

## YÖNETMELİK

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

**MALULİYET VE ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBI TESPİTİ  
İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ**

**BİRİNCİ BÖLÜM**

**Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar**

**Amaç**

**MADDE 1 –** (1) Bu Yönetmeliğin amacı, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre sigortalı sayılanların maluliyet, çalışma gücü kaybı ve erken yaşlanma durumları ile bunların bakmakla yükümlü oldukları veya hak sahibi çocuklarının maluliyet ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engellilik durumlarının tespitine ve bu tespitlerde esas alınacak sağlık kurulu raporlarına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

**Kapsam**

**MADDE 2 –** (1) Bu Yönetmelik; Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun;

a) 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların hangi hallerde ağır düzeyde çalışma gücünü kaybettiğine,

b) 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalıların hangi hallerde çalışma gücünü ağır düzeyde veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiğine ve vazifelerini yapamayacak derecede hastalığa uğrayanlardan personel kanunlarına tabi olanların hastalıklarının kanunlarında tayin edilen sürelerden fazla devam ettiği, olmayanların ise hastalık sebebiyle malul sayılmalarına esas alınacak hastalık süreleri hakkında kendi özel kanunları yürürlüğe girinceye kadar 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun hastalık iznine ilişkin hükümleri uygulanmak suretiyle bu süreleri doldurduğuna,

c) 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri kapsamındaki sigortalılar ile 60 ncı maddesi kapsamındaki genel sağlık sigortalılarının hak sahibi veya bakmakla yükümlü oldukları çocuklarının hangi hallerde çalışma gücünü ağır düzeyde kaybettiğine,

ç) 28 inci maddesinin beşinci fıkrası ve geçici 4 üncü maddesinin altıncı fıkrasına göre yaşlılık sigortası kapsamında, sigortalıların hangi hallerde çalışma gücünü orta veya hafif düzeyde kaybettiğine,

d) 28 inci maddesinin yedinci fıkrasına göre yaşlılık sigortası kapsamında, sigortalıların hangi hallerde erken yaşlanmış olacaklarının tespitine,

e) 28 inci maddesinin sekizinci fıkrasına göre yaşlılık sigortası kapsamında kadın sigortalı çocuğunun, hangi hallerde başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engelli sayılacaklarının tespitine,

f) Maluliyet, çalışma gücü kaybı, erken yaşlanma ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engellilik tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesine,

g) Malullük veya yaşlılık aylığı bağlanmış sigortalılar ile malul sayılan veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engelli sigortalı çocuğunun kontrol muayenelerine, ilişkin usul ve esasları kapsar.

**Dayanak**

**MADDE 3 –** (1) Bu Yönetmelik, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 25 inci, 28 inci, 47 nci, 94 üncü, 95 inci ve geçici 4 üncü maddesi hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

**Tanımlar**

**MADDE 4 –** (1) Bu Yönetmelikte geçen;

a) Ağır düzeyde çalışma gücü kaybı: Bu Yönetmeliğe göre çalışma gücünün en az %60'ının kaybedilmesini,

b) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,

c) Bakmakla yükümlü olunan çocuk: Kanunun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (10) numaralı bendinde belirtilen çocuğu,

ç) Balthazard formülü: Birden fazla iş kazası veya meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik dereceleri veya birden fazla engellilik derecelerinin birleştirilmesinde kullanılan hesaplama şeklini,

d) Başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engelli çocuk: 20/2/2019 tarihli ve 30692 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelikte tanımlanan "Çok ileri düzeyde ÖGV", "Belirgin ÖGV" ve "Özel koşul gereksinimi var (ÖKGV)" ile 20/2/2019 tarihli ve 30692 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelikte tanımlanan "Tam bağımlı engelli birey" durumunu,

e) Hafif düzeyde çalışma gücü kaybı: Bu Yönetmeliğe göre çalışma gücünün en az %40-49 arasında kaybedilmesini,

f) Hak sahibi çocuk: Sigortalının veya sürekli iş göremezlik geliri ile malullük, vazife malullüğü veya yaşlılık aylığı almakta olanların ölümü halinde, gelir veya aylık bağlanmasına veya toptan ödeme yapılmasına hak kazanan çocuğu,

g) Hastalık listesi: Çalışma gücünün hangi düzeyde kaybedildiğinin tespitine esas Ek-1’de yer alan listeyi,

ğ) Kanun: 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununu,

h) Kontrol muayenesi: Kanunun 94 üncü maddesinde belirtilen hallerde istenilen muayeneyi,

ı) Kurum: Sosyal Güvenlik Kurumunu,

i) Kurum Sağlık Kurulu: Çalışma gücü kaybını, vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücü kaybını, erken yaşlanma halini ve kadın sigortalı çocuğunun başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engelli olup olmadığını belirlemeye yetkili hekimlerden ve/veya dış hekimlerinden oluşan kurulları,

j) Maluliyet: Çalışma gücünü ağır düzeyde veya iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60’ını, Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybetme veya vazifelerini yapamayacak derecede hastalığa uğrayanlardan personel kanunlarına tabi olanların hastalıklarının kanunlarında tayin edilen sürelerden fazla devam ettiği, olmayanların ise hastalık sebebiyle malul sayılmalarına esas alınacak hastalık süreleri hakkında kendi özel kanunları yürürlüğe girinceye kadar Devlet Memurları Kanununun hastalık iznine ilişkin hükümleri uygulanmak suretiyle bu süreleri doldurma hallerini,

k) Orta düzeyde çalışma gücü kaybı: Bu Yönetmeliğe göre çalışma gücünün en az %50-59 arasında kaybedilmesini,

l) Sağlık kurulu raporu: Kurumca yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporlarını,

m) Sigortalı: Kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödemesi gereken kişiyi,

n) Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu: Kanunun 58 inci maddesinde belirtilen kurulu,

o) Vazife malullüğü: Kanunun 47 nci maddesinde tarif edilen vazife ve/veya harp malullüğü hallerini,

ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

### Malullük ve Çalışma Gücü Kaybı Oran Tespiti

#### Sigortalının ağır düzeyde çalışma gücü kaybı tespiti

**MADDE 5 –** (1) Sigortalının çalışma gücünü ağır düzeyde kaybedip kaybetmediğinin tespitinde hastalık listesi esas alınır.

(2) Sigortalılık süresi içinde;

a) Hastalık listesinde belirtilen hastalıkların meydana geldiği,

b) Eski ve çalışmaya engel olmayan bir hastalığın, hastalık listesinde belirtilen seviyelere yükseldiği,

c) Çalışma gücünü ağır düzeyde kaybetmiş haliyle ilk defa sigortalı olarak çalışmaya başladığı ancak daha sonra ortaya çıkan farklı bir hastalık nedeniyle çalışma gücünü ağır düzeyde kaybettiği,

ç) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalının vazifesini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği veya vazifesini yapamayacak derecede hastalığa uğrayanlardan personel kanunlarına tabi olanların hastalıklarının kanunlarında tayin edilen sürelerden fazla devam ettiği, olmayanların ise hastalık sebebiyle malul sayılmasına esas alınacak hastalık süreleri hakkında kendi özel kanunları yürürlüğe girinceye kadar 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun hastalık iznine ilişkin hükümleri uygulanmak suretiyle bu süreleri doldurduğu,

Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı malul sayılır.

(3) Sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce sigortalının çalışma gücünü ağır düzeyde veya vazifesini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği önceden veya sonradan tespit edilirse, sigortalı bu hastalık veya engeli sebebiyle malullük aylığından yararlanamaz.

(4) Sağlık kurulu raporlarında birden fazla hastalık mevcut ise değerlendirmede en ağır sekel bulgu dikkate alınır ve Balthazard formülü uygulanmaz.

(5) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalıların maluliyet kararlarında;

a) Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde çalışan askeri ve sivil personel ile askerlik görevi yükümlülükleri için, 31/10/2016 tarihli ve 2016/9431 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yeteneği Yönetmeliği,

b) İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışan personel için, 3/1/2018 tarihli ve 30290 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliği,

c) 5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun kapsamında çalışan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi koruma güvenlik görevlileri için belirlenen 26/6/2021 tarihli ve 31523 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Güvenlik Görevlileri Sağlık Şartları Yönetmeliği,

hükümleri gözetilerek Kurum Sağlık Kurulunca karar verilir.

(6) Vazife malullüğü halinde ise maluliyet derecelerine, 13/7/1953 tarihli ve 4/1053 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Vazife Malullüklerinin Nevileri ile Dereceleri Hakkında Nizamname hükümleri esas alınarak Kurum Sağlık Kurulunca karar verilir.

#### **Orta ve hafif düzeyde çalışma gücü kaybı oranı tespiti**

**MADDE 6 –** (1) Kanunun 28 inci maddesinin beşinci fıkrası ile geçici 4 üncü maddesinin altıncı fıkrasının (a) bendinde belirtilen orta ve (b) bendinde belirtilen hafif düzeyde çalışma gücü kaybının tespitinde hastalık listesi esas alınır.

(2) Sağlık kurulu raporlarında birden fazla hastalık mevcut ise en ağır sekel bulgu dikkate alınır ve Balthazard formülü uygulanmaz.

#### **Sigortalı çocuğunun maluliyet tespiti**

**MADDE 7 –** (1) Sigortalının, çalışma gücünü ağır düzeyde kaybettiği tespit edilen hak sahibi veya bakmakla yükümlü olduğu çocuğu malul sayılır. Bu tespitlerde hastalık listesi esas alınır.

#### **Erken yaşlanma tespiti**

**MADDE 8 –** (1) Yaşlılık aylığı bağlanması için Kanunda öngörülen yaş şartı dışındaki diğer şartları taşıyan ve 55 yaşını dolduran sigortalılardan; dikkat, algı, bellek, kavrama ve soyutlama gibi işlevlerin kaybı olan bilişsel yaşlanma ile fizyolojik ve psikolojik yaşlanma hali tayin ve tespit edilenler, erken yaşlanmış sayılır.

(2) Bu tespitlerde; nöroloji, psikiyatri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji başta olmak üzere ilgili branşlarca düzenlenen sağlık kurulu raporları esas alınır.

#### **Kadın sigortalı çocuğunun ağır engellilik tespiti**

**MADDE 9 –** (1) Kadın sigortalının başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engelli çocuğunun tespitinde, Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik ile Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik esas alınır.

#### **Başka birinin sürekli bakımına muhtaç olma halleri**

**MADDE 10 –** (1) Sigortalıların başka birinin sürekli bakımına muhtaç olduğu durumlar aşağıda belirtilmiştir:

a) Kuadripleji, parapleji, dipleji ve sigortalının yaşamını kendi başına yürütmesine engel hemipleji veya merkezi sinir sisteminin sfinkter bozuklukları ile birlikte olan diğer hastalıklar.

b) Süreli veya sürekli ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde kalmayı gerektiren ve tedavi edilemeyen psikotik hastalıklar.

c) İki gözde de yüzde yüz (tam) görme kaybı.

ç) İki elin kaybı veya yok hükmünde olması.

d) Bir kolun omuzdan ve bir bacağın kalçadan kaybı veya yok hükmünde olması.

e) Her iki bacağın alttan en az 1/3'ünün kaybı veya yok hükmünde olması.

f) Tedavisi olanaksız bir hastalıktan ileri gelen ağır beslenme bozuklukları ve kaşeksiler.

g) Solunum yetmezliği nedeniyle yardımcı solunum cihazlarının sürekli kullanılması.

ğ) Giyinme, beslenme, fonksiyonel mobilite, bağırsak ve mesane bakımı, kişisel hijyen ve tuvalet ihtiyaçları gibi günlük yaşam aktivitelerinin sağlanamaması.

h) Bu maddede tespit edilen durumlar dışında kaldığı halde tedavi edilemeyen ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç duruma gelmesine sebep olan sekeller ve ağır hastalıklar.

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **Ortak Hükümler**

#### **Sağlık kurulu raporu düzenlemeye yetkili sağlık hizmeti sunucuları**

**MADDE 11 –** (1) Çalışma gücü kaybı ile kadın sigortalının başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engelli çocuğunun tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye;

a) Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye yetkilendirilmiş devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri,

b) Devlet üniversite hastaneleri,

c) Belgelenmesi kaydıyla, (a) ve (b) bentlerinde belirtilen hastaneler dışında kalan yataklı sağlık hizmeti sunucularının yoğun bakımında tedavisi devam eden ve başka bir hastaneye nakli hayati risk taşıyanlar için yatmakta olduğu hastaneler, yetkilidir.

(2) Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunan ülkelerde çalışan müşterek sigortalının veya çocuğunun sözleşme hükümlerine göre maluliyet tespitlerinde, sosyal güvenlik sözleşmesi yapılan ilgili ülkenin sigorta kurumunun gönderdiği raporlar değerlendirilmeye alınır.

#### **Sağlık kurulu raporları**

**MADDE 12 –** (1) Birden fazla uzmanlık dalını ilgilendiren hastalık durumlarının tespitinde kurul, kurul başkanı ve aşağıdaki branşlardaki uzman hekimler olmak üzere en az yedi daimi üyeden oluşur:

- a) İç hastalıkları uzmanı.
- b) Göz hastalıkları uzmanı.
- c) Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı.
- ç) Genel cerrahi uzmanı.
- d) Nöroloji uzmanı.
- e) Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı.

(2) Değerlendirilecek hastalık, bu uzmanlık dallarının dışında ise ilgili dal uzmanının da kurulda bulunması şarttır. Kurulda bulunan hekimler birbirlerinin yerine karar veremezler.

(3) Rapor vermeye yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarında, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı bulunması halinde, bu uzmanın kurulda yer alması zorunludur. Bulunmaması durumunda varsa ortopedi ve travmatoloji uzmanı kurula katılır.

(4) Tek bir uzmanlık dalını ilgilendiren hastalık durumlarının tespitinde kurul, ilgili uzmanlık dalından üç uzman hekimin katılımıyla oluşturulabilir.

(5) Sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Bakanlığınca belirlenen maluliyet ve çalışma gücü kaybına esas sağlık kurulu raporu formatına uygun olarak düzenlenen raporlar, Kurum Sağlık Kurulunca değerlendirilir.

(6) Sağlık kurulu raporunun tıbbi değerlendirme bölümlerinde;

a) Kimlik tespitiyle muayene yapılarak, çalışma gücü kaybı tespit talebine esas hastalıkların, ilgili branşlarca mevcut klinik durumunu açıklayan ayrıntılı muayenesi sonucu; ayrıntılı muayene bulguları, dayanağı tetkikler ve sonuçlar sağlık kurulu raporuna yazılır. Tetkik raporlarının aslı ya da onaylı nüshası eklenir.

b) Muayeneye ilişkin test ve tetkik belgelerinde sigortalının adı, soyadı ve tetkik tarihi yazılır.

c) Tıbbi terimler kısaltılmaksızın yazılır.

ç) Mevcut hastalıklara ilişkin tetkikler, epikrizler, ameliyat notları, patoloji raporları ve benzeri belgelerin aslı veya onaylı nüshası eklenir.

d) Sağlık kurulu raporları bilgisayar ortamında düzenlenerek sağlık kuruluna katılan hekimler tarafından imzalanır.

e) Kurum sevkine istinaden düzenlenen sağlık kurulu raporları yalnızca durum bildirir nitelikte olduğundan, raporların karar hanesinde çalışma gücü kayıp oranı/engellilik oranı belirtilmeden "Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenecektir." ibaresi yazılır.

(7) Bu maddede belirtilen hususların eksikliği veya yetersizliği durumunda sağlık kurulu raporunun verilecek karara esas teşkil edip etmeyeceği konusunda Kurum Sağlık Kurulu yetkilidir.

(8) Kurum, sağlık kurulu raporlarını elektronik ortamda istemeye yetkilidir.

(9) Sağlık hizmeti sunucusu tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda çalışma gücü kaybı veya engel oranı belirtilmiş ise bu oran, Kurum Sağlık Kurulu ve Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu kararlarında bağlayıcı değildir.

(10) Sosyal güvenlik sözleşmesi yapılan ülkelerde 11 inci maddenin ikinci fıkrasına göre düzenlenmiş raporlarda bu maddenin yedinci fıkrası haricinde fıkralarında yer alan şartlar aranmaz.

#### **Usulüne uygun düzenlenmeyen raporlar**

**MADDE 13 –** (1) Usulüne uygun düzenlenmediği, tıbbi bilgilerin eksik veya yetersiz olduğu tespit edilen sağlık kurulu raporları, 12 nci maddeye göre yeniden düzenlenmek üzere ilgili sağlık hizmeti sunucusuna iade edilir.

#### **Ek rapor düzenlenmesi**

**MADDE 14 –** (1) Sağlık kurulu raporunun Kurum Sağlık Kurulunca değerlendirilmesi sonucunda gerekli görülmesi halinde; ilgilinin aynı ya da farklı sağlık hizmeti sunucusu tarafından yeniden muayenesiyle düzenlenecek sağlık kurulu raporu istenir.

#### **Kontrol muayenesi ve değerlendirme**

**MADDE 15 –** (1) Kanununun; 25 inci maddesinin birinci fıkrasına göre malul sayılanlar ile 28 inci maddesinin beşinci veya geçici 4 üncü maddesinin altıncı fıkralarına göre çalışma gücü kaybı oranı ve 28 inci maddenin sekizinci fıkrasına göre ağır engellilik tespiti yapılanlar;

a) Kurumca yürütülen soruşturma nedeniyle,

b) Maluliyete ilişkin Kurumca verilen karar gereği,

c) Malullük, vazife malullüğü aylığı bağlanmış sigortalıların, malullük durumlarında artma veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç olduklarına ilişkin talepleri halinde,

ç) İhbar ve şikayet halinde,

kontrol muayenesine tabi tutulabilir.

(2) Kontrol muayenesine ilişkin değerlendirme Kurum Sağlık Kurulunca yapılır.

(3) Kontrol muayenesine istinaden yapılan değerlendirme sonucu gerekli görülen hallerde yeniden kontrol muayenesi istenebilir.

(4) Kontrol muayenesi değerlendirmeleri ilk maluliyet kararına esas mevzuat hükümleri çerçevesinde yapılır.

(5) Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunca kontrol muayenesi kararı verilmesi halinde bu kontrol muayenesine ilişkin değerlendirme Kurum Sağlık Kurulunca yapılır.

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM** **Çeşitli ve Son Hükümler**

### **Kurum Sağlık Kurulu kararlarına itiraz**

**MADDE 16** – (1) Kurum Sağlık Kurulunca verilen kararlara yapılan itirazlar, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunca değerlendirilir.

### **Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu kararları**

**MADDE 17** – (1) Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu tarafından verilen kararlar Kurum Sağlık Kurullarını bağlar.

### **Hastalık listesinin yenilenmesi**

**MADDE 18** – (1) Hastalık listesinde bulunan tıbbi kriterler Kurumca en geç 3 yılda bir değerlendirilir.

### **Atıflar**

**MADDE 19** – (1) 11/10/2008 tarihli ve 27021 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ile 20 nci madde ile yürürlükten kaldırılan Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliğinde; çalışma gücü kaybı, vazife malullüğü, harp malullüğü ile erken yaşlanma durumlarının tespiti hükümlerine yapılan atıflar bu Yönetmelik hükümlerine yapılmış sayılır.

### **Yürürlükten kaldırılan yönetmelik**

**MADDE 20** – (1) 3/8/2013 tarihli ve 28727 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

### **Geçiş hükmü**

**GEÇİCİ MADDE 1** – (1) Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce maluliyet, çalışma gücü kaybı veya erken yaşlanma durumlarının tespiti talebinde bulunan sigortalılar ile bunların hak sahibi veya bakmakla yükümlü olduğu çocukları için, yürürlükten kaldırılan ilgili sosyal güvenlik mevzuatının Kanuna aykırı olmayan hükümleri uygulanır.

### **Yürürlük**

**MADDE 21** – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

### **Yürütme**

**MADDE 22** – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

## Hastalık Listesi

<b>A. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN NÖROLOJİK HASTALIKLAR</b>	
<b>1. Epilepsi – konvülsif epilepsi (Grand Mal)</b>	<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 3 veya daha fazla nöbeti olan hastalardan, nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 2 nöbeti olan hastalardan, nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 1 nöbeti olan hastalardan, nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler</p>
<b>2. Epilepsi –kompleks parsiyel epilepsi</b>	<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 6 veya daha fazla nöbeti olan hastalardan, bir sağlık kurumu nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 3-5 nöbeti olan hastalardan, nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 2 nöbeti olan hastalardan, nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler</p>
<b>3. Epilepsi –basit parsiyel epilepsi</b>	<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 8 veya daha fazla nöbeti olan hastalardan, nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 4-7 nöbeti olan hastalardan, nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 3 aylık etkin antiepileptik tedavi altında iken ayda 3 nöbeti olan hastalardan, nöroloji kliniğinde yatırılıp nöbet takibinin yapılarak tipik nöbetlerin detaylı bir şekilde tarif edilerek sağlık kurulu raporu ile belgelendirilenler,</p>
<b>4. Kognitif bozukluklar</b>	<p>Tedavi edilebilir demans nedenleri dışlandıktan sonra klinik kognitif değerlendirme skoru ve minimal test skoru; en az 6 ay ara ile 2 veya daha fazla tekrarlanmak koşuluyla değerlendirilir.</p>

Kognitif bozuklukların değerlendirilmesi, Sağlık kurulu raporunu düzenleyen sağlık hizmet sunucularının psikiyatri ve nöroloji branşların birlikte bulunduğu sağlık kurullarınca yapılır.

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Ağır bilişsel bozukluk (Ağır demans); klinik kognitif değerlendirme skoru 8 ve üzeri, minimal test skoru 17 ve altı olmalıdır.

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Orta düzey bilişsel bozukluk; klinik kognitif değerlendirme skoru 6-7 ve minimal test skoru 18 ila 21 arası olmalıdır.

**Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Hafif düzey bilişsel bozukluk; klinik kognitif değerlendirme skoru 4-5 ve minimal test skoru 22 ila 25 arası olmalıdır.

Kategori	Klinik Kognitif Değerlendirme Skoru (KDS)				
	0.0	0.5	1.0	2.0	3.0
Hafıza (H)	Hafıza kaybı yok veya kalıcı olmayan, hafif hafıza kaybı	Kalıcı hafif unutkanlık; olayları kısmen hatırlar, benign unutkanlık	Orta derecede hafıza kaybı; yeni olaylarda daha belirgin; defekt günlük aktivitelerde karışıklıklara neden oluyor	Şiddetli hafıza kaybı; sadece iyi öğrenilen materyal hafızada tutulmakta yenileri çabucak hafızadan silinmekte	Şiddetli hafıza kaybı sadece fragmanlar kalır
Oryantasyon (O)	Tam oryante	Zaman oryantasyonunda hafif zorluk dışında tam oryante	Zaman oryantasyonunda orta derecede zorluk; muayene ortamına oryante olsa da başka ortamlarda mekâna dezoryante olabilir	Zaman oryantasyonunda şiddetli bozukluk; genellikle zamana sıklıkla mekâna dezoryante	Sadece şahıs oryantasyonu kalmış
Yargılama ve problem çözme (YPÇ)	Günlük hayat, iş ve finansal konulardaki problemleri çözer, geçmişteki performansıyla ilişkili olarak yargılama iyidir.	Problem çözmede, benzerlik ve farklılıkları belirlemede hafif bozukluk	Problem çözmede, benzerlik ve farklılıkları belirlemede orta derecede bozukluk; sosyal yargılama genellikle sürdürülebilir.	Problem çözmede, benzerlik ve farklılıklarda şiddetli bozukluk; sosyal yargılama genellikle bozulmuştur.	Yargılama yapamaz ve problemleri çözemez
Toplumsal İlişkiler (Tİ)	Sosyal gruplar, istemli aktiviteler, alışveriş ve mesleğinde rutin düzeydeki işlerde bağımsız olarak fonksiyon görebilir.	Bu aktivitelerde hafif bozukluk	Bu aktivitelerin bazılarında başarılı olsa da bağımsız olarak fonksiyon göremez. Yüzeysel muayenede normal görünür.	Evinin dışında bağımsız hareket edemez. Sinema tiyatrosu vb sosyal aktivitelere refakatli olarak katılacak derecede iyi görünür.	Evinin dışında bağımsız hareket edemez. Sinema tiyatrosu vb sosyal aktivitelere refakatli olarak bile katılamayacak derecede hasta görünür.

Ev ve Hobiler (EH)	Ev yaşamını, hobilerini ve entelektüel ilgisini sürdürülebilmekte	Ev yaşamı hobileri ve entelektüel ilgisinde hafif bozulma	Ev içi faaliyetlerinde orta derecede ama mutlak bozulma, daha zor ev işleri, komplike hobiler ve ilgi alanları terk edilir.	Sadece basit ev işlerini yapabilir ilgi alanları çok kısıtlanmıştır, zorlukla sürdürülebilir.	Evde belirgin olarak fonksiyonel değildir
Özbakım (Ö)	Özbakımını tam olarak yapabiliyor.	Özbakımını tam olarak yapabiliyor.	Özbakım için destek, cesaret ve hatırlatmaya ihtiyacı vardır.	Giyinme, hijyen ve bireysel ilişkiler için bile yardıma ihtiyacı vardır.	Özbakımı için daha fazla yardıma gereksinimi vardır. Sık inkontinans.

Tablo da dikey sütunda 6 kategori yer alır. Bunlar;

Hafıza	(H)	0-3
Oryantasyon	(O)	0-3
Yargılama ve Problem Çözme	(YPC)	0-3
Toplumsal İlişkiler	(Tİ)	0-3
Ev ve Hobiler	(EH)	0-3
Özbakım	(Ö)	0-3

*Günlük aktivite: Sağlıklı birinin gündelik kişisel, sosyal ve mesleki aktiviteleri kastedilir.*

#### 5. Parapleji/Paraparezi, Monopleji/Monoparezi, Hemipleji/Hemiparezi, Kuadripleji/Kuadriparezi vb. motor kaybı olanlar

Çalışma gücü kaybına esas değerlendirmeler hastalık ortaya çıktıktan 1 yıl sonra yapılır.

##### **Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması (bozukluğun değerlendirilmesi parmak, el ve kol kullanım engeli ve/veya hareket engeli derecesine bağlıdır)

##### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması (bozukluğun değerlendirilmesi parmak, el ve kol kullanım engeli ve/veya hareket engeli derecesine bağlıdır)

##### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması (bozukluğun değerlendirilmesi parmak, el ve kol kullanım engeli ve/veya hareket engeli derecesine bağlıdır)

#### 6. Parkinson sendromu

Etkin antiparkinson tedavisi almakta olan hastalar için değerlendirme yapılır.

##### **Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Hafif/orta/ağır tremorla birlikte veya tremor olmaksızın tüm günlük yaşam aktiviteleri için yardıma ihtiyaç duyma, kilitlenme periyodları (on-off diskinezi) veya ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

##### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

##### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması



<b>7. Afaziler</b>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 1 yıldır olan; sekel halini almış, başarısız konuşma veya iletişime neden olan duygusal veya motor afaziler</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> En az 1 yıldır olan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Güçlülük ve zorlukla bazı basit kelimeleri çıkarabilen motor afaziler</li> <li>b) Basit emirleri anlayıp kompleks emirleri yerine getiremeyen sensorial afaziler</li> </ul>
<b>8. Benign beyin tümörleri</b>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hastalık listesinin 1inci, 2inci, 3üncü, 4üncü, 5inci maddelerinde belirtilen ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlardan en az birinin varlığı</li> <li>b) Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</li> <li>c) Etkilenen vücut sistemine göre ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar</li> </ul> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hastalık listesinin 1inci, 2inci, 3üncü, 4üncü, 5inci maddelerinde belirtilen orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlardan en az birinin varlığı</li> <li>b) Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</li> <li>c) Etkilenen vücut sistemine göre orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar</li> </ul> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hastalık listesinin 1inci, 2inci, 3üncü, 4üncü, 5inci maddelerinde belirtilen hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlardan en az birinin varlığı</li> <li>b) Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</li> <li>c) Etkilenen vücut sistemine göre hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar</li> </ul>
<b>9. Serebral palsi</b>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) IQ 50 ve altı olup; öz bakımını kendi kendine yapamama (beslenme, tuvalet ve banyo vb.) veya tek başına sokağa çıkamama veya evde tek başına kalamama</li> <li>b) Zarar vericilik veya duygusal instabilite gibi anormal davranış şekilleri</li> <li>c) Konuşma, işitme veya görsel kusur nedeniyle olan belirgin iletişim bozukluğu</li> <li>d) Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</li> </ul> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması</p>

<p>a) IQ düzeyi 51- 69 arasında olup; işlevselliğin kavramsal pratik ve sosyal alanlarında ileri düzeyde kayba neden olması</p> <p>b) Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p>
<p><b>10. Spinal kord; sinir kökü lezyonları, dejeneratif nörolojik hastalıklar veya herhangi bir nedene bağlı</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <p>a) Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p>b) Anal inkontinans</p> <p>c) Daimi sonda kullanmayı gerektirme</p> <p>d) Günde 3 kez ve üzeri TAK yapmak zorunda olan idrar inkontinansı</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b> Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b> Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p>
<p><b>11. Multiple skleroz</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması</p> <p>a) Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p>b) EDSS 5,5 ve üzeri olması</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması</p> <p>a) Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p>b) EDSS 4 ila 5 arası olması</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması</p> <p>a) Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p>b) EDSS 3 veya 3,5 olması</p>
<p><b>12. Amyotrofik lateral skleroz</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <p>a) Klinik ve elektrofizyolojik olarak alt motor nöron tutulumu</p> <p>b) Klinik olarak üst motor nöron tutulumu</p> <p>c) Belirti ve bulguların bir vücut bölgesi içinde ve diğer vücut bölgelerine ilerleyici özellikte yayılmış olması</p>
<p><b>13. Poliomyelit</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <p>a) Konuşma, yutma veya nefes almada belirgin güçlük olması,</p>

<p>b) Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p>
<p><b>14. Myastenia gravis ile birlikte</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <p>a) Tedavi altında olmasına rağmen konuşma, yutma veya nefes almada belirgin güçlük olması</p> <p>b) Tedavi altında olmasına rağmen, dirence karşı olan tekrarlayıcı eylemde yer alan ekstremitte kaslarında belirgin motor zayıflık olması</p>
<p><b>15. Müsküler distrofi ile birlikte</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p>
<p><b>16. Periferik nöropatiler ile birlikte</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <p>a) Tedaviye rağmen sekel halini almış ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p>b) Tek veya çift taraflı sekel halini almış total brakial pleksus lezyonu(EMG ile kanıtlanmış)</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p>
<p><b>17. Tedaviye rağmen anlamlı düzelme göstermeyen subakut kombine kord dejenerasyonu (Pernisiz anemi vb ile birlikte)</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p>

## 18. Serebral travma

Çalışma gücü kaybına esas değerlendirmeler hastalık ortaya çıktıktan 1 yıl sonra yapılır.

### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- Hastalık listesinin 1inci, 2inci, 3üncü, 4üncü, 5inci maddelerinde belirtilen ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlardan en az biri
- Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremit ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- Psikiyatri bölümündeki ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlara göre değerlendirilir.

### Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- Hastalık listesinin 1inci, 2inci, 3üncü, 4üncü, 5inci maddelerinde belirtilen orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlardan en az biri
- Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremit ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- Psikiyatri bölümündeki orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlara göre değerlendirilir.

### Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- Hastalık listesinin 1inci, 2inci, 3üncü, 4üncü, 5inci maddelerinde belirtilen hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlardan en az biri
- Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremit ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- Psikiyatri bölümündeki hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlara göre değerlendirilir.

## 19. Huntington Koresi, Syringomyeli, Friedrich ataksisi, Wilson hastalığı, Jeneralize distoni gibi dejeneratif ve akkiz/herediter hastalıklar, Spino-serebellar dejenerasyon veya Serebellar hastalıklar

### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Başkasının yardımını gerektirecek düzeyde denge bozukluğu, ağır düzeyde efektif ambulasyonun<sup>1</sup> veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremit ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

### Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Orta düzeyde efektif ambulasyonun<sup>1</sup> veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremit ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

### Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Hafif düzeyde efektif ambulasyonun<sup>1</sup> veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremit ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

## Bölüm Atfları

### **<sup>1</sup>EFEKTİF AMBULASYON SAĞLAYAMAMA:**

*Efektif ambulasyon, günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebilmek için yeterli bir mesafeyi makul bir yürüme hızıyla sağlayabilme yeteneğine sahip olmayı ifade eder. Efektif ambulasyon sağlayamama, yürüme yeteneğinde ciddi kısıtlanma olduğunu ve genellikle her iki alt ekstremitenin yetersizliği sonucu kullanılan yardımcı cihaz/cihazlar ile her iki üst ekstremit fonksiyonunun limitlendiğini gösterir*

*Aşağıdakilerle sınırlı kalmamak üzere, efektif ambulasyonu sağlayamama şu örnekleri içerir.*

- Tekerlekli sandalye düzeyinde olmak,

- İki baston, iki kanadyen, yürüteç v.b. mekanik destek ve/veya yardımcı cihaz olmadan yürüyememek,
- Tek el desteğine rağmen yardım olmaksızın yürüyememek, standart toplu taşıma araçlarını kullanamamak, rutin aktiviteleri sürdürmemek v.b.
- Ankiloz, diz kalça ve ayak bileğinin kontraktürü, ileri düzeyde kas hastalıkları, Parkinson v.b. (Evde yardımcı cihaz kullanmadan bağımsız yürümek, ambulasyonu efektif sağladığı anlamına gelmemektedir.)

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre:

**Alt Ekstremitte;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 0, 1, 2

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 3

**Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 4

**ÜST EKSTREMİTE VE KENDİNE BAKIM AKTİVİTELERİNİN SAĞLANAMAMASI:**

İnce ve kaba hareket becerilerini efektif yapamama, her iki üst ekstremitte fonksiyonlarında ciddi kayıp sonucu, kişinin etkilenmiş ekstremiteleri kendine bakım veya günlük yaşam aktivitelerinde kullanamadığını ifade etmektedir. (El beceri testleri, günlük yaşam aktivitesi ölçekleri ile değerlendirilerek)

**Üst Ekstremitte;**

i. **Tek üst ekstremitte için;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitteyi uygun tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına rağmen kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanamıyor.(üst ekstremitte ve ele ait kaba ve ince fonksiyonların ileri derecede bozukluğu veya yokluğu)

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitteyi kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanmakta zorlanıyor.( üst ekstremitte ve ele ait kaba ve ince fonksiyonların gerçekleştirilmesinde zorluk çekiyor.)

**Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitteyi kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanabiliyor. Fakat ele ait ince fonksiyonların gerçekleştirilmesinde zorluk çekiyor

ii. **Çift üst ekstremitte için;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitelerini uygun tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına rağmen kendine bakım veya günlük aktivitelerde kullanmakta zorlanıyor veya kullanamıyor.

**B. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR**

**1. Zeka gerilikleri**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

IQ 50 ve altı; öz bakımını kendi kendine yapamama (beslenme, tuvalet ve banyo vb.) veya tek başına sokağa çıkamama veya evde tek başına kalamama

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

IQ 51 -69; İşlevselliğin kavramsal pratik ve sosyal alanlarında ileri düzeyde kayba neden olduğu gösterilmiş olmalıdır.

**2. Şizofreni ve alt tipleri**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Tedaviye rağmen çalışma olanağı vermeyen

<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen kısmen çalışma olanağı veren
<b>3. Şizoafektif bozukluk</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen çalışma olanağı vermeyen <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen kısmen çalışma olanağı veren
<b>4. Sanrısız bozukluklar</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen çalışma olanağı vermeyen <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen kısmen çalışma olanağı veren
<b>5. Atipik veya başka türlü sınıflandırılmayan psikozlar</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen çalışma olanağı vermeyen <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen kısmen çalışma olanağı veren
<b>6. Bipolar bozukluk</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen, progresyon gösteren ve çalışma olanağı vermeyen <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen
<b>7. Beyin hasarı, beyin işlev bozukluğuna bağlı davranış bozuklukları</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen ve çalışma olanağı vermeyen (organik kişilik ve davranış bozukluğu, frontal lob sendromu vb) <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen ve tedaviye rağmen kısmen çalışma olanağı veren (organik kişilik ve davranış bozukluğu, frontal lob sendromu vb)
<b>8. Şiddeti ağır ve içgörünün kayb olduğu kronik obsesif kompulsif bozukluk, kronik travma sonrası stres bozukluğu ve komorbiditesi, tedaviye dirençli unipolar depresyon</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Şiddeti ağır ve içgörünün kayb olduğu kronik obsesif kompulsif bozukluk, kronik travma sonrası stres bozukluğu ve komorbiditesi, tedaviye dirençli unipolar depresyon (İki ayrı grup antidepresanla etkin dozda 12 hafta kullanımına, en az bir BDT ya da başka bir psikoterapi yöntemine, en az 12 seans EKT tedavisine, en az bir güçlendirme veya kombine tedaviye rağmen iyileşmediği belgelendirilmiş olmalıdır), Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen ve çalışma olanağı vermeyen,
<b>9. Beyin hasarı, beyin işlev bozukluğu ve bedensel hastalıklara bağlı ruhsal bozukluklar</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen ve çalışma olanağı vermeyen (organik bipolar tiplerini içerir, organik sanrılı bozukluk, demansiyel ve amnestik v.b. tablolar)
<b>10. Yaygın gelişimsel bozukluklar</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> İşlevselliği ileri düzeyde bozan otizm ve ilişkili bozukluklar

## C. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN GÖZ HASTALIKLARI

### 1. Görme azlığı

(Göz ve adnekslerinin tüm hastalıklarına bağlı tedaviye rağmen düzelmeyen ve görüşü bozan durumlarda çalışma gücü kaybı görme keskinliğine göre değerlendirilir)

Binoküler (her iki gözü açık şekilde yapılan muayenede) görme keskinliği;

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

0.1 ve altında olanlar

#### Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

0.1 üzeri - 0.16 (0.16 dahil) arasında olanlar

#### Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

0.16 üzeri - 0.2 (0.2 dahil) arasında olanlar

### 2. Pitozis

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Primer pozisyonda pupilla açıklığını tam örterek görmeyi engelleyen, cerrahi tedaviden yarar görmeyen sekel halindeki bilateral göz kapağı düşüklüğü olan kişiler

### 3. Diplopi

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Primer pozisyonda kalıcı çift görmeye neden olan, baş pozisyonu ile diplopinin önlenemediği ve tedaviye rağmen düzeltilemeyen sekel halindeki göz kaslarının paralizi olan kişiler.

### 4. Görme alanı patolojileri

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Her iki gözde periferik görme alanı dört kadranda 10°'ye kadar daralarak sekel oluşmuş absolu görme alanı defekti (Sensitivite 10 db altı) olan kişiler

## D. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI

### 1. Komplikeşyonlu sağırılık

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Yardımsız ayakta durmayı engelleyen denge bozuklukları ile birlikte olan, ameliyat ve işitme cihazlarıyla düzeltilemeyen kalıcı iki taraflı çok ileri (500, 1000, 2000 ve 4000 Hz saf ses ortalamasına göre 91dBHL ve üstü) düzeyde işitme kaybı

#### Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Ameliyat ve işitme cihazlarıyla düzeltilemeyen, kalıcı iki taraflı çok ileri (500, 1000, 2000 ve 4000 Hz saf ses ortalamasına göre 91dBHL ve üstü) düzeyde işitme kaybı

#### Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Cerrahi yöntemle takılan işitme sağlayıcı cihazlar kullanan, kalıcı iki taraflı ileri/çok ileri (cihazsız olarak yapılan ölçümde 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz saf ses ortalamasına göre 71dBHL ve üstü) düzeyde işitme kaybı

### 2. Dil

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Etiyolojisine bakılmaksızın dilin en az 2/3 ünün alınması

### 3. Larenks

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Etiyolojisine bakılmaksızın kalıcı stoması olan veya sürekli kanül kullanmayı gerektiren larenks hastalıkları

### 4. Ses organları

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Düzeltilemeyen ağır dispne ile birlikte olan iki taraflı hastalık, travma ve tümörleri <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Ağır afoni ile birlikte olan iki taraflı hastalık
<b>5. Burun</b>
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Burnun tam kaybı
<b>6. Çene</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Cerrahi veya travma sonucu orta ve alt yüz kemiklerinin birlikte kaybı; Mandibula ve maksillanın %50'den fazla kayıpları b) Yüz kemiklerinde cerrahi veya travma sonucu meydana gelen ve dış görünümde ileri derecede deformiteye sebep olan ve aynı zamanda ağır konuşma ve çiğneme fonksiyonlarını bozan durumlar
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Cerrahi veya travma sonucu mandibulanın %50'den fazla kaybı. b) Burun ve sinüs boşluğuna açılma ile birlikte maksilla'nın tam kaybı. (fonksiyon kaybı ile birlikte alveoler çıkıntıda %50'den fazla kayıp)
<b>E. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN ONKOLOJİK HASTALIKLAR</b>
<b>1. Baş ve boyunun yumuşak doku ve diğer malign tümörleri</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> (Tüm kulak (iç, orta, dış), burun, paranasal sinüs, nazofarenks, larenks, dudak, yanak, dil, ağız tabanı, çene (tükrük bezleri ve tiroid bezi hariç)) Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Antineoplastik tedaviyi takiben ilerleyen hastalık b) Antineoplastik tedavi sonrasında rekürrens gösteren (gerçek vokal kordlarda olan rekürrens hariç) hastalık c) Bölgesel lenf nodları dışındaki uzak organ veya uzak lenf nodları metastazı varlığı
<b>2. Cilt</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> a) <b>Sarkom veya karsinom</b> Anrezektabl lokal veya anrezektabl metastatik hastalık b) <b>Melanoma</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, 1. Geniş eksizyon sonrası metastaz yapmış (rekürren hastalık olarak kabul edilmeyen, başka bir bölgede ortaya çıkan primer melanoma hariç) 2. Anrezektabl 2 veya daha fazla değişik anatomik bölgede lenf bezi metastaz varlığı (Görüntüleme yöntemleri veya fizik muayene ile saptanabilmelidir) 3. Anrezektabl komşu cilde veya daha uzak bölgelere olan metastazlar
<b>3. Yumuşak doku sarkomu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Anrezektabl bölgesel veya uzak metastazlar ile beraber olan



b) Antineoplastik tedavi sonrasında ilerleyen veya tekrarlayan anrezektabl hastalık
<b>4. Tükrük bezleri</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Anrezektabl uzak metastazları bulunan karsinom veya sarkom
<b>5. Tiroid bezi</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Anaplastik (andiferansiye) karsinom b) Anrezektabl ve bölgesel lenf nodlarını aşan metastazları bulunan ve radyoaktif iyot tedavisine cevap vermeyen progresif seyreden karsinom c) Anrezektabl uzak metastazı bulunan medüller karsinom
<b>6. Meme (sarkoma hariç)</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Anrezektabl lokal olarak ilerlemiş karsinom ( <i>inflamatuar karsinom, göğüs duvarı veya cilde doğrudan uzanımı bulunan herhangi bir boyuttaki tümör, aynı taraftaki internal mamarian lenf nodlarına metastazı bulunan herhangi bir boyuttaki tümör</i> ) b) Lokal ileri evre veya metastatik hastalıkta verilen antineoplastik tedaviye rağmen ilerleyen hastalık
<b>7. İskelet sistemi sarkomu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) İnoperabl veya anrezektabl hastalık b) Antineoplastik tedavi sonrası tekrarlayan ve anrezektabl olan hastalık c) Anrezektabl uzak metastazı bulunanlar
<b>8. Maxilla, orbita veya temporal fossa</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Anrezektabl bölgesel veya uzak metastazı bulunan, herhangi bir tip sarkom veya karsinom b) Orbitaya veya etmoid veya sfenoid sinüslere uzanımı bulunan antrum karsinomu (nazofarinks tümörü hariç) c) Kafa tabanına, orbitaya, meninkslere veya sinüslere uzanımı bulunan tümörler
<b>9. Sinir sistemi</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> a) Santral sinir sisteminin (beyin ve spinal kordun) malign tümörleri Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması 1. Medulloblastom veya diğer primitif nöroektodermal tümörler (PNET) gibi oldukça malign olan, belgelenmiş metastazı olan tümörler, glioblastome multiforme, ependimoblastom, diffüz intrinsik beyin sapı gliomları veya primer sarkomlar 2. Antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya rekürrens gösteren anrezektabl hastalık b) Periferik sinir veya sinir kökü malign tümörleri Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması 1. Metastazı bulunan 2. Antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya rekürrens gösteren
<b>10. Akciğerler</b>

<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Akciğerin küçük hücreli olmayan karsinomları (İnoperabl, anrezektabl, rekürrens gösteren veya hiler nodlara veya daha uzağa metastazı bulunan)</li> <li>b) Küçük hücreli karsinom: Toraksa sınırlı hastalıkta uygulanan tedavilere rağmen ilerleyen veya yaygın hastalık olması</li> <li>c) Anrezektabl superior sulcus karsinomu (pancoast tümörleri dahil)</li> </ul>
<p><b>11. Plevra veya mediasten</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> a) Antineoplastik tedaviye rağmen ilerleyen plevranın malign mezotelyoması b) Mediastenin malign tümörleri Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bölgesel lenf nodlarına veya daha uzağa metastazı bulunan (germ hücre tümörleri hariç)</li> <li>2. Başlangıç antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya rekürrens gösteren,</li> </ol>
<p><b>12. Özefagus veya mide</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> a) Özefagusun karsinomu veya sarkomu (gastrointestinal stromal tümör hariç) b) Mide karsinomu veya sarkomu (aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. İnoperabl, anrezektabl, komşu yapılara uzanımı bulunan veya rekürrens gösteren</li> <li>2. Uzak organ ve uzak lenf nodlarına metastazı bulunan</li> </ol> <p>c) Antineoplastik tedavilere dirençli veya ilerleyen gastrointestinal stromal tümör</p>
<p><b>13. İnce bağırsağın karsinomu, sarkomu veya karsinoid tümörleri</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) İnoperabl, anrezektabl veya rekürrens gösteren (gastrointestinal stromal tümör hariç)</li> <li>b) Bölgesel lenf nodlarından daha uzağa metastazı bulunan (gastrointestinal stromal tümör hariç)</li> <li>c) Antineoplastik tedavilere dirençli veya sistemik tedaviye cevap vermeyen ilerleyen gastrointestinal stromal tümör</li> </ul>
<p><b>14. Kalın bağırsak (ileoçekal valvden itibaren, anal kanal dahil)</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) İnoperabl, anrezektabl veya rekürrens gösteren adenokarsinom,</li> <li>b) Cerrahi sonrası rekürrens gösteren anüsün skuamoz hücreli karsinomu,</li> <li>c) Bölgesel lenf nodlarından daha uzağa metastazı bulunan,</li> </ul>
<p><b>15. Karaciğer, safra kesesi, safra yolları</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> a) Anrezektabl karaciğerin malign tümörleri b) Anrezektabl safra kesesinin malign tümörleri c) Anrezektabl safra yollarının malign tümörleri</p>
<p><b>16. Pankreas</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Anrezektabl karsinom (adacık hücreli karsinomlar hariç) veya relaps hastalık</li> </ul>

b) Fizyolojik olarak aktif, inoperabl veya anrezektabl olan adacık hücreli tümörler
<b>17. Böbrekler, adrenal bez veya üreterlerin karsinomu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) İnoperabl, anrezektabl hastalık b) Cerrahi olarak çıkarılamayan nüks veya uzak metastazı olan karsinomlar
<b>18. Mesanenin karsinomu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Mesane dışına taşan hastalık b) Total sistektomi sonrası rekürrens gösteren c) İnoperabl veya anrezektabl olan
<b>19. Kadın genital yollarının karsinomu veya sarkomu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> a) Uterin korpus (aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması) 1. Antineoplastik tedavilere cevap vermeyen ilerleyen lokal ileri hastalık veya antineoplastik tedaviye cevap vermeyen uzak organ metastazları 2. Antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya rekürrens gösteren b) Uterin serviks (aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması) 1. Pelvik duvara, vajinanın alt bölümüne veya komşu veya uzak organlara metastazı bulunan 2. Antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya rekürrens gösteren c) Vulva veya vajina (aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması) 1. Komşu organlara invazyon gösteren, 2. Bölgesel lenf nodlarına veya daha uzağa metastazı bulunan, 3. Antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya rekürrens gösteren, d) Fallop tüpleri Antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya rekürrens gösteren, e) Overler (aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması) 1. Aşağıdakilerden en az bir tanesinin bulunduğu germ hücreli tümörler dışındaki tüm malign tümörlerde; a. Pelvis dışına uzanım gösteren tümör(örneğin; periton, omentum veya barsak yüzeylerinde tümör implantlarının bulunması) b. Antineoplastik tedaviyi takiben rekürrens gösteren 2. Germ hücreli tümörler; antineoplastik tedaviyi takiben progresif /nüks gelişen ve anrezektabl olanlar
<b>20. Prostat bezinin karsinomu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması, a) Hormon tedavisine rağmen progresyon gösteren ileri evre hastalık, b) Kemik dışı visseral metastazı bulunan (iç organlara olan metastazlar),
<b>21. Testis</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Antineoplastik tedaviyi takiben progresif olan veya cerrahi olarak çıkartılamayan rekürrens veya metastatik tümör
<b>22. Penis</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Anrezektabl bölgesel lenf nodlarına veya daha uzağa metastazı bulunan karsinom
<b>23. Uygun incelemeye rağmen primer kaynağın bilinmediği durumlar</b>

**Ağır Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Cerrahi, radyoterapi, antineoplastik tedaviye yanıt vermeyen, ilerleyici hastalık gösteren boyun lenf nodlarına yayılmış, metastatik karsinom veya sarkom.

24. Diğer maddelerde maluliyet süresi belirtilmeyen (hematolojik maligniteler dahil) ve “İyi diferansiye tiroid kanserleri ve derinin bazal hücreli kanserleri” dışındaki tüm malign hastalıklar (hematolojik maligniteler dahil) maluliyet talep tarihinden önceki bir yıl içinde tanı almak kaydıyla talebe istinaden düzenlenmiş sağlık kurulu raporu tarihinden itibaren 18 ay süresince malul kabul edilir ve bu süre sonunda hastalık durumuna göre maluliyet yönünden tekrar değerlendirilir.

**F. ÇALIşMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN HEMATOLOJİK HASTALIKLAR****1. Anemiler****a) Aplastik anemi,****Ağır Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Ağır aplastik anemi veya sık transfüzyon gereksinimi olan

**Hafif Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Ağır olmayan ve sık transfüzyon gereksinimi olmayan aplastik anemi

**b) Fankoni aplastik anemisi ve diğer konjenital aplastik anemiler****Ağır Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Fankoni aplastik anemisi ve diğer konjenital aplastik anemiler; sık transfüzyon gereksinimi olan

**Hafif Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Fankoni aplastik anemisi ve diğer konjenital aplastik anemiler; sık transfüzyon ihtiyacı olmayan

**c) Diamond Blackfan anemisi (konjenital hipoplastik anemi)****Ağır Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Diamond Blackfan anemisi (konjenital hipoplastik anemi); tedavilere yanıt vermeyen

**Orta Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Diamond Blackfan anemisi (konjenital hipoplastik anemi); Steroid tedavisine bağımlı olanlar

**Hafif Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Diamond Blackfan anemisi (konjenital hipoplastik anemi); Steroid tedavisine yanıt verenler

**d) Eritrosit enzim ve membran defektleri ile seyreden anemiler****Ağır Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Eritrosit enzim ve membran defektleri ile seyreden, standart tedavilere dirençli veya sık transfüzyon gereksinim gösteren Hb <8 g/dl olan ağır anemiler

**Hafif Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Eritrosit enzim ve membran defektleri ile seyreden sık transfüzyon gereksinim göstermeyen Orta derecede anemi ( Hb:8 ila 10 g/dl)

**e) Paroksizmal Nokturnal Hemoglobinüri****Ağır Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Spesifik tedavi endikasyonu taşıyan ve spesifik tedaviye yanıtız hemolitik anemi veya tromboz ile seyreden Paroksizmal Nokturnal Hemoglobinüri

**Hafif Düzeyde alışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Spesifik tedaviye yanıtlı hemolitik anemi veya tromboz ile seyreden Paroksizmal Nokturnal Hemoglobinüri

<p><b>f) Oto-immün hemolitik anemiler</b> (İdiyopatik ve sekonder otoimmün hemolitik anemiler)  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Oto-immün hemolitik anemiler (İdiyopatik ve sekonder otoimmün hemolitik anemiler) standart tedavilere dirençli Hb &lt;8 g/dl olan ağır anemiler  <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Oto-immün hemolitik anemiler (İdiyopatik ve sekonder otoimmün hemolitik anemiler) Standart tedavi altında Hb:8 ila 10 g/dl arasında seyreden anemiler</p> <p><b>g) Orak hücre hastalığı veya varyantları</b>  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Orak hücre hastalığı veya varyantları: Aşağıdakilerden biri ile beraber  1. 5 ay boyunca en az 3 kez olduğu tespit edilen ağrılı vazookluziv krizler  2. 12 ay boyunca en az 3 kez uzamış hospitalizasyona (acil bakımın dışında) ihtiyaç duyulması  3. Htc seviyesinin %26 veya altında seyrettiği kronik ciddi anemi  <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Orak hücre hastalığı veya varyantları; Yılda en az bir kez oraklaşma krizi geçiren hafif-orta vakalar</p> <p><b>h) Talassemiler</b>  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Talassemi majör; Allojenik kök hücre nakli olmamış, nakil için kontrendikasyon taşıyan veya kök hücre nakline yanıtız vakalar  <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Talassemi intermedia</p> <p><b>i) Miyelodisplastik sendrom</b>  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  R-IPSS'e göre yüksek veya çok yüksek riskli ya da sık transfüzyon gereksinimi olan vakalar  <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  R-IPSS'e göre orta riskli vakalar  <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  R-IPSS'e göre çok düşük veya düşük riskli vakalar</p> <p><b>j) Primer Miyelofibrozis</b>  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  DIPPS-plus'a göre orta-2 veya yüksek risk  <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  DIPPS-plus'a göre düşük veya orta-1 risk</p>
<p><b>2. Malign monoklonal gammopatiler (Plazma hücre diskrazileri)</b>  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Nüks ve/veya dirençli Malign Monoklonal Gammopatiler  <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Malign Monoklonal Gammopatiler (Remisyonda veya tedavi ile kontrol altında)</p>
<p><b>3. Primer hemofagositik sendrom</b>  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Tedaviye cevap vermeyen Primer Hemofagositik Sendrom</p>
<p><b>4. Kronik nötropeniler</b>  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Kronik nötropeni; a ve b maddeleri ile birlikte olan durumlar,  a) Mutlak nötrofil sayısının tekrarlayan sayımlarda &lt;500/m<sup>3</sup> olması</p>

b) 6 ay boyunca en az 3 kez olduğu tespit edilen tekrarlayan sistemik bakteriyel enfeksiyonlar
<b>5. KML dışı miyeloproliferatif neoplaziler (polisitemia vera, esansiyel trombositoz, kronik eosinofilik lösemi, kronik nötrofilik lösemi, mastositoz, sınıflandırılmayan miyeloproliferatif neoplaziler)</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hayatı tehdit eden tromboz veya kanamaya neden olan, progressif hastalığı olan veya lösemik dönüşüm gösteren
<b>6. Miyelodisplastik / Miyeloproliferatif neoplaziler (MDS/MPN) (kronik miyelomonositik lösemi, atipik kronik miyeloid lösemi, Juvenil miyelomonositik lösemi, MDS/MPN ring sideroblast ve trombositoz, MDS/MPN tanımlanamayan)</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye dirençli progressif hastalıklar
<b>7. Hemostaz bozuklukları (Bir yıl sonra kontrol)</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Majör kanamalar ile seyreden primer hemostaz bozukluklar; İTP, trombosit fonksiyon bozuklukları, vasküler nedenler <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hafif kanamalarla seyreden ve tedavi gerektiren vakalar; İTP, trombosit fonksiyon bozuklukları, vasküler nedenler
<b>8. Koagülasyon defektleri</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b> Koagülasyon defektleri (hemofililer, diğer faktör hastalıkları Von Willebrand Hastalığı Tip III) Faktör Aktivitesi < %1 (1 dahil) (en az iki kez, farklı zamanda ölçülmüş) veya tekrarlayan spontan kanama ile seyreden <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b> Faktör Aktivitesi %2 ila %5 (en az iki kez, farklı zamanda ölçülmüş)
<b>9. Trombotik trombositopenik purpura</b>
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b> Tekrarlayan ataklar
<b>10. Hodgkin Lenfoma, Non-Hodgkin Lenfomalar, Histiyositik ve Dendritik hücreli Neoplaziler</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hodgkin Lenfoma ve Non-Hodgkin Lenfomalar (Lenfoblastik Lenfoma hariç) Histiyositik ve Dendritik hücreli Neoplaziler: Tedavi sürecinde olan (1 yıl süreyle malul sayılır) veya nüks / dirençli hastalık
<b>11. Lösemiler</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> a) Akut lösemi (lenfoblastik lenfoma dahil) 1. Tanı tarihinden itibaren en az 24 ay süreyle malul kabul edilir. 2. Nüks/dirençli hastalık b) Kronik myeloid lösemi: 1. Hızlanmış (akselere) veya blast fazı; akut lösemi gibi değerlendirilir. 2. Kronik faz; allojenik kök hücre nakline aday olmayan ve en az 2 basamak ve 3 farklı tirozin kinaz inhibitörü tedavisine yanıtız c) Kronik lenfositik lösemi: Tedavi gereksinimi olan nüks/dirençli
<b>12. Allojenik kemik iliği/kök hücre nakli</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>

<p>Nakil ilişkili komplikasyonu olan ve/veya immunosupressif tedavisi devam eden olgular (orta veya ağır derecede komplikasyonu olan hastalar)  <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Ağır çalışma gücü kaybı kriterlerini karşılamayan tüm allojenik nakil hastaları</p>
<p><b>13. Otolog kemik iliği /kök hücre nakli</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  Nakil tarihinden itibaren 6 ay süre malul kabul edilir. Devamında hastalığının durumuna göre değerlendirilir.</p>
<p><b>Bölüm Atıfları</b></p>
<p><i>Sık transfüzyon: İki ayda bir, en az bir kez</i></p>
<p><b>G. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİK HASTALIKLAR</b></p>
<p><b>1. Amputasyonlar</b>  <i>(Ekstremitelerin fonksiyonel olarak “yok hükmünde” olması durumu da amputasyon gibi değerlendirilir)</i></p>
<p><b>a) Üst Ekstremitte Amputasyon Düzeyi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skapulotorasik (tek taraflı)  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></li> <li>2. Omuz dezartikülasyonu (tek taraflı)  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></li> <li>3. Kol (omuz ile dirsek arası) (tek taraflı)  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></li> <li>4. Dirsek dezartikülasyonu (tek taraflı)  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></li> <li>5. Ön kol  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b>  İki taraflı ön kol  <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b>  Tek taraflı ön kol</li> <li>6. El bileği  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b>  İki taraflı el bileği  <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b>  Tek taraflı el bileği</li> <li>7. Parmak  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  İki taraflı metakarpofalangiyal eklemden tüm parmaklar veya İki taraflı metakarpofalangiyal eklemden her iki baş parmak dahil 8 parmak  <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>  İki taraflı metakarpofalangiyal eklemden başparmaklar</li> </ol> <p><b>b) Alt Ekstremitte Amputasyon Düzeyi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemipelvektomi  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></li> <li>2. Kalça dezartikülasyonu (tek taraflı)  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></li> <li>3. Diz üstü:  <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Proksimal (tek taraflı)</li> <li>b. İki taraflı orta ve distal</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tek taraflı diz üstü orta ve distal</p> <p>4. Diz</p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> İki taraflı diz dezartikülasyonu</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tek taraflı diz dezartikülasyonu</p> <p>5. Diz altı</p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></p> <p>a. İki taraflı proksimal</p> <p>b. İki taraflı orta</p> <p>c. İki taraflı distal</p> <p><b>Orta düzeyde çalışma gücü kaybı</b></p> <p>a. Tek taraflı proksimal</p> <p>b. Tek taraflı orta</p> <p>c. Tek taraflı distal</p> <p>6. Ayak/Ayak bileği</p> <p><b>Ağır düzeyde çalışma gücü kaybı</b> İki taraflı; Ayak bileği veya Chopart (orta ayak)</p> <p><b>Hafif düzeyde çalışma gücü kaybı</b> İki taraflı ön ayak veya tek taraflı ayak bileği ile Chopart (orta ayak) arası</p>
<p><b>2. İki orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan amputasyonlar, ağır düzeyde çalışma gücü kaybı olarak kabul edilir.</b></p>
<p><b>3. İki hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan amputasyonlar orta düzeyde çalışma gücü kaybı olarak kabul edilir.</b></p>
<p><b>4. Eklemlerin majör disfonksiyonları</b></p> <p>(Herhangi bir sebebe bağlı olarak etkilenen eklemlerde ciddi anatomik deformite (subluksasyon, kontraktür, osseöz veya fibröz ankiloz, instabilite vb) ile beraber hareket kısıtlılığı veya anormal hareketlerin bulunduğu durumlar)</p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyonun veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması</p>
<p><b>5. Skolyoz, kifoz, kifoskolyoz vb</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Omurganın anormal eğrilikleri sonucu kardiyak veya solunum sisteminde ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar</p>
<p><b>Bölüm Atfları</b></p> <p><b><u><sup>1</sup>EFEKTİF AMBULASYON SAĞLAYAMAMA:</u></b> Efektif ambulasyon, günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebilmek için yeterli bir mesafeyi makul bir yürüme hızıyla sağlayabilme yeteneğine sahip olmayı ifade eder. Efektif ambulasyon sağlayamama, yürüme yeteneğinde ciddi kısıtlanma olduğunu ve genellikle her iki alt ekstremitenin yetersizliği sonucu kullanılan yardımcı cihaz/cihazlar ile her iki üst ekstremitte fonksiyonun limitlendiğini gösterir</p>



Aşağıdakilerle sınırlı kalmamak üzere, efektif ambulasyonu sağlayamama şu örnekleri içerir.

- Tekerlekli sandalye düzeyinde olmak,
- İki baston, iki kanadyen, yürüteç vb mekanik destek ve/veya yardımcı cihaz olmadan yürüyememek,
- Tek el desteğine rağmen yardım olmaksızın yürüyememek, standart toplu taşıma araçlarını kullanamamak, rutin aktiviteleri sürdürmemek v.b.
- Ankiloz, diz kalça ve ayak bileğinin kontraktürü, ileri düzeyde kas hastalıkları, Parkinson v.b. (Evde yardımcı cihaz kullanmadan bağımsız yürümek, ambulasyonu efektif sağladığı anlamına gelmemektedir)

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre:

**Alt Ekstremité;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 0, 1, 2

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 3

**Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 4

**ÜST EKSTREMİTE VE KENDİNE BAKIM AKTİVİTELERİNİN SAĞLANAMAMASI:**

İnce ve kaba hareket becerilerini efektif yapamama, her iki üst ekstremité fonksiyonlarında ciddi kayıp sonucu, kişinin etkilenmiş ekstremiteleri kendine bakım veya günlük yaşam aktivitelerinde kullanamadığını ifade etmektedir. (El beceri testleri, günlük yaşam aktivitesi ölçekleri ile değerlendirilerek)

**Üst Ekstremité;**

**i. Tek üst ekstremité için;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitéyi uygun tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına rağmen kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanamıyor. (üst ekstremité ve ele ait kaba ve ince fonksiyonların ileri derecede bozukluğu veya yokluğu)

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitéyi kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanmakta zorlanıyor. ( üst ekstremité ve ele ait kaba ve ince fonksiyonların gerçekleştirilmesinde zorluk çekiyor.)

**Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitéyi kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanabiliyor. Fakat ele ait ince fonksiyonların gerçekleştirilmesinde zorluk çekiyor

**ii. Çift üst ekstremité için;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitelerini uygun tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına rağmen kendine bakım veya günlük aktivitelerde kullanmakta zorlanıyor veya kullanamıyor.

## **H. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN ROMATOLOJİK HASTALIKLAR**

### **1. Sistemik skleroz (skleroderma)**

**Ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- a) Uygun süre ve tedaviye rağmen hasta remisyonunda iken organ/vücut sisteminin tutulması halinde; tutulan organ/vücut sistemlerinden birinin bu hastalık listesine göre ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumu
- b) Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremité ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması,
- Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonunda iken, organ/vücut sisteminin tutulması durumunda tutulan organ/vücut sistemlerinden birinin orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonunda iken, organ/vücut sisteminin tutulması durumunda tutulan organ/vücut sistemlerinin hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

## **2. Raynaud fenomeni**

### **Ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar:**

Uygun dozda ve uygun sürede medikal ve cerrahi tedaviye rağmen tedaviye dirençli, çalışmayı etkileyen, iskemik yara, gangren veya trofik bozukluğa yol açan arteriyel yetmezlik veya tıkanıklık nedeniyle ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması.

### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Uygun dozda ve uygun sürede medikal ve cerrahi tedaviye rağmen tedaviye dirençli, çalışmayı etkileyen, iskemik yara, gangren veya trofik bozukluğa yol açan arteriyel yetmezlik veya tıkanıklık nedeniyle orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Uygun dozda ve uygun sürede medikal ve cerrahi tedaviye rağmen tedaviye dirençli, çalışmayı etkileyen, iskemik yara, gangren veya trofik bozukluğa yol açan arteriyel yetmezlik veya tıkanıklık nedeniyle hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

## **3. Polimiyozit ve Dermatomyozit**

### **Ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- Uygun dozda ve uygun sürede medikal tedaviye rağmen proksimal kuşak (pelvis veya omuz) kalıcı kas gücü kaybı nedeniyle ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- Uygun dozda ve uygun sürede medikal tedaviye rağmen, tedaviye cevap vermeyen kas zayıflığına bağlı aspirasyon pnömonisi ile beraber yutma güçlüğü varlığı
- Uygun dozda ve uygun sürede medikal tedaviye rağmen interkostal ve diyaframatik kaslarda kalıcı güç kaybına bağlı solunum bozukluğu, ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan kriterlere göre değerlendirilir.

### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- a) Uygun dozda ve uygun sürede medikal tedaviye rağmen proksimal kuşak (pelvis veya omuz) kalıcı kas gücü kaybı nedeniyle orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- b) Uygun dozda ve uygun sürede medikal tedaviye rağmen interkostal ve diyaframatik kaslarda kalıcı güç kaybına bağlı solunum bozukluğu, ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- a) Uygun dozda ve uygun sürede medikal tedaviye rağmen proksimal kuşak (pelvis veya omuz) kalıcı kas gücü kaybı nedeniyle hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması,
- b) Uygun dozda ve uygun sürede medikal tedaviye rağmen interkostal ve diyaframatik kaslarda kalıcı güç kaybına bağlı solunum bozukluğu, ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **4. Sistemik Lupus Eritematozus, Sistemik Vaskülit, Sjögren Sendromu, Andifferansiye ve Mikst Bağ Doku Hastalığı vb**

##### **Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonunda iken, organ/vücut sisteminin tutulması durumunda tutulan organ/vücut sistemlerinden birinin ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

##### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonunda iken, organ/vücut sisteminin tutulması durumunda tutulan organ/vücut sistemlerinden birinin orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

##### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonunda iken, organ/vücut sisteminin tutulması durumunda tutulan organ/vücut sistemlerinden birinin hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **5. Behçet hastalığı**

##### **Ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- a) Arter tutulumu  
En az altı ay süre ile uygun tedaviye rağmen çalışmayı etkileyen, kısa mesafe kladikasyonu olan, iskemik yara, gangren veya trofik bozukluğa yol açan arteriyel tıkanıklık durumunda, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.
- b) Venöz tutulum  
Uygun süre ile uygun tedaviye rağmen, hastalık remisyonunda iken, vena cava superior ve/veya vena cava inferior sendromu vb vasküler komplikasyonlar, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.
- c) Hastalık remisyonunda iken, tedavisi mümkün olmayan veya cerrahi yada girişimsel yöntemlerden fayda görmemiş büyük arter anevrizmaları (aort vb)

çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

- d) Uygun süre ile uygun tedaviye rağmen, hastalık remisyonunda iken, göz veya pulmoner veya SSS tutulumuna bağlı kalıcı hasarlar, ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Uygun süre ile uygun tedaviye rağmen, hastalık remisyonunda iken, göz veya pulmoner veya SSS tutulumuna bağlı kalıcı hasarlar, ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Uygun süre ile uygun tedaviye rağmen, hastalık remisyonunda iken, göz veya pulmoner veya SSS tutulumuna bağlı kalıcı hasarlar, ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan kriterlere göre değerlendirilir.

### **6. İnflamatuvar artritler**

#### **Ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar:**

- a) Medikal ve cerrahi tedaviye rağmen hasta remisyonunda iken inatçı inflamasyon veya kalıcı deformite nedeniyle aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,
1. Ağırılık taşıyan majör periferel eklemlerin tutulumu ile ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama
  2. Her iki üst ekstremitede majör periferel eklem tutulumu ile ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- b) Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonunda iken, organ/vücut sisteminin tutulması durumunda tutulan organ/vücut sistemlerinden birinin ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

- a) Medikal ve cerrahi tedaviye rağmen hasta remisyonunda iken inatçı inflamasyon veya kalıcı deformite nedeniyle aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,
1. Ağırılık taşıyan majör periferel eklemlerin tutulumu ile orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama
  2. Her iki üst ekstremitede majör periferel eklem tutulumu ile orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması.
- b) Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonunda iken, organ/vücut sisteminin tutulması durumunda tutulan organ/vücut sistemlerinden birinin orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

- a) Medikal ve cerrahi tedaviye rağmen hasta remisyonunda iken inatçı inflamasyon veya kalıcı deformite nedeniyle aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,
1. Ağırılık taşıyan majör periferel eklemlerin tutulumu ile hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama

2. Her iki üst ekstremitede majör periferel eklem tutulumu ile hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

- b) Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonda iken, organ/vücut sisteminin tutulması durumunda tutulan organ/vücut sistemlerinden birinin hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **7. Ankilozan spondilit veya diğer spondiloartropatilerde (omurga tutulumunda):**

##### **Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- a) Dorsolomber veya servikal omurganın uygun görüntüleme tetkikleri ve fiziksel muayenede vertikal pozisyondan (sıfır dereceden) 50° veya daha fazla fleksiyonda ankiloze olması
- b) Dorsolomber veya servikal omurganın uygun görüntüleme teknikleri ve fiziksel muayenede vertikal pozisyondan (sıfır dereceden) 30° veya üzerinde (50°den az) fleksiyonda ankiloze olması ve her biri en az orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olmak üzere iki veya daha fazla organ/vücut sisteminin tutulması
- c) Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonda iken, tutulan organ/vücut sisteminin ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.
- d) Ağır düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya ağır düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması

##### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- a) Orta düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya orta düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- b) Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonda iken, tutulan organ/vücut sisteminin orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.
- c) Dorsolomber veya servikal omurganın uygun görüntüleme teknikleri ve fiziksel muayenede vertikal pozisyondan (sıfır dereceden) 30° 'ye kadar fleksiyonda ankiloze olması

##### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması,

- a) Hafif düzeyde <sup>1</sup>efektif ambulasyon sağlayamama veya hafif düzeyde <sup>2</sup>üst ekstremitte ve kendine bakım aktivitelerinin sağlanamaması
- b) Uygun süre ve uygun tedaviye rağmen, hasta remisyonda iken, tutulan organ/vücut sisteminin hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olması, çalışma gücü kaybı ilgili organ/vücut sistemine ait bu hastalık listesinde yer alan kriterlere göre değerlendirilir.

#### **Bölüm Atıfları**

##### **<sup>1</sup>EFEKTİF AMBULASYON SAĞLAYAMAMA:**

*Efektif ambulasyon, günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebilmek için yeterli bir mesafeyi makul bir yürüme hızıyla sağlayabilme yeteneğine sahip olmayı ifade eder. Efektif ambulasyon sağlayamama, yürüme yeteneğinde ciddi kısıtlanma olduğunu ve genellikle her*

iki alt ekstremitenin yetersizliği sonucu kullanılan yardımcı cihaz/cihazlar ile her iki üst ekstremite fonksiyonun limitlendiğini gösterir

Aşağıdakilerle sınırlı kalmamak üzere, efektif ambulasyonu sağlayamama şu örnekleri içerir.

- Tekerlekli sandalye düzeyinde olmak,
- İki baston, iki kanadyen, yürüteç v.b. mekanik destek ve/veya yardımcı cihaz olmadan yürüyememek,
- Tek el desteğine rağmen yardım olmaksızın yürüyememek, standart toplu taşıma araçlarını kullanamamak, rutin aktiviteleri sürdürmemek v.b.
- Ankiloz, diz kalça ve ayak bileğinin kontraktürü, ileri düzeyde kas hastalıkları, Parkinson v.b. (Evde yardımcı cihaz kullanmadan bağımsız yürümek, ambulasyonu efektif sağladığı anlamına gelmemektedir)

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre:

**Alt Ekstremitte;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 0, 1, 2

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 3

**Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Fonksiyonel ambulasyon sınıflamasına göre 4

**ÜST EKSTREMİTE VE KENDİNE BAKIM AKTİVİTELERİNİN SAĞLANAMAMASI:**

İnce ve kaba hareket becerilerini efektif yapamama, her iki üst ekstremite fonksiyonlarında ciddi kayıp sonucu, kişinin etkilenmiş ekstremiteleri kendine bakım veya günlük yaşam aktivitelerinde kullanamadığını ifade etmektedir. (El beceri testleri, günlük yaşam aktivitesi ölçekleri ile değerlendirilerek)

**Üst Ekstremitte;**

**i. Tek üst ekstremite için;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremiteyi uygun tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına rağmen kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanamıyor. (üst ekstremite ve ele ait kaba ve ince fonksiyonların ileri derecede bozukluğu veya yokluğu)

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremiteyi kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanmakta zorlanıyor. ( üst ekstremite ve ele ait kaba ve ince fonksiyonların gerçekleştirilmesinde zorluk çekiyor.)

**Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremiteyi kendine bakım veya günlük aktivitelerinde kullanabiliyor. Fakat ele ait ince fonksiyonların gerçekleştirilmesinde zorluk çekiyor

**ii. Çift üst ekstremite için;**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Kişi etkilenmiş üst ekstremitelerini uygun tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına rağmen kendine bakım veya günlük aktivitelerde kullanmakta zorlanıyor veya kullanamıyor.

## **İ. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN GASTROENTEROLOJİK HASTALIKLAR**

### **1. Portal hipertansiyona bağlı gastrointestinal kanamalar**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:**

Portal Hipertansiyona bağlı olarak gelişen, endoskopik ve medikal tedavi ile hastaneye yatış gerektiren aşağıdaki maddelerden en az birinin sağlanması,

- a) TİPS veya cerrahi tedavi gerektiren
- b) Aşağıdakilerden en az birinin varlığı
  1. Parasentez gerektiren asit,
  2. Torasentez gerektiren hepatik hidrotoraks,

<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Spontan bakteriyel peritonit,</li> <li>4. Tekrarlayan hepatik ensefalopati atakları</li> <li>5. Hepatorenal sendrom,</li> <li>6. Hepatopulmoner sendrom</li> <li>7. Tekrarlayan portal hipertansiyona bağlı yılda en az 2 kez gelişen GİS kanamalar</li> </ul> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b> Portal Hipertansiyona bağlı olarak gelişen komplikasyonlar nedeniyle endoskopik tedavi yapılmış olanlar</p>
<p><b>2. Karaciğer sirozu</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) End Stage Karaciğer Sirozu (Na-Meld skoru 18 ve üzeri olanlar, CHILD skoru 9'un üzeri olanlar)</li> <li>b) Karaciğer sirozu olup aşağıdakilerden birinin varlığı ve Na-Meld skoru &lt; 18 olanlar; <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Son 1 yılda en az 2 defa hastaneye yatış ve terapötik parasentez gerektiren refrakter asit</li> <li>2. Son 1 yılda en az 2 defa hastaneye yatış gerektiren spontan bakteriyel peritonit</li> <li>3. Hepatopulmoner Sendrom</li> <li>4. Tedavi ile kontrol altına alınamayan hepatik Ensefalopati atakları</li> <li>5. Tekrarlayan torasentez gerektiren hepatik hidrotoraks</li> <li>6. Portopulmoner hipertansiyon</li> <li>7. Hepatorenal sendrom</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Karaciğer sirozu olup Na-MELD skoru 10 ila 17 arasında olanlar ve CHILD skoru 8 ila 9 olanlar</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Karaciğer sirozu olup Na-MELD skoru &lt;10 ve CHILD skoru A olanlar</p>
<p><b>3. Karaciğer nakli</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Karaciğer nakli olması halinde Devlet üniversite hastaneleri veya Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna göre;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 2 yıl süre ile malul</li> <li>b) 2 yıl sonra karaciğer fonksiyonları normale dönmeyen olgular</li> </ul> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Karaciğer nakli yapılmış ve 2 yıl sonra normal karaciğer fonksiyonlarına sahip olanlar</p>
<p><b>4. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İki yıl sonra kontrolü gerekir)</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Crohn hastalığı tanısı almış; <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Orta şiddetli aktivasyon gösteren crohn hastalığı, CDAI 220 ila 450 olan hastalar (CDAI skorlamasına dair belgeler bulunmalıdır) Hafif-orta şiddette tedaviye cevap vermeyen veya ateş, kilo kaybı, karın ağrısı ve defans, bulantı-kusma ve anemi gibi toksisite bulguları olan hastalar</li> <li>2. Ciddi fulminan hastalık; CDAI&gt;450 (CDAI skorlamasına dair belgeler bulunmalıdır) Konvansiyonel kortikosteroid veya biyolojik ajanlara rağmen semptomların devam ettiği ayaktan hastalar veya yüksek ateş, kusma, intestinal obstrüksiyon bulgularının olması, peritonit bulgularının olduğu, kaşeksinin eşlik ettiği veya abse saptanan hastalar</li> </ul> </li> </ul>

<p>b) Crohn hastalığı tanısı almış;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cerrahi olarak barsak rezeksiyonu gereksinimi olan hastalar</li> <li>2. Opere olup postoperatif nüks olanlar (Rutgeerts i3 ve i4)</li> <li>3. Komplike aktif perianal fistül – perianal absesi olanlar veya enterojinekolojik veya enterekutanöz fistül olanlar</li> <li>4. İnflamatuvar barsak hastalığı olup günlük beslenme ihtiyacının gastrostomi veya venöz kateter yoluyla total parenteral nutrisyonla sağlanması.</li> <li>5. Kısa Bağırsak Sendromu</li> <li>6. Cerrahi olarak ince barsakların en az 2/3'ünün rezeke edildiği ve günlük beslenme ihtiyacının venöz kateter yoluyla total parenteral nutrisyon ile sağlanması.</li> </ol> <p>c) Ülseratif Kolit tanısı almış;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. İnflamatuvar barsak hastalığı olup günlük beslenme ihtiyacının gastrostomi veya venöz kateter yoluyla total parenteral nutrisyonla sağlanması.</li> <li>2. Ülseratif kolit tanısı alıp yaygın hastalığı olup etkin tedaviye yanıtız hastalar</li> </ol> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Hafif orta şiddette aktivasyonu olan crohn hastalığı CDAI 150 ila 220 hastalar (<i>CDAI skorlamasına dair belgeler bulunmalıdır</i>)</li> <li>b) Ayaktan tedaviyi ve oral diyeti tolere edebilen hastalar (<i>Toksisite bulgusu, dehidratasyon, abdominal defans, kitle ve obstrüksiyon veya &lt; %10'dan fazla kilo kaybı olmaması durumu</i>)</li> <li>c) Postoperatif Rutgeerts i2 nüksü olan hastalar</li> </ol>
<p><b>5. Tanımlanmış bir gastrointestinal hastalığa bağlı olarak Vücut Kitle İndeksi (VKI) ile ilgili durumlar</b> (<i>iki yıl sonra kontrol gerekir</i>)</p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Son 6 ayda uygun tedaviye rağmen son 2 ay içinde en az 2 değerlendirmede VKI 16,9'un altında olması.</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Son 6 ayda uygun tedaviye rağmen son 2 ay içinde en az 2 değerlendirmede VKI 17-18,5 arasında olması.</p>
<p><b>6. Malabsorbsiyonlarla seyreden GİS hastalıkları</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b> Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile saptanan birden fazla kalıcı komplikasyonu gelişen veya etkin tedavi yaklaşımına yanıtız olanlar.</p>
<p><b>7. Kısa bağırsak sendromu</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Kalan ince bağırsağın 100 cm'in altında olduğu durumlar ve günlük beslenme ihtiyacının venöz kateter yoluyla total parenteral nutrisyon ile sağlanması.</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Kalan ince bağırsağın 100-200 cm arasın da olduğu durumlar</p>
<p><b>8. Total proktokolektomi+ileal poş</b></p>
<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Total proktokolektomi+ileal poş yapılan hastalar (<i>2 yıl sonra kontrol gerekir. 2 yıl sonunda anorektal manometre ile internal ve eksternal sfinkter yetmezliğinin olup olmadığı ve/veya günlük dışkılama sayısının normal (normalde günde 3 ve altında olması) olup olmadığına göre değerlendirilir</i>)</p>



<b>9. Anal inkontinans veya anal sfinkter yokluğu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Anal inkontinans (anorektal manometre ile internal ve eksternal sfinkter yetmezliğinin tespiti) veya anal sfinkter yokluğu
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Kısmi gaz-gaita inkontinansları (anorektal manometre ile internal ve eksternal sfinkterin kısmi yetmezlik)
<b>10. Kalıcı ileostomi veya kolostomiler</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>
<b>11. Bağırsak transplantasyonu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>
<b>12. Total pankreatektomi</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>
<b>13. Whipple operasyonu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>
<b>14. Özefagus</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Özefagus yaralanmaları veya tümörlerine bağlı yapılan cerrahi işlemler sonrası hastada kalıcı özefagostomi ve beslenme tüpü olan hastalar
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Cerrahi sonrası dönemde 3'den fazla endoskopik dilatasyon ihtiyacı olan darlıklar veya sıvı elektrolit dengesini bozan fistüller
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Komplikasyon bulunmayan rezeksiyon ve rekonstrüksiyon (parsiyel/total özefajektomi vb) yapılan hastalar
<b>15. Mide hastalıkları</b>
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Total gastrektomi
<b>16. Karaciğer hastalıkları</b>
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Karaciğer tümörleri nedeniyle lobektomi yapılan hastalar veya grade 3, 4, 5 karaciğer yaralanması nedeniyle cerrahi geçiren ve komplikasyon gelişenler (safra fistülü, apse vb)
<b>17. Safra yolları</b>
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Komplikasyonlu (fistül, darlık) ekstrahepatik safra yolu yaralanmaları
<b>J. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN DERMATOLOJİK HASTALIKLAR</b>
<b>1. Kütanöz lenfoma</b>
<b>a) Kütanöz T hücreli lenfomalar</b> <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Yama, plak, papül, tümör, Sezary sendromu şeklinde kendisini gösteren, patoloji pozitif lenf nodu: Evre IVA, IVB olan Kütanöz T Hücreli Lenfoma <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tümoral dönem+Lenf nodu yok veya dermopatik LAP veya Sezary Send: Evre IIB, III
<b>b) MF dışı diğer kütanöz lenfomalar</b> <b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Yaygın deri lezyonu olan, uzak metastazlı

<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Deri dışı tutulumu olan, patolojik LAP(+), yaygın deri lezyonu, kötü prognoz	
<b>2. Porfirialar</b>	
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Belirti ve bulguları sürekli olarak mevcut olan, aralıklı veya sürekli tedavi gerektiren, uygun medikal tedaviye cevap vermeyen, günlük aktivitelerin tamamına yakını etkileyen, hastanın çalışmasına olanak vermeyen veya hastane ya da evde uzun süreli mahsur kalmasına yol açan durumlar.	
<b>3. Psoriyazis</b>	
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedavilere (biyolojik ajanlar) cevap vermeyen artropatik şekil gösteren psoriyazis. (Değerlendirme romatoloji bölümünde yer alan kriterlere göre yapılır)	
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedavilere (en az 2 biyolojik ajan ) en az 6 ay süreyle cevap vermeyen çok şiddetli *** vücudun %80 ve üzerini kapsayan psoriyazis vulgaris veya jeneralize psoriyazis vulgaris	
<b>4. Pemfigus grubu, büllöz pemfigoid ve dermatitis herpetiformis v.b. otoimmün büllöz hastalıklar</b>	
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedavilere (İVİG, Plazmaferez, biyolojik ajanlar vb.) cevap vermeyen veya kontrendike olan çok şiddetli hastalar.***	
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedaviye cevap vermekle birlikte şiddetli** hastalar.	
<b>5. İktiyozis grubu hastalıklar</b>	
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedavilere cevap vermeyen ve hastanın çalışmasına olanak vermeyen çok şiddetli hastalar.***	
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedavilere cevap vermeyen şiddetli hastalar**	
<b>6. Hereditör palmoplantar keratodermiler, Unna Thost, Mal de Melada, vb.</b>	
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> çok şiddetli hastalar***	
<b>7. Epidermolizis büllosa</b>	
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Çalışmaya olanak vermeyen çok şiddetli***	
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Şiddetli**	
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Orta*	
<b>8. Kseroderma pigmentozum, Rothmund-Thompson Sendromu, Diskeratozis konjenita, Werner Sendromu ve benzeri genetik geçişli hastalıklar</b>	
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Çok şiddetli***	
<b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Şiddetli**	
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Orta*	
<b>9. Hidradenitis suppurativa, akne konglobata ve folliküler oklüzyon triadı</b>	
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedaviye rağmen çok şiddetli***	

<b>10. Kan damarlarının benign neoplazm ve hiperplazileri: Kapiller anjiom, Kavernoöz anjiom, Lenfanjiom, lenfohemanjiom, Anjiokeratom, Klippel-Trenanuay-Weber, vb.</b>
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Çok şiddetli: vücudun %80'i ve üzerini kaplayan
<b>11. Hipertrofik skar ve keloid</b>
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Çok şiddetli: vücudun %50 ve üzerini kaplayan
<b>12. Vaskülitler</b>
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedaviye cevap vermeyen çok şiddetli*** deri tutulumu
<b>13. Pyoderma gangrenosum</b>
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Güncel tedaviye cevap vermeyen çok şiddetli*** vakalar
<b>14. Kronik Graft Versus Host Hastalığı</b>
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Çok şiddetli*** deri tutulumu
<b>15. Anhidrotik/Hipohidrotik ve hidrotik ektodermal displazi</b>
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Yaygın ve çok şiddetli***
<b>16. Kronik bağ doku hastalıkları</b>
<b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Çok şiddetli*** deri tutulumu
<b>17. Skleroderma</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Sistemik tutulumu olan atrofiyle seyreden ve trofik bozukluklar gösteren skleroderma. ( <i>Romatolojik hastalıklar bölümünde yer alan kriterlere göre değerlendirilir</i> )
<b>18. Lepra</b>
<b>Ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar:</b> Mutilasyon evresindeki Lepra
<b>Bölüm Atıfları</b>
<b>ORTA:*</b> a-Belirti ve bulgular sürekli veya aralıklı olarak mevcut. b-Günlük aktivitelerin bir kısmını kısıtlamakta. c-Aralıklı veya sürekli tedavi gerektirmektedir.
<b>ŞİDDETLİ:**</b> a-Belirti ve bulgular sürekli olarak mevcut. b-Günlük aktivitelerinin bir çoğunu kısıtlamakta veya zaman zaman hastane veya evde yatılı olarak mahsur kalmakta. c-Aralıklı veya sürekli tedavi gerekmektedir.
<b>ÇOK ŞİDDETLİ:***</b> a-Belirti ve bulgular sürekli olarak mevcut. b-Günlük aktivitelerin tüme yakınını etkilemekte veya hastane ya da evde uzun süreli mahsur kalmakta. c-Aralıklı veya sürekli tedavi gerekmektedir.
<b>K. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN KALP HASTALIKLARI</b>
<b>1. Kardiyak aritmiler</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>

<p>Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde;</p> <p>a) İlaç tedavisi, kateter ile ablasyon, cerrahi girişim, kalıcı kalp pili uygulanması ve ICD implantasyonu yöntemlerinden en az ikisinin uygulanmasına rağmen hayatı tehdit eden ventriküler aritminin devam etmesi.</p> <p>b) İlaç tedavisi, kateter ile ablasyon cerrahi girişim yöntemlerinden en az ikisinin uygulanmasına rağmen Avrupa kalp ritim derneği (EHRA) skoru EHRA IV olan kronik atriyal fibrilasyon</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Kişinin aritmisini düzeltmek amacıyla, ablasyon veya cerrahi işlem uygulanmasına rağmen, semptomları devam eden, aritmisinin devam ettiği EKG veya HOLTER kayıtlarından dökümanite edilmiş, semptomatik (Fonksiyonel Kapasite 3) hastalar,</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedavi veya profilaksi amacıyla ICD takılan hastalar</p>
<p><b>2. Pulmoner hipertansiyon</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde;</p> <p>a) Medikal veya cerrahi tedaviye rağmen kateterle ölçülen ortalama pulmoner arter basıncı 50 mmHg ve üzerinde olan NYHA evre 3-4 pulmoner arteriyel hipertansiyon hastaları</p> <p>b) Kateterle ölçülen ortalama pulmoner arter basıncı 25 mmHg ve üzerinde olan ve görüntüleme yöntemleri ile ciddi sağ ventrikül yetmezlik bulgularının olduğu NYHA evre 3-4 pulmoner arteriyel hipertansiyon hastaları.</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b></p> <p>a) Medikal ve cerrahi tedaviye rağmen kateterle ölçülen ortalama pulmoner arter basıncı 50 mmHg'nın üzerinde olanlar pulmoner arteriyel hipertansiyonlu hastalar.</p> <p>b) Medikal ve cerrahi tedaviye rağmen kateterle ölçülen ortalama pulmoner arter basıncı 25 ila 50 mmHg olanlar ve görüntüleme yöntemleri ile orta derecede sağ ventrikül yetersizliği bulgularının olduğu NYHA evre 2-3 pulmoner arteriyel hipertansiyon hastaları</p>
<p><b>3. Konstriktif perikardit</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> İnoperabl veya opere edilmesine ve medikal tedaviye rağmen NYHA evre 3-4 konstriktif perikardit hastaları</p>
<p><b>4. Hipertrofik ve restriktif kardiyomyopati</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarıyla hipertrofik veya restriktif kardiyomyopati tanısı konulan, uygun medikal, cerrahi veya invaziv tedaviye rağmen NYHA evre 4 semptomları olan hastalar</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarıyla hipertrofik veya restriktif kardiyomyopati tanısı konulan, uygun medikal, cerrahi veya invaziv tedaviye rağmen NYHA evre 3 semptomları olan hastalar</p>
<p><b>5. Kalp yetersizliği</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde;</p> <p>a) Ejeksiyon fraksiyonu %30 ve altında olan, kalp yetersizliği nedeniyle son bir yıl içinde en az bir kez hastanede yatarak tedavi görmüş olup maksimum medikal tedaviye rağmen, NYHA evre 3-4 olan hastalar,</p>

- b) Maksimum medikal tedaviye rağmen, NYHA evre 3-4 olan ve invaziv olarak ölçülmüş pulmoner kapiller kama basıncı veya sol ventrikül end diastolik basıncı 18 mmHg üzerinde olan kalp yetersizliği hastaları
- c) Ventrikül destek cihazı kullanmakta olanlar veya Kalp Transplantasyonu yapılmış olanlar

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Maksimum medikal tedaviye rağmen, NYHA evre 2-3 ve ejeksiyon fraksiyonu %25'in altında olan hastalar

**Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Maksimum medikal tedaviye rağmen, NYHA evre 2-3 ve ejeksiyon fraksiyonu %25 ila 35'in arası olan hastalar,

**6. Konjenital kalp hastalıkları**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde;

- a) Maksimum medikal, perkutan veya cerrahi tedaviye rağmen NYHA evre 3-4 konjestif kalp yetersizliği semptomları olan konjenital kalp hastalıkları,
- b) Cerrahi yada perkutan tedaviye rağmen kalp boşluklarında ciddi dilatasyon veya disfonksiyonu olan, ciddi kapak yetersizliği veya darlığı tespit edilen konjenital kalp hastalıkları,
- c) Cerrahi ile düzeltilemeyen doğuştan sağ sol şantı olan hastalar,
- d) Eisenmenger sendromu gelişen konjenital kalp hastalıkları,
- e) Operasyon yapılmış hastalarda aşağıdakilerden en az birinin varlığı;
1. NYHA evre 3-4 konjestif kalp yetersizliği semptomları,
  2. Siyanoz,
  3. Önemli sol-sağ şantı devam eden ( $Q_p/Q_s >2:1$ ), reoperasyon veya kateterle tedavi uygulanamayan hastalar,
  4. Pulmoner vasküler rezistansız sistemik vasküler rezistanstan büyük olan hastalar,

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde;

- a) Kalp boşluklarında orta –ciddi dilatasyon ve NYHA Evre 3
- b) Orta düzeyde kapak disfonksiyon ve NYHA Evre 3

**7. Kalp kapak hastalıkları**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Girişimsel yöntem (Perkutan veya cerrahi) uygulanan veya inoperabl olduğu kardiyojloji-kalp damar cerrahi konseyince karar verilen ve maksimum Medikal tedaviye rağmen, NYHA evre 3-4 semptomları devam eden ciddi düzeyde kalp kapak yetersizliği yada darlığı olan hastalar.

**Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

En az bir yıldan beri maksimum medikal, girişimsel veya cerrahi olarak tedavi edilmiş, NYHA evre 3 ve EF %40 'ın altında olan orta düzeyde kapak hastalığı olan hastalar.

**8. Koroner Arter Hastalıkları**

**Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Revaskularizasyon (PTCA veya CABG ) uygulanan ya da revaskularizasyon uygulanmayacağı kardiyojloji-kalp damar cerrahi konseyince karar verilen ve maksimum medikal tedaviye rağmen Kanada Kalp Derneği (CCS) sınıf 3-4 angina pektoris deva eden hastalarda aşağıdakilerden birisinin varlığı

- a) Miyokard perfüzyon sintigrafisinde sol ventrikülün en az %30'unu etkileyen iskemi,

<p>b) Anjiyografik olarak bir veya daha fazla majör koroner arterde en az %70 oranında darlık veya en az %50-69 arası anjiyografik darlık ile birlikte FFR'de önemli darlık kriterleri,</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Kanada Kalp Derneği (CCS) sınıf 3 angina ile birlikte, medikal tedavi veya PTCA veya CABG tedavisine rağmen miyokard perfüzyon sintigrafisinde sol ventrikülün en az %10 -29'unu etkileyen iskeminin saptandığı koroner arter hastalığı</p>
<p><b>9. Hipertansiyon</b></p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> 6 aydan daha uzun süren, biri diüretik olmak üzere, en az 3 antihipertansif kullanmasına rağmen, 24 saatlik ambulatuar kan basıncı takibinde, ortalama kan basıncı 150/95 mmHg olan hastalarda, aşağıdakilerden iki veya daha fazlası olması.</p> <p>a) Hipertansif serebrovasküler kalıcı nörolojik defisit b) Hipertansif retinopati evre 3-4 c) Proteinüri veya böbrek fonksiyon bozukluğu, (kreatinin klerensi %30'dan az)</p>
<p><b>L. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN DAMAR HASTALIKLARI</b></p>
<p><b>1. Periferik arter hastalıkları</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Sistemik kökenli ve tedavisi mümkün olmayan, çalışmayı etkileyen, kısa mesafe kladikasyonu olan, iskemik yara, gangren veya trofik bozukluğa yol açan arteriyel tıkanıklık</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tıbbi, cerrahi veya girişimsel yöntemlerle kısmi fayda gören, iskemik yara, gangren veya trofik bozukluğu olmayan ve ayrıca tıbbi olarak bütün ürünlerini kullanmadığı ispat edilmiş (6 ayda en az 3 kez) arteriyel tıkanıklık.</p>
<p><b>2. Fonksiyonel damar hastalığı olanlar (Reynaud Fenomeni, Akrosiyanozis vs.)</b></p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Cerrahi ve girişimsel yöntemlerden fayda görmemiş trofik bozukluğu olanlar (doku nekrozu)</p>
<p><b>3. Büyük arter hastalıkları</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedavisi mümkün olmayan veya cerrahi yada girişimsel yöntemlerden fayda görmemiş büyük arter anevrizmaları (aort v.b.)</p>
<p><b>4. Kronik venöz hastalıklar</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen tekrarlayan ve inatçı (bir yıldan uzun süren) geniş(&gt;6 cm) ülserasyona neden olan venöz staz</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedaviye rağmen tekrarlayan ve inatçı (3 ay - bir yıl arası) ülserasyona (2-6 cm) neden olan venöz staz</p>
<p><b>5. Lenf sistemi hastalıkları</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Tedavisi mümkün olmayan ağır (Yürüme veya hareketi engelleyecek ölçüde) lenfödem ve elefantiyazis</p> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Üst ekstremitede fonksiyon kaybına yol açan lenfödem</p>

## M. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN ÜRİNER SİSTEM HASTALIKLARI

### 1. Böbrek fonksiyon bozukluğu

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde;

- Kronik hemodiyaliz veya periton diyalizi
- Böbrek transplantasyonu
- En az 3 ay boyunca serum kreatinin düzeyinin sürekli 4 mg/dl (en az 3 kez 3 farklı zamanda) ve üzerinde olması veya kreatinin klirensinin 30 ml/dk olması ve altında bir değere düşmesi ile beraber aşağıdakilerden en az ikisi;
  - Patolojik kırıklar
  - Kalıcı motor ve duyuşal nöropati (EMG ile tespit edilen)
  - Kalıcı aşırı sıvı yüklenmesi sendromu beraberinde:
    - Diastolik kan basıncının 110 mmHg veya üzerinde olduğu diastolik hipertansiyon olması ( ambulator kan basıncı monitörizasyonu ile tespit edilen)
    - Tedaviye rağmen devam eden inatçı vasküler konjesyon bulguları (telegrafi, ekokardiografi ve klinik bulgular ile desteklenen)
  - Takip eden 6 aylık süreçte en az 30 günlük ara ile değerlendirme sonrası hesaplanan ve vücut kitle indeksinin 18.0'in altında olması ile tanımlanan kilo kaybının olduğu inatçı anoreksi.

#### Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Evre 4 kronik böbrek hastalığı GFR < 30 ml/dk.

#### Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

- Evre 3-B kronik böbrek hastalığı GFR 30-44 ml/dak.
- Evre 3-A kronik böbrek hastalığı GFR 45-59 ml/dak. Olan olgularda aşağıdakilerden bir tanesinin olması
  - Proteinüri (1 gr/gün'den daha fazla) ile seyreden nefropatiler (12 (on iki) ay tedaviye rağmen cevap vermeyen,)
  - Dirençli HT varsa (en az biri diüretik olmak şartıyla birlikte 3 antihipertansifle birlikte TA 140/90 altına düşmeyen olgular)

### 2. Nefrotik sendrom

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde;

- Nefrotik sendrom; anazarka tarzı ödem ile birlikte 12 ay tedaviye rağmen 24 saatlik proteinüri miktarının 3.5 gram veya üzerinde ve Serum albümin düzeyinin 3.0 gram/dl veya altında olması,
- 24 saatlik proteinüri miktarının 10.0 gram ve üzerinde olması, 2 yıl sonra yeniden değerlendirilir.

#### Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

12 aydan daha uzun süreli takip ve tedaviye rağmen kalıcı proteinüri varlığı (24 saatlik idrarda total proteinin: 1-3.5g/gün olması)

### 3. Üretra darlıkları

#### Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Sürekli sistostomi veya vezikostomi gerektiren cerrahi ile kür sağlanamayan komplike üretra darlıkları.

#### Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar

Sürekli üretral sonda gerektiren endoskopik ve açık cerrahi ile kür sağlanamayan komplike üretra darlıkları.

### 4. Üreterlerin cilde ağızlaştırılması

<p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Onkolojik veya başka nedenlerle üreterlerin kutaneostomi veya intestinal segment kullanılarak stoma tarzında kalıcı olarak cilde ağızlaştırılması.</p>
<p><b>5. Yeni mesane yapılması</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Onkolojik nedenlerle sistektomi ile birlikte intestinal segment kullanılarak yeni mesane yapılmış hastalar.</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Onkoloji dışı ( nörojenik mesane, kontrakte mesane vb.) nedenlerle sistektomi ile birlikte intestinal segment kullanılarak yeni mesane yapılmış hastalar.</p>
<p><b>6. Üriner fistüller ve total inkontinans</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Cerrahi tedavi ile düzeltilemeyen fistüle bağlı ya da başka nedenlerle oluşmuş total inkontinans.</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Cerrahi ile düzeltilemeyen ve total inkontinansa neden olmayan devamlı orta-ağır derecede drenaja yol açan üriner fistül*</p>
<p><b>7. Nörojenik mesane</b></p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Medikal ve cerrahi tedavi ile düzeltilemeyen devamlı sonda ya da TAK kullanılması gereken nörojenik mesane bozuklukları*</p>
<p><b>Bölüm Atıfları</b></p> <p>*2 yıl sonra yeniden değerlendirilir.</p>
<p><b>N. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI</b></p>
<p><b>1. Hipofiz ve Hipotalamus Bez Hastalıkları</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Cerrahi ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen hastalıklar (Çevre dokulara invaze olan, körlüğe vb neden olan adenomlar)</p> <p><b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cerrahi ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen ACTH fazla salgınımına neden olan durumlar ( en az bir sistemde orta veya ileri düzeyde komplikasyona sebep olması)</li> <li>Cerrahi ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen büyüme hormonu fazla salgınımına neden olan durumlar (kardiyovasküler sistem, pulmoner sistem, diabetes mellitus gibi ana hastalığa bağlı komplikasyonlardan en az birinin en az orta düzeyde çalışma kaybı yapacak şekilde eşlik etmesi durumunda)</li> <li>Panhipopituitarizm</li> </ol> <p><b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar:</b> Cerrahi ve tıbbi tedaviye cevap veren büyüme hormonu fazla salgınımına neden olan durumlar (kardiyovasküler sistem, pulmoner sistem, diabetes mellitus gibi ana hastalığa bağlı komplikasyonlardan en az birinin en az hafif düzeyde çalışma kaybı yapacak şekilde eşlik etmesi durumunda)</p>
<p><b>2. Tiroid ve Parotiroid bez hastalıkları</b></p> <p><b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Hipoparatiroidiye bağlı tedaviye cevap vermeyen hipokalsemi, hiperfosfatemi ve yumuşak doku kalsifikasyonları</p>



Hiperparatiroidiye veya diğer nedenlere bağlı tedaviye cevap vermeyen ağır hiperkalsemi (kan kalsiyum düzeyi $\geq 13$ mg/dl )
<b>3. Adrenal bez hastalıkları</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Cerrahi ve medikal tedaviyle kontrol altına alınamayan fonksiyonel adrenal bez adenomu ve tümörleri (Feokromasitoma, hiperaldosteronizm v.b.) <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Glukokortikoid ve mineralokortikoid replasmanı gerektiren adrenal bez yetmezlikleri
<b>4. Pankreas kökenli nöroendokrin tümörler</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Cerrahi ve medikal olarak tedavi edilemeyen pankreas kökenli nöroendokrin tümörler
<b>5. Diabetes Mellitus</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde; a) Diabetes Mellitusa bağlı etkilenen vücut sisteminde (nöropatiler, nefropatiler, retinopatiler, kalp ve damar hastalıkları vb) ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar b) En az 2 (iki) orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar <b>Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin sağlanması halinde; a) Diabetes Mellitusa bağlı etkilenen vücut sisteminde (nöropatiler, nefropatiler, retinopatiler, kalp ve damar hastalıkları vb) orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar En az 3 (üç) hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Diabetes Mellitusa bağlı etkilenen vücut sisteminde (nöropatiler, nefropatiler, retinopatiler, kalp ve damar hastalıkları vb) hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar
<b>6. Metabolizma hastalıkları</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Medikal ve diğer spesifik tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen belirgin organ disfonksiyonuna yol açmış metabolik hastalıklar <b>Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Etkin tedaviye ulaşmak için en az iki haftada bir olmak üzere düzenli olarak hastanede yatarak enzim replasman tedavisi alması gereken metabolik hastalıklar
<b>O. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN GÖĞÜS HASTALIKLARI</b>
<b>1. Kronik pulmoner yetmezlik</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Kronik Restriktif Akciğer Hastalıkları (İnterstisyel Akciğer Hastalıkları dahil) ve klinik olarak belgelenmiş solunum sistemini etkileyen diğer patolojilere bağlı olarak gaz değişiminde kronik kalıcı bozulma olan durumlar; Tedaviye rağmen ağır veya çok ağır dispnesi (MMRC:3-4) olan olgularda, a ve b maddelerinde her ikisinin karşılanması gereklidir. a) Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması Usulüne uygun olarak yapılan SFT'de; 1. FVC < %50 veya FEV1 < %30 olması 2. DLCO (%) <45 olması

b) Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması.

1. İstirahat PO2 değerinin < 55 mmHg olması
2. İstirahat PO2 değerinin 55-60 mmHg arasında olduğu durumlarda birlikte pulmoner hipertansiyon veya kor pulmonale veya egzersizle artan ağır hipoksemi bulgularının\* olması

\*Egzersiz sırasında oksijen satürasyonunun %89'un altında olması veya egzersizde en az % 4'lük desaturasyon gösterilmesi

### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Kronik Restriktif Akciğer Hastalıkları (İnterstisyel Akciğer Hastalıkları dahil) ve klinik olarak belgelenmiş solunum sistemini etkileyen diğer patolojilere bağlı olarak gaz değişiminde kronik kalıcı bozulma olan durumlar;

Tedaviye rağmen orta veya ağır dereceli dispnesi (MMRC 2-3) olan olgularda aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması;

Usulüne uygun olarak yapılan SFT'de:

1. FVC: %51-69, veya FEV1 : %30-50 arasında olması
2. DLCO (%) 'nun 45-54 arasında olması

### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Kronik Restriktif Akciğer Hastalıkları (İnterstisyel Akciğer Hastalıkları dahil) ve klinik olarak belgelenmiş solunum sistemini etkileyen diğer patolojilere bağlı olarak gaz değişiminde kronik kalıcı bozulma olan durumlar;

Tedaviye rağmen orta veya ağır dereceli dispnesi (MMRC 2-3) olan olgularda aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması;

1. FVC: %70-85 veya FEV1 %50-70 arasında olması
2. DLCO (%) 'nun 55-64 arasında olması

## **2. Astım**

*(Astımda maluliyet için rapor düzenlenmeden önce optimal tedavi yapılmış ve klinik stabil dönem sağlanmış olmalı ve en az bir yıllık takip sonrası değerlendirilmelidir)*

### **Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

a) Basamak 4 tedavi ile semptomları kontrol altında olmayan hasta

1. Yüksek doz inhaler steroidle birlikte ikinci bir kontrol edici ilaç kullanımı (Uzun etkili inhale beta2 agonist, veya LTRA veya Teofilin) ile semptomları kontrol edilemeyen hastalar
2. Kontrol edilemeyen astım denildiğinde aşağıdakilerden herhangi birisinin varlığı anlaşılmalıdır;
  - a. Yetersiz semptom kontrolü: ACQ>1.5; veya AKT < 20
  - b. Sık atak: en az 3 sistemik steroid tedavisi / bir önceki yıl
  - c. Ağır atak: Bir önceki yıl yoğun bakım yatışı veya mekanik ventilasyon veya en az 3 kez hastane yatışı gereksinimi olması
  - d. Tedavi altında iken 1 er hafta ile usulüne uygun yapılan 3 spirometrik ölçüm ile FEV1'in %50 nin altında olması

**veya**

b) Basamak 5 astım tedavisi gerektiren hastalar

Yüksek doz inhale steroidle birlikte ikinci bir kontrol edici ilaç kullanımı (Uzun etkili inhale beta2 agonist, veya LTRAveya Teofilin) ile semptomları kontrol edilemeyip mevcut tedaviye ilaveten ilgili merkezce aşağıdaki tedavilerin başlandığı hastalar

1. Düşük doz oral steroid
2. Omalizumab

3. Mepaluzimab

4. Tiotropium

### **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Yüksek doz inhale steroidle birlikte ikinci bir kontrol edici ilaç kullanımı (Uzun etkili inhale beta2 agonist veya LTRA veya Teofilin) ile semptomları kontrol altında tutulan (AKT>19 veya ACQ<0.75) ve son 1 yılda aşağıdaki kriterlerden en az ikisini karşılayan hastalar:

- a) Sık atak: en az 3 sistemik steroid tedavisi / bir önceki yıl
- b) Ağır atak; Bir önceki yıl yoğun bakım yatışı veya mekanik ventilasyon veya en az 3 kez hastane yatışı gereksinimi olması
- c) Tedavi altında iken 1 er hafta ile usulüne uygun yapılan 3 spirometrik ölçüm ile FEV1'in %50-59 arasında olması

### **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

Yüksek doz inhale steroidle birlikte ikinci bir kontrol edici ilaç kullanımı (Uzun etkili inhale beta2 agonist, veya LTRA, veya Teofilin) ile semptomları kontrol altında tutulan (AKT>19 veya ACQ<0.75) ve son 1 yılda aşağıdaki kriterlerden en az birini karşılayan hastalar

- a) Sık atak: en az 3 sistemik steroid tedavisi / bir önceki yıl
- b) Ağır atak; Bir önceki yıl yoğun bakım yatışı veya mekanik ventilasyon veya en az 3 kez hastane yatışı gereksinimi olması
- c) Tedavi altında iken 1 er hafta ile usulüne uygun yapılan 3 spirometrik ölçüm ile FEV1'in %60-79 arasında olması

## **3. Uykuda solunum bozuklukları**

### **Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar**

- a) Uyku apne sendromları  
Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) veya santral uyku apne sendromu (CSAS) tanılarından birinin varlığı olan olgularda aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması;
  1. Apne hipopne indeksi (AHI) >30 olup uygulanan PAP (Pozitif havayolu basınç) tedavisine yanıt alınamaması (AHI'nin 5'in altına indirilememesi) veya hastanın bu tedaviyi tolere edememesi (Her iki durumda da son bir yıl içinde alınmış en az 3 aylık cihaz kullanım raporunun ibrazı gereklidir).
  2. Apne hipopne indeksi (AHI) >30 olup kronik noktürnal hipoksemiye bağlı kardiyovasküler, serebrovasküler komplikasyonların varlığı, pulmoner hipertansiyon veya kor pulmonale gelişmesi
- b) Uyku ilişkili hipoventilasyon bozuklukları:  
Obezite hipoventilasyon sendromu, santral alveoler hipoventilasyon, medikal hastalıklara bağlı uyku ilişkili hipoventilasyon (Hipoventilasyonun nedeni olarak primer akciğer parankimal veya havayolu hastalığı, pulmoner vasküler patoloji, göğüs duvarı hastalığı, nörolojik hastalık veya kas zayıflığı bulunması), ilaç ve madde kullanımına bağlı uyku ilişkili hipoventilasyon tanılarından birinin varlığı olan olgularda aşağıdaki kriterlerden **en az birinin** sağlanması;
  1. Uyku sırasında PaCO2' nin en az 10 dakika süreyle 55 mmHg'nin üzerinde olması veya PaCO2' nin en az 10 dakika süreyle 50 mmHg'nin üzerinde olması koşuluyla, uyanıklık supin pozisyondaki değerine göre, uyku sırasında PaCO2'de  $\geq 10$  mmHg'lık artış olması

2. PAP tedavisine yeterli yanıt alınamaması (1. maddesinde yer alan kriterlerin düzelmemesi) (Son bir yıl içinde alınmış en az 3 aylık cihaz kullanım raporunun ibrazı gereklidir)
<b>4. Tüberküloz</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Çoklu ilaca dirençli tüberküloz (İki yıl sonra tekrar değerlendirilir)
<b>5. Bronşektazi</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması; a) Yaygın hastalığa bağlı olarak pulmoner fonksiyonun bozulması, (kronik pulmoner yetmezlik bölümünde yer alan uygun kriterler altında değerlendirilir.) b) Hastane başvurusu gerektiren, pnömoni veya hemoptizi ataklarının veya solunum yetmezliğinin yılda en az 6 kez tekrarlaması. (Bu değerlendirmenin yapılmasına esas sağlık kurulu raporunda hastanın ardışık olarak en az 12 ay izlendiği belirtilmiş olmalıdır)
<b>6. Kistik Fibrozis</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması; a) Yaygın hastalığa bağlı olarak pulmoner fonksiyonun bozulması (kronik pulmoner yetmezlik bölümünde yer alan kriterler altında değerlendirilir.) b) Hastane başvurusu ile intavenöz veya nebulizer antibiyotik tedavisi gerektiren; pnömoni ve enfeksiyon atakları veya solunum yetmezliğinin yılda en az 6 kez tekrarlaması (Bu değerlendirmenin yapılmasına esas sağlık kurulu raporunda hastanın ardışık olarak en az 12 ay izlendiği belirtilmiş olmalıdır)
<b>7. Akciğer Transplantasyonu</b>
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b>
<b>8. Karar verilemeyen durumlar</b>
a) Kronik Pulmoner Yetmezlik kapsamında değerlendirilen hastalardan etkilenme düzeylerine yönelik karar verilemeyen durumlarda, uygun bir merkezde yapılacak Kardiyopulmoner Egzersiz testi (KPET) ile değerlendirilir. Bu test sonucunda; 1. VO <sub>2</sub> max düzeyi <15 olan hastalar %60 ve üzeri, 2. VO <sub>2</sub> max 15-21 arası olanlar %50 ila 59, 3. VO <sub>2</sub> max >22 olanlar %40 ila 49 etkilenme olarak kabul edilirler. 4. VO <sub>2</sub> max >25 olanlarda KPET sonucu maluliyet değerlendirilmesinde dikkate alınmaz. b) Solunum fonksiyon testlerine koopere olmadığı doktor raporunda bildirilen olgularda, ilgili maddenin diğer parametrelerinin varlığına göre karar verilir.
<b>P. ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINA NEDEN OLAN ENFEKSİYON HASTALIKLARI</b>
<b>1. AIDS</b> 2 yıl sonra yeniden değerlendirilir.
<b>Ağır Düzeyde Çalışma Gücü Kaybına Neden Olan Durumlar</b> Aşağıdaki kriterlerden en az birinin sağlanması; a) En az bir yıl süreyle uygun tedaviyle virolojik yanıt alınmış (HIV RNA < 100 IU/mL olması) ancak CD4 lenfosit sayısının <200 mm <sup>3</sup> olması.

- b) Fırsatçı enfeksiyon görülen hastalar: aşağıdakilerden en az birinin olması.
1. invaziv fungal enfeksiyonlar (orofaringiyal-ösefagiyal- vaginal- üriner kandidiyasisler ve cilt mantarları hariç)
  2. Akciğer tüberkülozu
  3. MAC
  4. CMV retiniti
  5. Kriptokok menenjitisi
  6. Santral sinir sistemi Toksoplazmozu
  7. Pnömosistis Jirovesi Pnömonisi
- c) Kanserler  
Aşağıdakilerden en az birinin olması
1. Kaposi sarkomu
  2. Her türlü solid organ ve hematolojik maliniteler
  3. Serviks kanseri (onkolojik kriterlere göre değerlendirilir.)
  4. Lenfoma
- veya
- d) Diğer: aşağıdakilerden en az birinin olması
1. HIV ensefalopatisi
  2. Progresif multifokal ensefalopati

## R. ORTAK HÜKÜMLER

1. Mevcut hastalık listelerinde tanımlanmayan ancak tedaviye rağmen çalışma olanağının bulunmadığı hastalıklar ağır düzeyde çalışma gücü kaybı olarak değerlendirilebilir.
2. Birden fazla hastalığın bir arada olduğu ve tedaviye rağmen çalışma olanağının bulunmadığı durumlar, ağır düzeyde çalışma gücü kaybı olarak değerlendirilebilir.
3. Bu hastalık listesine göre birden fazla hafif düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlar, orta düzeyde çalışma gücü kaybı olarak değerlendirilebilir.