

DELAZMOŽNOST IN INVALIDNOST PRI BOLNICAH Z RAKOM RODIL

Borut Kocijančič

UVOD

Delazmožnost se še vedno ocenjuje glede na zdravstveno stanje in opis delovnega mesta zavarovanca. To ustvarja med zaposlenimi nekakšno neenakost, saj tisti, ki opravljajo fizično lažja dela, težje dosežejo nekatere pravice iz invalidskega zavarovanja kot drugi, ki delajo težja fizična dela. Ocena psihičnih posledic bolezni se dejansko upošteva šele takrat, ko imajo bolniki opravljeno potrebno psihiatrično in psihološko oceno.

Pri oceni delazmožnosti se po opravljenem postopku ocene delazmožnosti ugotovi najprej, ali so posledice bolezni zadostne za priznanje pravic iz invalidskega zavarovanja. Pri bolnicah z rakom rodil se oceni, ali so sposobne za delo v polnem ali skrajšanem delovnem času na svojem ali drugem lažjem delovnem mestu, določi se tudi čas trajanja omejitev, ki lahko trajajo leto dni ali več, lahko pa se ugotovijo trajne omejitve. Invalidnost III. kategorije pomeni nezmožnost za delo v polnem ali skrajšanem delovnem času, vendar ne manj kot 4 ure dnevno. Invalidnosti III. kategorije lahko pomeni tudi delo na drugem lažjem delovnem mestu s polnim ali skrajšanim delovnim časom. Invalidnost II. kategorije je po starem zakonu pomenila pravico do dela s skrajšanim delovnim časom na svojem ali drugem delovnem mestu, kar se je lahko z novo oceno tudi spremenilo. Po novem zakonu pa so invalidi II. kategorije tudi tisti, ki za svoje delo niso več zmožni in so starejši od 50 let, ter s tem nimajo pravice do prekvalifikacije, torej se dejansko upokojijo. Invalidnost I. kategorije pomeni začasno ali trajno izgubo delazmožnosti.

Ocene invalidnosti se praviloma podajajo na invalidskih komisijah I. stopnje, torej področnih, kot so Ljubljana, Kranj, Koper, Nova Gorica, Novo mesto, Maribor, Celje, Murska Sobota in Ravne na Koroškem, nekatera področja pa imajo še dodatne komisije, npr. v Trbovljah, Velenju in na Jesenicah. V invalidskih komisijah so praviloma vsaj trije člani: dva sta zdravnika s področja obravnavanih bolezni zavarovanja in specialist za varnost pri delu. Komisija po obravnavi poda pisno mnenje, ki gre še v pravno obravnavo, zatem pa območna enota Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ) izda odločbo; če se nanjo pritoži bolnik in/ali delodajalec, se zadeva obravnava na Republiški invalidski komisiji v Ljubljani. Na Republiški komisiji se obravnavajo tudi vsi bolniki, pri katerih strokovne službe ZPIZ preverjajo odločitve prvostopenjskih komisij. Če se se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z odločitvijo Republiške komisije v reviziji ali pritožbi, imata pravico

do nadaljnega postopka na Republiški komisiji z osebnim pregledom bolnika in s tem do ponovne ocene. Ker pa praviloma Republiška komisija ocenjuje dokumentacijo, ki je bila predložena na področni invalidski komisiji, nova medicinska dokumentacija ne more narekovati sprememb v oceni, temveč zahteva dejansko nov postopek na prvostopenjski invalidski komisiji, s tem pa se postopek pomembno podaljša.

Če se zavarovanci in/ali delodajalci ne strinjajo z odločbo Republiške invalidske komisije, je še vedno možna pritožba na Delovnem in socialnem sodišču, ki lahko zahteva ponovno mnenje Republiške komisije ali zaprosi za mnenje Komisijo za izvedenska mnenja pri Medicinski fakulteti v Ljubljani. Sodišče lahko zahteva tudi udeležbo posameznih zdravnikov republiške invalidske komisije na javni obravnavi na sodišču. Praviloma gre za eksperta, ki je bil v posamezni obravnavi udeležen in je strokovnjak za bolezni, ki so predmet ocene invalidnosti. Končno mnenje Delovnega in socialnega sodišča je za komisije ZPIZ zavezujoče.

Telesne okvare še vedno ocenjujemo na podlagi *Samoupravnega sporazuma o sezamu telesnih okvar* iz leta 1983 in dopolnjenega 1989, ki je po oceni izvedencev invalidskih komisij docela zastaran. Kvalificirani izvedenci se že vrsto let prizadevajo izdelati nov *Pravilnik o telesnih okvarah*, ki pa mora biti pripravljen in usklajen med več ministrstvi. Čeprav se ministrstvo za zdravje strinja, da ga potrebujemo, usklajevanja med ministrstvi še ni. Novo medicinsko znanje, večje možnosti operacijskih posegov, kemoterapije in radioterapije so pomembno podaljšali dobo preživetja ali celo omogočili ozdravitev mnogih, ki so po starem *sporazumu* še bolniki ali invalidi. Zato realno ocenjevanje telesne okvare, kar bi bilo sicer medicinsko logično, pravno ni mogoče. Ugovor na odločbo komisije ZPIZ o priznani telesni okvari se obravnava enako kot nestrinjanje z oceno delazmožnosti in invalidnosti na Delovnem in socialnem sodišču.

Invalidske komisije ocenjujejo tudi potrebo po pravici do dodatka za pomoč in postrežbo, ki temelji na bolnikovem zdravstvenem stanju in zdravstveni dokumentaciji, nikakor pa ne na socialni potrebi. Dodatek za pomoč in postrežbo dobi, kdor pomoč in postrežbo res potrebuje zaradi svojega zdravstvenega stanja, ne pa zaradi svojih nizkih prejemkov (dohodka ali pokojnine).

BOLNICE Z RAKOM RODIL

Novi in izpopolnjeni načini zdravljenja – kirurgije, kemoterapije in radioterapije – so pomembno izboljšali preživetje bolnic z rakom rodil in pogosto dosežejo celo ozdravitev. Med zdravljenjem zaradi raka rodil so bolnice, ki so še aktivne zavarovanke, v bolniškem staležu, ki traja različno dolgo, naj-

manj pa do načrtovanega konca terapije in še za določen čas rehabilitacije. Zatem lahko lečeči zdravnik sproži postopek za oceno invalidnosti in morebitne telesne okvare: zbere zdravstvene izvide in pridobi mnenje specialistov, ki so bolnico zdravili, od bolničnega delodajalca pa opis njenega delovnega mesta ter vse troje priloži predlogu za uvedbo postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja, naslovljenemu na Področno invalidsko komisijo I. stopnje. Administrativni postopek od vložitve predloga do obravnave traja vsaj 2–6 mesecev. Invalidska komisija obravnava predloženo gradivo, na prvi stopnji pa pogosto zavarovanko tudi osebno pregleda ter ugotovi, ali medicinska in delovna dokumentacija ustrezna zahtevi ter odloči, ali zavarovanki pripada kategorija invalidnosti in/ali telesna okvara. Če oceni, da v dokumentaciji manjkajo kakšni pomembni izvidi, ali če ugotovi, da zdravljenje še teče, obravnavo odloži, sicer pa poda svoje pozitivno ali negativno mnenje ter ga strokovno obrazloži.

Pri obravnavi bolnic z rakom rodil invalidska komisija poda oceno po končani načrtovani terapiji. Ocena telesne okvare je možna že prej, če gre za dokončno stanje, npr. pri popolni odstranitvi rodil (maternice in obeh jajčnikov). Ocena invalidnosti se praviloma izda v pol leta po končanem zdravljenju, prej pa pri bolnicah, kjer je zaradi razširjenosti bolezni jasno, da ozdravitve ni mogoče pričakovati. Hitenje z ocenami ni običajno, saj je pri aktivnih zavarovankah praviloma boleznina višja kot kasneje priznana invalidska pokojnina.

Pri bolnicah z napredovalo rakavo boleznijo se kljub izboljšanju zdravstvenega stanja ali remisiji po terapiji pogosto ugotovi invalidnost III. kategorije s 4-urnim delovnim časom na bolničnem ali lažjem delovnem mestu, kot ga je zavarovanka opravljala. Pisno se natančno določijo omejitve pri delu in se tudi glede na starost in morebitne druge pridružene bolezni ugotovi invalidnost za leto ali dve, redkeje za pet let, lahko pa že za stalno. Možno kasnejše poslabšanje stanja tudi že pri invalidsko najprej ocenjenih zahteva bolniški stalež in nato nov invalidski postopek, običajno pa ne prej kot po letu dni. Če gre za bolnico, ki je starejša od 50 let in ni zmožna za svoje delo, se ugotovi invalidnosti II. kategorije in s tem dejanska upokojitev, saj ji po 50. letu starosti poklicna prekvalifikacija ne pripada. Za mlajše bolnice se glede na njihovo izobrazbo in sposobnosti ugotovi potreba po prekvalifikaciji in ZPIZ bolnice došla na svoje stroške. Pri jasno napredovali bolezni, ko kljub vsej kemoterapiji in radioterapiji bolezen napreduje z jasno dokazanimi zasevki na tarčnih organih, se ugotovi invalidnost I. kategorije, saj taka bolnica ni več zmožna za pridobitno delo. Nekatere bolnice same želijo nazaj v delovni proces, čeprav je jasno, da bolezen napreduje. Njihovi želji skušamo ugoditi, ker nanje delo deluje psihično pozitivno. Žal so te zaposlitve zaradi napredovanja bolezni navadno kratkotrajne in je treba v ponovnem postopku prvotno odločbo spremeniti.

Kirurška odstranitev maternice in obeh jajčnikov se ne glede na vzrok operacije bolnici pred 50. letom starosti prizna kot 60-, po 50. letu starosti pa kot 40-odstotna telesna okvara. Tudi razširjena rakava bolezen ne prinaša višje ocene telesne okvare, kar je sicer z medicinskega stališča sporno. Drugačna ocena pa zaradi obstoječih predpisov ni možna. Napredujoča rakava bolezen in shujšanje bolnice za več kot 20 % primerne telesne teže bolnici prinese zaradi podhranjenosti še dodatno 80-odstotno telesno okvaro. Sam razširjeni in dokazani rakavi proces pa ob normalni telesni teži ne pomeni nove telesne okvare, saj take telesne okvare po veljavnem starem *sporazumu o telesnih okvarah* ni, novega sporazuma pa kljub potrebi in zahtevam še nekaj časa ne bo. Ocene telesnih okvar, priznanih zaradi raznih bolezni, tudi zaradi raka rodil, se praviloma seštevajo, s tem da se za osnovno telesno okvaro vzame najvišja ocena, dodatne telesne okvare pa se prištevajo s po 10 % za novo do 40-odstotno telesno okvaro, in z 20 % za drugo telesno okvaro nad 50 %. Seštevek vseh telesnih okvar seveda ne more biti višji od 100 %.

Dodatka za pomoč in postrežbo so deležne le tiste bolnice, ki zaradi bolezni trajno ne morejo opravljati osnovnih življenjskih opravil, kot so prehranjevanje, oblačenje, slačenje, obuvanje in sezuvanje, osebna higiena, gibanje in ostalo. Pomembna je tudi trajna bolničina psihična prizadetost.

ZAKLJUČEK

Zdravljenje bolnic z rakom rodil je odvisno od razširjenosti bolezni in odziva na operacijsko zdravljenje, na radio- in/ali kemoterapijo. Pri aktivnih zavarovankah zdravljenje poteka v sočasno priznanem bolniškem staležu. Po končanem zdravljenju se po bolničinem stanju in zahtevnosti delovnega mesta ugotovi, kolikšne razbremenitve so potrebne zaradi bolezni. Ugotovijo se morebitne časovne omejitve glede delovnega časa ter njihovo trajanje. Ocenijo se telesne okvare glede na veljavni *Samoupravni sporazum*. Le izjemoma je prizadetost bolnice tolikšna, da se ji prizna pravica do dodatka za pomoč in postrežbo, vendar tudi to šele takrat, ko zanesljivo ni mogoče pričakovati izboljšanja.

Veljavni predpisi so zastareli, saj je zdravljenje bolnic z rakom precej napredovalo, odkar so predpise uveljavili. Nujno so potrebne spremembe zakonodaje, saj moderno zdravljenje omogoča boljše preživetje bolnic z rakom rodil, lahko celo ozdravitev, vendar pa kljub temu lahko za boleznijo ostaja večja ali manjša invalidnost.