerlendirmesinde son kararı hemen her ülkede ilgili sigorta kurumlarının bu konuda özelleşmiş merkezleri sigortacılık mevzuatı-mali-sosyal-yasal gerekleri doğrultusunda değerlendirmektedirler.

Bunları bilmek zorunda mıyız, neden? Evet, bilmek zorundayız. Çünkü konu giderek karmaşık, çetrefilli bir hal almaktadır. Kamusal alanı aşmış özel sigortacılık alanına da sırayet etmiştir. Bu nedenlerle konu ayda-yılda bir hasta/vak’a lik durumdan çıkmış nerdeyse hepimizin hemen her gün, bazen de günde birkaç defa karşılaşılır bir durum olmuştur. Daha da ötesi bu konu sadece ulusal düzeyde değil, ciddi küresel bir salgın halini almıştır...

Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) Eylül 2013’de revize ederek yayınladığı raporuna göre dünyada 1 milyardan fazla malul kişi vardır. Başka bir ifadeyle dünya nüfusunun %15’i değişik hastalık ve durumları nedeniyle değişik derecelerde maluliyet almışlardır. ABD’de son yıllarda özel sigortacılık uygulamalarının da artması nedeniyle hastalıklara bağlı maluliyet istem işlemleri, bunların yürütülmesi, toplumdaki genel gelir kaybıyla maluliyet arasındaki ters ilişki giderek bu konunun hekimler için de ciddi, sıkıntılı bir alan olduğunu göstermektedir. ABD’de Sağlık

Bakanlığına (SB) bağlı Hastalık Korumaya Merkezi (CDC)’nin son raporu nüfusun %16’sının yani 35 milyon civarında kişinin değişik nedenlerle maluliyet aldığını; bunların bütçeye yıllık yükünün sağlık için harcanan tüm bütçenin %25’ine; yani 400 milyar dolara ulaştığı ifade edilmektedir. Maluliyet değerlendirme işlemleri ile uğraşan profesyonellerin sayısı o kadar artmıştır ki bu alanla uğraşabile ayrı iş kategorisinde değerlendirilir olmuştur. Bu nedenle ABD SB’na bağlı iş sağlığı ve güvenliği merkezi (NIOSH) son raporunda iş tanımlamaları yaparken maluliyet ve tazminat işlemleri ile uğraşma işini de 2 ayrı iş kategorisi altında toplamıştır.

Tarihçesine baktığımızda maluliyet değerlendirmesi işlemlerinin başlamasının 1 asır önceye kadar gittiğini görüyoruz. Maluliyet işlemleri büyük sanayi devriminin çalışma ve sosyal yaşama ciddi yansımalarının olduğu bir dönemde gündeme gelmiştir. Emeğin kendi gücünü fark ederek doğu bloğunda iktidara egemen olması batı bloğunda 1919’da daha Milletler Cemiyeti bile tam şekillenmeden Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO)’nün kurulması ile işe bağlı hastalık ve kazalarının tazmin ve sosyal hakların devamı ile gündeme gelmiştir. ABD ve Fransa’da madenlerde yaşamlarını kaybedenlerin; meslek hastalıkları ve iş kazaları nedeniyle oluşan maluliyetlerin tazmin ve sosyal telafisi 1900’lerin başında telaffuz edilmiştir. Ancak bu durum ILO’nun kurulmasıyla hemen tüm batı ülkelerinde devlet erki bünyesinde kurumsal yapılara dönüştürülmüştür. Bu nedenledir ki dünyada hemen her yerde iş ve meslek hastalıkları ile ilgilenen hekim ve klinikler

aynı zamanda maluliyet değerlendirme işlemleri ile de ilgilenmek zorunda kalmışlardır. WHO 1940'lar da kurulur kurulmaz yaptığı statik sağlık tanımını 1978'de değiştirmiş, dinamik bir tanımlama ile "değişik nedenlerle malul bile olsa kişinin bir şekilde yaşamını devam ettirebilme potansiyeli" şekline dönüştürmüştür.

Dünyada çalışma yaşamında farklı sigortacılık kollarının oluşturulması, çalışan kişinin çalışma ortamındaki risklere karşı ayrı bir sigortacılık kolu adı altında çalıştırılan/devlet güvencesine alınması süreciyle meslek hastalıklarında maluliyet değerlendirmesi daha ayrı ve özellikli bir önem kazanmıştır. Ülkemizde de farklı sigortacılık kurumlarının 1946'da aynı çatı altında (SSK) ancak farklı fonksiyonlar şeklinde yapılandırılması da hemen hemen dünyadaki aynı döneme rastlamıştır. Bu dönemlerde dünyadaki farklı sigorta kurumları kişilerin değişik nedenlere bağlı çalışmama durumlarının değerlendirilmesi, mesleki kaynaklı olanların da tazmin işlemlerinin yürütülmesi için günümüz tıbbi bilimsel mantığına pek de uymayan bir takım tablolar, cetvellerle maluliyet değerlendirilmesi yoluna gitmişlerdir. Örneğin göğüs hastalıkları için sigorta kurumlarının hazırladıkları bu tablolara baktığımızda kiminde tamamen kişinin semptomlarının, kiminde sadece muayene, kiminde deniz seviyesi-barometrik basınçlara göre kan gazları, kiminde boya ve kiloya göre spirometrik bulguların göz önüne alındığını görmekteyiz. Bunlardan özellikle mesleki olanlarda yapılan işin risk derecesi, kişinin yaşı ve bu derece-yaşa göre yatırılan toplam prim oranları göz önüne alınarak bir takım cetvellere uyarlanıp ondalıklı bile olacak bazı rakamlar saptanarak maluliyet oranlarının hesaplanabildiği iddia edilmiştir. O dönemde özellikle Avrupa'dan Fransa merkezli; Amerikan'dan Güney ve Latin kökenli sigorta kurumlarından tercüme edilen klavuzlar ülkemiz sigorta kurumları tarafından da tercüme edilip uygulanmıştır. Ancak konunun yasal ve sosyal zemine yansımalarının tıbbi boyutunun çok önemli olduğunu gören uzmanlık

dernekleri bunların birleşimlerinden oluşan hekimlik örgütleri bu konularla karşılaşan hekim kitlesinin bilimsel temelli dayanaklara göre karar vermesi için 1980'lerden itibaren WHO'da da dahil olmak üzere ABD, Avrupa, Kanada da rehberler hazırlamışlardır. Böylece konuyla yasal ve sosyal boyutta karşılaşan hekimin mümkün olduğunca "birlikçilik" hizmeti çerçevesince "kendi uzmanlık kurumunun belirlediği kriterler" doğrultusunda görüş bildirmesinin esasları oluşturulmuştur.

İlk maluliyet rehberimizin öyküsü

Neden ben böyle bir konuya bulaştım?, yazının başlığında ifade ettiğim "korkulu rüya, baş belası" nitelendirmelerine rağmen neden hala maluliyet değerlendirme işlemleri konusunda konuşmak-yazmak durumunda kalıyorum? Sanırım bu sorunun en gerçekçi yanıtı "yaşadıklarım, gördüğüm sıklıkta nedeniyle" şeklinde olabilir ki bu yazacaklarımı birkaç konferans-konuşmamda da itiraf ettim. Uzman olarak ilk defa fiilen Mart 1992'de Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesinde (MHH) çalışmaya başladım (bu tarih aynı zamanda TTD'nin de kuruluş sürecine de denk gelmektedir). O güne kadar gerek tıp eğitimim, gerek pratisyen hekim olarak mecburi hizmette gerekse de 4 yıllık asistanlık eğitimim sırasında gördüğüm meslek hastalığı hele hele pnömokonyoz sayısının iki elin parmaklarını geçtiğini sanmıyorum. Maluliyet kelimesini de duyduğumu kesinlikle hatırlamıyorum. MHH hastanesine başladığımda hemen her hastanede olan rutin klinik ve poliklinik uygulamalarının orada oldukça farklı olduğu hemen anlaşılıyordu. Poliklinik işlemlerinin çoğunu daha çok riskli işlerde çalışan kişilerdeki periyodik muayeneler; klinik uygulamalarını ise değerlendirme ve görüş bildirmeler oluşturmaktaydı. Özellikle klinik uygulamalarında yapılan iş nerdeyse otomatikçe bağlanmıştı. Haftanın ilk günü özellikle Zonguldak başta olmak üzere değişik maden bölgelerinden mahkemeler tarafından kolları mühürlenmiş, ellerinde yazıları olan 8-10 kişi gelir, onların yatışı yapılır;

hızlıca muayene- rutin tetkikleri tamamlanır ve Perşembe günü de "sağlık kurulu"na yetiştirilirdi. Kurulda deneyimli üyeler tarafından hızlıca hastanın(?) grafleri negatoskopa takılıp bazı harfler (p,q,r,s,t,u,A,B,C) kesirlerle bölünüp (p/q gibi) bazı rakamların (1,2,3) kesirleri (1/2 gibi) ile evlendirilip (p/q 1/2), bir kitaba bakılarak kitaptaki A,B,C,D,E isimli cetvellere hızlıca bu evlilik uyarlanarak yüzdelikli, bazen ondalıklı da olabilen (%12,3) nur topu gibi bir "nihai karar"a varılırdı. Bu karar da bir örgüt ismini çağrıştırırcasına daha da komplike büyük harfli bir birliktelikle telafuz edilip (MK-GAO %12,3'dür) nikah işlemleri nihayete erdirilirdi. Doğrusu o güne kadar pnömokonyozların "p"sinden, maluliyet'in ise "m"sinden haberi olmayan genç bir uzman olarak ben ilk zamanlarda klasik kitaplarımızda yazan pnömokonyoz hastalığının mesleki pratiğinin bu şekilde olduğunu sanıyordum. Yani "demek ki bu pnömokonyoz denilen hastalık bir takım harfler, rakamlar ve sonuçta da yüzdelikli bir oranla ifade ediliyor" diye düşünüyordum. Pnömokonyozlar konusunda hem de kurul denilen yapıda genç bir uzman olarak tazminat ve maluliyeti sağlayıcı bir işlem yaptığımı kesinlikle bilmiyordum. Yaptığım işlemin aslında tıbbi değil yasal ve sosyal bir birlikçilik işi olduğunu da aylar sonra tesadüfen öğrendim. Çok safiyane (aslında cin gibi) bir şekilde olguların geldiği ilin bu işlere bakan avukatının hastaneye gelip gizli kapaklı olarak tarafıma "madem uzman olarak kurulda imzamlı raporlar çıkmaya başladı, bu oranları kendisinin istediği seviyede nasıl ayarlayabiliriz" şeklindeki "ahlaksız bir teklif" ile karşılaşınca beynimden vurulmuşu döndüm. Kısa bir süre içinde büyük bir heyecanla, yeni bir uzmanlık ve akademik alan; kesinlikle bu alanda çalışacağım; diye düşündüğüm hastaneden ve yaptığım işten korkar, ürker hale geldim. İşimden, çalışmamdan soğudum ve bir taraftan oradan kaçmanın yollarını ararken bir taraftan da rutini ve yaptığımız tüm işleri uluslar arası evrensel bilgi birikimiyle karşılaştırmak hale geldim. Çünkü hastane değiş-tirmek de o kadar kolay değildi. An-

cak 2 yıl sonra SSK'nın o dönemde Ankara'daki EAH geçebildim. Geçer geçmez de daha ilk 1-2 ayda orada da "maluliyet değerlendirme"nin büyük bir sorun olduğunu gördüm. Orada da SSK'nın o dönemde günde 100-150 hasta bakılan, iğne atsan yere düşmeyecek haldeki polikliniklerinde hemen hemen her gün bazen birkaç tane olmak üzere ellerinde çarşaf şeklinde formlar-kağıtlar olan insanlar o curcunada hemencecik kendilerine "maluliyet" vermeme istiyorlardı. O arada benim MHH'de "kurul" sisteminde ama "sorumlu hekim" olarak ilk birkaç aylık "acemi toy"luk dönemindeki "ulufe dağıtır gibi dağıttığım maluliyetlerin hesabı da müfettişlerce suç işlemişim gibi" sorgulandı. Bir hekim olarak "müfettişçe sorgulanmayı" bile kendime hakaret olarak düşünerekten dava açmanın yollarını bile aradım. Ancak buna hakkımızın olmadığını öğrendim. Bunun üzerine ekleri ile beraber 50-60 sayfalık savunmalar yazdım (kim bilir belki de bu kadar uzun yazma hastalığım o günlerde oluştu?). Ancak genel hastanelerde de maluliyetin göğüs hastalıkları özeli, hekimlik kurumu geneli için büyük bir sorun olduğunu görerek "dünyada bu iş nasılmış" şeklinde ciddi bir literatür taramasına girdim. O günün koşullarında İngilizce literatürdeki hemen her yayına, her dökümana ulaştım ve 1995'de ülkemizde bu alanda konuya evrensel anlamda ilk dikkat çekici yayın olan derlemeyi arkadaşlarımla beraber yazdım. Bu arada MHH'de o tip çirkin "ahlaksız tekliflerin" gündeme gelmemesi için de yazdıklarım ve çizdiklerimle bir sürü arı kovanına çomak sokmuş olmalıyım ki farklı boyutlarda gelişmeler oldu. Bunu üzerine tekrar MHH'ne döndüm ve o sıralarda kuruluş aşamasını kurumsallaştıran TTD'nin çevre ve meslek hastalıkları çalışma grubunda oldukça aktif olarak iyi işler yapmaya başladık. Özellikle burada anısı önünde saygıyla eğildiğim muhteşem insan, rahmetli Prof. Dr. Necla ÖZDEMİR'in başkanlığındaki çalışma grubu sekreterliğini onun oldukça pozitif motivasyonu ile yürüttüm. O gün için birçok ilk başlatıldı, sonuçlandırıldı(kongrelerde panel-konferanslar dışında çevre ve meslek

hastalıkları epidemiyolojik araştırma-sorgulama formu; o güne kadar ülkemizde yapılmış olan çalışmaların literatür katalogu vb). Onlardan biri de bu iki acı deneyimim ve yayınladığımız derleme ışığında ülkemizde de ilk defa bir uzmanlık derneğinin bir "maluliyet değerlendirme rehberi" oluşturma çalışmasıydı. Çalışma grubunun birçok üyesi ile ancak özellikle de rahmetli Necla Hoca ile birçok kez bir araya geldik. Bir kaç sefer ben Eskişehir'e gittim(o zamanlar yaptığımız işlerin masrafı da çoğunlukla cebimizden çıkardı, bunu bilen sevgili hocam ısrarla yol paramı vermeye kalkardı!). Hatta TTD bünyesinde değişik konularda rehberler hazırlanması faaliyetleri bazen otellerde ayrı çalışma gruplarında yürütülmekteydi. Bu toplantılarda maalesef çalışma grubumuzda bazen sadece rahmetli Necla hocayla ikimiz olurduk. Yan odalarda her biri 10-15 kişiden oluşan kalabalık çalışma gruplarının sesleri bizim odaya kadar yankılanırdı. Sevgili Necla Hocanın yan odalardan gelen bu gürültülü tartışmalar karşısındaki şu söylemini hiç unutamıyorum: "İbrahim bu arkadaşlarımla bu kadar tartışması-

sadece ikimiz olmazdık bu odada". Rehberin taslağını ilgili tüm diğer çalışma gruplarına da gönderdik ve gelen geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzeltmeleri yaptım; kongre'de son halini vermek üzere son defa gözden geçirmesi için hocaya gönderdim. Ancak maalesef o elim kaza oldu ve hocayı kaybettik...

Fakat yaşam devam ediyordu ve de bu rehber hocanın da çok istediği bir konuydu o nedenle son düzeltmelerden sonra çalışma grubu olarak 2000 yılının başında rehberi basılmak üzere genel merkeze teslim ettik. Gerçekten hala bugün de anlayamadığım nedenlerle ancak 2005'de rehber yayımlanabildi (Türk Toraks Derneği Çevresel ve Mesleki Akciğer Hastalıkları Çalışma Grubu. Akciğer Hastalıklarında Maluliyet Değerlendirme Rehberi. Toraks Dergisi 2005, 6(2)EK: 001-022 www.toraks.org.tr). Ancak üzülecek ifade etmeliyim ki 5 yıl tozlu raflarda bekle(til)mesinin nedenini anlayamadığım gibi ilgili kurumların bunu göz önüne alması konusunda yazışma ve iletme şeklinde de olsa en ufak bir çaba görmedim.

Son maluliyet rehberimizin durumu (öyküsü?)

Tıp belki de hiçbir alanda olmadığı kadar dinamik bir bilim(?)dir. Bilginin geçerlilik süresinin ortalama 5 yıl olduğu; 5 yıl sonra kullanılan bilgilerin nerdeyse %50'sinin geçerliliğinin kalmadığı; hangi %50'sinin geçerliliğinin kalmadığının anlaşılmasının da bazen bir muamma olduğu sık sık bu işi bilenler tarafından ifade edilir. İşte bu saikle olsa gerek ki geçen sene çok sevdiğim ve saydığım bir hocamız tarafından rehberin güncellenmesi istemi gündeme geldiğinde; son yazım aşaması olan 2000 yılını göz önüne aldığımızda ben de bu istemi çok haklı gördüm ve sevinçle karşıladım. Ancak ilk rehberin hazin öyküsünü anımsattığım bir yazıyla hazırlanacak rehberin tüm göğüs hastalıkları için kapsayıcı olması; bu nedenle de iki derneğimiz tarafından da sahiplenmesini istedim. Dahası da hazırlandıktan sonra gerek basılması gerekse de yasal platforma yansıtılması için her iki derneğimiz-

Maluliyet değerlendirme işlemlerini "bilirkişilik" özlük hakları çerçevesine oturabilmek için uzmanlık derneklerinin değerlendirme kriterlerini oluşturmaları kaçınılmaz bir gerekliliktir.

nın nedeni nedir biliyorsunuz: her bir grubun elinde 3-5 ilaç var bunlar hangi ilacı kullanım listesinin üst sırasına, hangisini alta koyalım diye bu kadar çabalıyorlar oysa burada onların yanında bizim nasıl önemli bir konuyla uğraştığımızı bir bilseler

ce de kurumsal duruş ve kararlılık gösterilmesi halinde “her türlü katkıyı sunmaya varım” dedim. O dönemde Sivas’da olmam-sürelî işlerim nedeniyle ilk toplantıya aktif olarak katıl(a)masam da gerek ilk rehberin son “word dökümanı”nı, gerek güncellenmiş kaynakları, gerekse de yeni doküman ve yeni ön taslağı toplantıya katılacak tüm arkadaşlara mail ile gönderdim. Çok geniş ve oldukça değerli arkadaşlardan oluşan güçlü bir ekiple defalarca bir araya gelip tartışarak, gerekse de sanal ortamda yoğun bir emek verilip basıma hazır son taslak her iki derneğimiz genel başkanlıklarına iletildi. İlk rehberde olmayan onure edici bir geri bildirimlerle hepimize teşekkür edildi. Ancak kendi şahıma maalesef bu rehberin de ilk rehberin akibetine uğrama kuşkusuna bende şu sıralarda oluşmaya başladı. Çünkü bu arada SGK tarafından Ağustos 2013’de hepimizin bildiğı gibi ancak hazırladığımız rehberin ruhuna-mentalitesine %180 derece zıt bir şekilde yönetmenlik yayımladı. Ayrıca neredeyse seneyi devriyesi gelmesine rağmen hala bu güne kadar basılı bir metin de maalesef ortada yok...

Maluliyet rehberi bir zorunluluk mudur?

- Evet, bir zorunluluktur. Eğer hekim olarak sigortacılık mantığıyla değil de bağımsız bilimsel kriterler ile karar vermek istiyorsak her bir uzmanlık alanının kendi bilimsel derneklerinin hazırladığı rehberler bir zorunluluktur.
- Bu zorunluluk özel sigorta kurumlarının yaygınlaşması halinde çok yakın zamanda daha da aciliyet arz eden bir durum oluşturmaktadır.
- Yukarıda da ifade edildiğı gibi maluliyet değerlendirme işlemlerini “bilirkişilik” özlük hakları çerçevesine oturtabilmek için uzmanlık derneklerinin değerlendirme kriterlerini oluşturmaları kaçınılmaz bir gerekliliktir.

- Devlet erkinin vatandaşlarına bazı sosyal hakları sunma istemini sağlığın genel tanımı çerçevesince sevinçle karşılarız. Ancak bunu hekimlik kurumu üzerinden, vatanla hekim; sonraki süreçlerde de yargı ile hekim karşı karşıya getirecek bir yapıda yürütülmeye çalışılması kabul edilemez bir durumdur. Maluliyet değerlendirme işlemlerinin popülist yaklaşımlarla yürütülmeye çalışılması dünya devi olarak nitelendirilen ülkelerin devlet erklerini kepenklerini kapatmaya vardırarak büyük sorunlara yol açtığını hepimiz güncel şahitleriyiz. Ülkemizde de bu tip popülist yaklaşımların gelecekte büyük sosyal karmaşalara yol açacağını tahmin etmek için müneccim olmaya gerek yoktur. Bunu yaparken de siyasi erkin kendi önerdiği kriterlerle bu tip kararları hekimlere verdirtmesinin yasal sorumluluğı biz hekimlerde telafisi güç sıkıntılara yol açacaktır.

Maluliyet rehberi gerekliliğı konusunda bu maddeleri uzatmak mümkündür. Ancak zaten zorunluluk nedeniyle uzamış olan yazının hacmini daha da aşmamak için burada kesiyorum. Herkese rutinini sorunsuz yürütebileceğı; işini gönül rahatlığıyla yaptığına önce kendisinin ikna olduğu aydınlık günler diliyorum.

Kaynaklar

1. Akkurt İ, Sevgi E, Dayıcan B, Şimşek C, Ardıç S. Akciğer hastalıklarında maluliyet sorunu. *Tüberküloz ve Toraks* 1995; 43(3): 172-83.
2. Akkurt İ, Altınörs M, Şimşek C, Sevgi E, Keleşoğlu A, Ardıç S. Maluliyet almış kömür işçisi pnömokonyozu ve silikosisli kişilerde yaşam süresini etkileyen faktörler. *Toplum ve Hekim* 1997; 12(77): 17-21.
3. Akkurt İ, Keleşoğlu A, Şimşek C, Altınörs M, Sevgi E, Ardıç S. Pnö-mokonyozda maluliyet değerlendirme (Almanya ile Türkiye arasında farklılıklar) *Solunum Hastalıkları* 1998; 9(4): 745-52.

4. American Thoracic Society. Medical Section of The American Lung Association. Guidelines for the Evaluation of impairment/disability in patients with asthma. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 1056-61.
5. Ames RG, Trent RB. Respiratory impairment and symptoms as predictors of early retirement with disability in US underground coal miners. *Am J Public Health* 1984; 74: 837-8.
6. Ames RG, Trent RB. Respiratory predictors of disability days: a five years prospective study of US Coal miners. *Am J Ind Med* 1985; 7(4): 337-42.
7. American Medical Association. Rondinelli RD(Medical Editor). Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. Sixth edition. USA 2008 : 77-99.
8. CDC - MMWR / August 30, 2013 / Vol. 62 / No. 34: 697.
9. Kendall N. *International Review of Methods and Systems Used to Measure and Monitor Occupational Disease and Injury: NOHSAC Technical Report 3: Wellington, 2005.*
10. NIOSH - Industry & Occupations - 2013
11. SGK - 2012 Yıllık İstatistiğı
12. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığından : Maluliyet tespiti işlemleri yönetmeliğı. Resmi Gazete 3 Ağustos 2013 - sayı: 28727
13. Türk Toraks Derneğı Çevresel ve Mesleki Akciğer Hastalıkları Çalışma Grubu. Akciğer Hastalıklarında Maluliyet Değerlendirme Rehberi. *Toraks Dergisi* 2005, 6(2)EK: 001-022 www.toraks.org.tr
14. TÜİK - Türkiye iş gücü istatistikleri - 2012
15. Utterback DF, Schnorr TM. Occupational Safety and Health: Proceedings from June 2012 Workshop. Department of Health and Human Services CDC-NIOSH
16. WHO Action Plan 2014-2021: Better health for persons with disabilities. Draft 1-31 July 2013
17. WHO – Disability and Health. Fact sheet n:352, Reviewed September 2013
18. World Health Organization. World report on disability, 2011. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. Available at http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html.