

# IZKUŠNJE OB DELU V ZDRAVNIŠKI KOMISIJI

**Ljiljana Grbanović-Lješević**

## UVOD

Zdravniške komisije so po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Zakon), ki je v veljavi od 1.3.1992, izvedenski organ Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zavod, ZZZS). Komisije podajajo izvedenska mnenja v postopkih za uveljavitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Njihove naloge so opredeljene v 81.členu Zakona. Ocenjevanje delovne zmožnosti zavarovanca nad 30 delovnih dni, napotovanje na zdraviliško zdravljenje, presoja upravičenosti do ortopedskih in tehničnih pripomočkov ter zdravljenja v tujini so najpogostejše naloge zdravniških komisij. Poleg teh pa sta nalogi še presoja upravičenosti do bolniškega staleža do 30 delovnih dni na zahtevo delodajalca in tudi presoja ocene pooblaščenega zdravnika na zahtevo zavarovanca. Ena od nalog je tudi ocenjevanje delovne zmožnosti v primeru, ko se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z mnenjem zdravnika, ki je opravil predhodni zdravstveni pregled. Zdravniške komisije I. stopnje (ZK I.st.) so organizirane na sedežih območnih enot ZZZS in jih je v Sloveniji 10. V primeru nestrinjanja z mnenjem ZK I. imata zavarovana oseba in delodajalec pravico zahtevati presojo mnenja ZK I. Zdravniški komisiji II. stopnje sta v Sloveniji dve, ena v Mariboru in druga v Ljubljani. Zadnje pravno sredstvo je zahteva za izdajo odločbe, s katero zavarovanec ali delodajalec lahko sproži upravni spor na pristojnem delovnem in socialnem sodišču.

Tako organizirane zdravniške komisije delujejo od junija 1992. V Sloveniji dela sedaj v zdravniških komisijah okoli 30 redno zaposlenih nadzornih zdravnikov. V senatih zdravniških komisij sodelujejo tudi zdravniki, ki niso redno zaposleni na Zavodu. Skladno z veljavno zakonodajo zavarovanca v senatu ne more obravnavati njegov osebni zdravnik, enako tudi ne lečeči specialist. Izvedenci invalidskih komisij ne smejo sodelovati v senatih zdravniških komisij.

LJILJANA GRBANOVIC-LJESEVIC, dr. med.  
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
Območna enota Kranj  
Zlato polje 2, 4000 Kranj

Že ob samem pričetku dela smo nadzorni zdravniki občutili, da je zdravstvena služba ostala eden od redkih načinov reševanja problemov, ki jih je s seboj prinesel čas, a so posledica sprememb v družbi v zgodnjih devetdesetih letih. Številna velika podjetja niso več mogla obstati in število nezaposlenih delavcev se je naglo povečalo. Pojavila so se manjša podjetja, vendar število novih delovnih mest še zdaleč ni doseglo števila vseh odpuščenih. S stališča delodajalcev je zato nekako razumljivo, da iščejo delavce, ki so sposobni opravljati več različnih del hkrati in s svojimi sposobnostmi slediti spremembam, ki jih narekuje tržišče in se jim manjša podjetja lažje prilagajajo kot velika. Istočasno pa so taka manjša podjetja veliko bolj ranljiva in se v prostoru tudi težje obdržijo. Sprejemanje in odpuščanje delavcev je zato postalo vsakdanji pojav.

Ob množičnem odpuščanju in hkrati majhnem številu novih delovnih mest postajajo zaposlitve za vse nas vedno bolj negotove. Posledica takih razmer so večje socialne stiske, ki jih vsi nismo zmožni reševati na enak način. Zatekanje v ordinacijo osebnega zdravnika in specialista z namenom pridobitve ene od oblik socialne varnosti, bodisi v obliki bolniškega staleža, invalidske upokojitve ali pa vsaj kategorizacije in s tem obveznosti, da delodajalec delavca obdrži v delovnem razmerju, tako postane eden od načinov reševanja obstoja in vsaj minimalne socialne varnosti.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je vpeljal tudi izbiro osebnega zdravnika. Osebni zdravnik, ki bolnika spremlja skozi leta, pozna njegovo družinsko okolje in socialni status, je tudi prvi zdravstveni delavec, ki ima možnost spoznati bolnikovo delovno mesto. Poleg ugotavljanja zdravstvenega stanja, postopkov diagnostike in zdravljenja, napotovanja k specialistom drugih strok, mora izbrani zdravnik tudi prvi oceniti delazmožnost bolnika.

Žal se v času študija nismo veliko posvečali tej nalogi. Kot mladi zdravniki smo bili v ordinacijah splošne medicine pogosto postavljeni pred dejstvo, da zavarovanec potrebuje ali tudi zahteva "bolniški stalež". S stališča zdravstvene ekonomike se takrat nismo spraševali, kaj to pravzaprav pomeni. V resnici gre za pravico, da je delavec odsoten z dela, pa kljub temu prejme nadomestilo plače za čas, ko ne dela. Kadar poteka aktivno zdravljenje, je taka odsotnost z dela sprejemljiva. Vse prevečkrat pa se srečujemo z odobravanjem odsotnosti z dela, ko bi delavec svoje delo lahko opravljal, a tega ne more ali ne želi, saj si predstavlja, da mora biti doma tudi v času, ko čaka na sicer ne nujen pregled ali pa se zdravi vsled stanja, ki ne zmanjšuje njegove delazmožnosti. Strokovna literatura, ki opisuje ocenjevanje delazmožnosti, je skromna. Zapisanih doktrinarskih stališč posameznih strok je malo. Orientacijske normative in kriterije za odsotnost z dela je pri nas

doslej izdelal le razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo in porodništvo. Iz prakse vemo, da je pri nekaterih strokah težko doseči enotna stališča celo znotraj ene same klinike. Dokler pa ni enotnega pristopa stroke, ni mogoče pričakovati doktrine. Kljub zapisanim kriterijem pa kasneje v praksi še vedno ostaja problem spoštovanja dogovorjenega in zapisanega.

Napotovanje k specialistu bi moralo biti za osebnega zdravnika izhod le takrat, kadar sam ne obvlada več terapevtskega pristopa. Širjenje pravic iz zdravstvenega zavarovanja nemalokrat poruši razmerje med zdravnikom in specialistom, saj bolnik za preglede pri nekaterih specialistih ne potrebuje več niti napotnice. Specialist se sreča z bolnikom le v času ambulantnega pregleda, o delovnem in socialnem okolju svojega varovanca praviloma ve le tisto, kar mu bolnik pove sam. Dejanske razmere na delovnem mestu največkrat ostanejo neznane tudi osebnemu zdravniku, na zdravniški komisiji pa se po navadi razkrijejo le po večkratnih obravnavah ali pa sploh ne. S specialistovo odredbo za bolniški stalež se bolnik vrne v svojo ambulanto in izbranega zdravnika postavi pred dejstvo, da mu za odsotnost z dela mora izstaviti le še ustrezen dokument. Konflikt z bolnikom je neizogiben, če bodisi zdravnik ali pa kasneje zdravniška komisija tako zahtevo odklonijo.

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Podlaga za ocenjevanje delazmožnosti na zdravniški komisiji je stanje, kakor izhaja iz opisov v medicinski dokumentaciji. Zdravnik izvedenec, ki pregleduje dokumentacijo bolnika, pregleda napotni predlog osebnega zdravnika, evidenco bolezni in izvid specialistične obravnave, bodisi da gre za posamezni obisk pri specialistu ali pa za dolgotrajnejšo obravnavo. Pričakujemo, da bo ob vsaki obravnavi specialist opisal stanje, podal krajši opis sprememb v času od predhodne obravnave in svetoval ali pa predvidel nadaljnji postopek zdravljenja. Kadar takega opisa ni, izvida ni mogoče upoštevati.

Ne glede na vrsto ustanove, kjer se bolnik zdravi, samega priporočila oz. zahteve za bolniški stalež brez podrobnejšega opisa stanja ni mogoče upoštevati. Nemalokrat se v izvidih specialistov znajdejo namesto anamneze, statusa, terapije in prognoze, obtožbe na račun zdravniških in invalidskih komisij. Menimo, da v izvide o stanju bolnika take obtožbe in pripombe ne sodijo. Prostor, v katerem se gibljemo bolnik, osebni zdravnik, specialist in obe pristojni izvedenski komisiji, ni tako velik, da komunikacija v strokovnih krogih ne bi bila mogoča. K sreči imamo za to na voljo tudi vse več sodobnih sredstev, a jih, žal, premalo uporabljamo.

Predlagamo, da izvidi ambulantnih pregledov vsebujejo kratko anamnezo, opis dosedanje terapije, kratek psihični status z morebitnimi spremembami glede na prejšnji pregled ali hospitalizacijo, morebitno spremembo v terapiji. Kadar specialist meni, da bolnik še ni delazmožen, bi svoje mnenje moral utemeljiti z navedbo dela, kakor ga je predstavil bolnik. Sama navedba "v službi opravlja težko delo" ne pomeni ničesar.

Odpustnice iz bolnišnice bi morale biti praviloma izpisane že takrat, ko bolnik zaključi hospitalizacijo, bodisi da je bila diagnostična ali terapevtska. Nema lokrat se srečamo tudi z enomesečno zamudo izpisa odpustnice. Srečujemo pa se tudi z dokumenti, ki razen napatne diagnoze in opisa medikamentozne terapije ne navajajo drugih podatkov. Ocenjevanje delazmožnosti v takih primerih seveda ni mogoče, čakanje na izpis odpustnice pa ni opravičilo za podaljševanje delavčeve odsotnosti z dela.

Poseben primer so obravnave v takozvanih "dnevni bolnicah". Ob vključitvah v to obliko zdravljenja v dokumentaciji praviloma nikoli ni navedeno trajanje niti pogostnost obiskov (enkrat ali večkrat tedensko?). Primeri, ko je bolnik vključen v tako zdravljenje več mesecev, pa o poteku zdravljenja ni nobenega poročila, so vsakodnevna praksa. Predlagamo, da ob vključitvi v tako obliko zdravljenja specialist oceni tudi možnost postopne delovne in socialne rehabilitacije, na primer v obliki vračanja na delo v polovičnem delovnem času.

Specialisti drugih strok se večkrat srečujejo z zahtevo, naj za potrebe ocenitve na invalidski ali zdravniški komisiji podajo mnenje glede preostale delazmožnosti. V takih mnenjih, izdanih na zahtevo bolnika, je največja motnja predlog specialista, ki je napisan skladno z bolnikovimi pričakovanji, a brez upoštevanja realnih možnosti in v nasprotju z dejansko ugotovljenim stanjem bolnika. Zato predlagamo, da specialist v takih mnenjih podrobneje opiše dosednji potek zdravljenja, rezultate morebitnih diagnostičnih postopkov, sedanjí psihični status in morda tudi možnosti in pričakovanja glede nadaljnega poteka bolezni in zdravljenja. Nujno je, da specialist ob tem navede tudi delovno mesto, kakor mu je bilo predstavljeno. Trajanje bolniškega staleža nad 30 delovnih dni je v zakonodaji predvideno do 12 mesecev, nakar bi bila potrebna obravnava na invalidski komisiji. V praksi so redki primeri, ko psihiater že po letu dni lahko oceni uspehe zdravljenja, saj je potek večine duševnih motenj časovno neopredeljen. O možnostih kategorizacije in invalidske upokojitve lečeči specialisti ne odločajo, predlogi pa povzročijo težave vedno, kadar izvedenska komisija odloči v nasprotju z nasvetom specialista. Izvedenske komisije morajo namreč ocenjevati stanje glede na naravo dela, ki ga bolnik opravlja, pri tem pa upoštevati tudi druga določila v veljavni zakonodaji - tako za področje zdravstvenega kot pokojninsko-invalidskega zavarovanja.

Narava duševnih in vedenjskih motenj je taka, da praviloma vedno narekuje dolgotrajnejšo obravnavo. V praksi ugotavljamo, da je vrnitev na delo problematična že tudi po nekoliko daljšem dopustu, vedno pa po dolgotrajnem staležu. Po oceni nadzornih zdravnikov je kritična doba odsotnost z dela obdobje 3 do 6 mesecev. To je tudi čas, ko delodajalec mora manjkajočega delavca nadomestiti z drugim, če hoče ohraniti redni delovni proces. Bolnik, ki se zdravi leto dni ali dlje, se bo po doseženi remisiji vedno srečal s problemom vrnitve v delovno okolje, tako zaradi narave bolezni, vsled katere je bil odsoten, miselnosti sodelavcev glede te bolezni, kakor tudi glede na potrebo delodajalca po delavcu. S takimi problemi se redno srečujejo bolniki s shizofrenijo in shizotipskimi in blodnjavimi motnjami, bolniki s trajnejšimi razpoloženskimi motnjami in bolniki z boleznimi odvisnosti po dolgotrajnejših zdravljenjih (npr. triletno zdravljenje odvisnosti od drog v terapevtskih skupnostih).

Pri nevrotskih, stresnih, somatoformnih motnjah in vedenjskih sindromih, ki so povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki, naj bi bila odsotnost z dela čim krajša, redna psihoterapija pa bi morala potekati izven bolniškega staleža. Praviloma je v teh primerih zdravljenje tudi sicer dolgotrajno, odsotnost z dela pa odpre začarani krog kroženja od specialista do specialista in od komisije do komisije. Praktična rešitev je delo v polovičnem ali dvotretjinskem delovnem času, lahko tudi postopno zviševanje delovne obveznosti.

Organske duševne motnje po postopku diagnostike in daljšega spremljanja zagotovo zahtevajo oceno preostale delazmožnosti. Sama ugotovitev motnje, brez utemeljitve in prikaza dinamike za oceno največkrat ne zadošča. Menimo, da bi bilo pri motnjah iz te skupine potrebno že v začetni fazi bolezni izpeljati ustrezno diagnostiko in tudi psihološka testiranja. Kasnejše ponovitve testiranj lahko pokažejo napredovanje motnje in upad funkcij ter s tem omogočijo realnejšo oceno delazmožnosti.

Duševna manjrazvitost in stanja, ki so posledica motenj v duševnem razvoju, zahtevajo ustrezno oceno sposobnosti za delo pred zaposlitvijo, upoštevaje zahteve in obremenitve predvidenega delovnega mesta.

Eden težjih problemov, ki jih rešujemo izvedenci zdravniških komisij, je vrnitev bolnika na delo po doseženi remisiji. Nemalokrat delovno mesto po

zaključku bolniškega staleža preprosto ne obstaja več ali pa je zasedeno in postane naš bolnik "tehnološki presežek". Če je v postopku ocenitve na invalidski komisiji pridobil katero od kategorij invalidnosti, to po veljavni zakonodaji za delodajalca pomeni, da delavca ne sme odpustiti. Vzdrževanje takih delavcev v majhnih podjetjih seveda postane ekonomski problem.

Rešitev je mogoča na več načinov: veljavna zakonodaja sicer omogoča začasno razporeditev delavca na drugo delovno mesto še v času bolniškega staleža, vendar so v praksi taki primeri reševanja prava redkost. Vzrok je v slabi motiviranosti delodajalca (raje bo zaposlil mlajšega in zdravega delavca za določen čas) in bolnika (ki največkrat ne uvidi smisla obstoja v delovni organizaciji, s prerazporeditvijo finančno ničesar ne pridobi, od začetka postopka zdravljenja pa mu zdravstveni delavci dopovedujemo, da bi moral biti upokojen, in na tej predpostavki gradi nerealna pričakovanja). Zdravstveni delavci pa te možnosti bodisi ne poznamo ali pa s tako rešitvijo ne želimo izgubljati svojega časa ob hkratnem nesodelovanju in nemotiviranosti ostalih dveh vpletenih strani.

Edini način za reševanje opisane problematike v tem trenutku je sodelovanje delodajalca, osebnega zdravnika, zdravniške komisije in nenasprotovanje lečečega specialista. Nujne pa so tudi določene spremembe v veljavni zakonodaji in boljša organizacija dela, kar naj skrajša postopke ocenitve na invalidskih komisijah ali pa ukine možnosti takozvanih »administrativnih staležev«. Trajanje pritožbenih postopkov na invalidski komisiji II. stopnje do 16 mesecev, postopkov na delovnih in socialnih sodiščih pa tudi po več let namreč popolnoma izniči možnosti vrnitve bolnika na delovno mesto.

## MEDICINA DELA

V času, ko je stalnih zaposlitev vedno manj, ko raste število zaposlitev za določen čas in ni več zaposlitev na stalnih delovnih mestih, vse več pa je delovnih mest s specifičnimi zahtevami, se spremeni pomen stroke, kot je medicina dela. Zdravniški pregled pred prvo zaposlitvijo dobi dodaten pomen, saj stanja, ki so obstajala pred vstopom v pokojninsko-invalidsko in tudi zdravstveno zavarovanje, ne dajejo več možnosti za kasnejše priznanje pravic iz zavarovanj. Poleg pregleda celotne obstoječe medicinske dokumentacije imajo za številne poklice pomen tudi psihološka testiranja in mnenje psihologa glede prognoze delovne uspešnosti. Ob vse pogostejšem menjavanju delovnih mest je večja tudi potreba po pregledih pred zamenjavo delovnega mesta. Opravljanje poklicev, ki so vezani na različne licence, terja sprotno dokazovanje zdravstvenega stanja, vedno večji pa postaja tudi pomen skrbi delavcev za lastno zdravje. Ob vseh razmejitvah pristojnosti ne more biti izključen iskalec

zaposlitve, saj ob podajanju netočnih podatkov ob pregledu medicina dela odgovornosti za kasnejši nastanek invalidnosti ne more prevzeti nase.

Ustrezni preventivni pregledi v času šolanj, poklicno svetovanje in usmerjanje, obdobji in preventivni pregledi postajajo v praksi vedno bolj pomembni.

## SKLEP

Medicinski nadzor obstaja v razvitem svetu že vsaj toliko časa, kolikor obstaja zdravstveno zavarovanje. Finančni nadzor nad porabo sredstev, zbranih s prispevki in namenjenih zdravstvenemu varstvu, je normalna pravica vsakega plačnika. Z nadzorom, ki ga izvajamo nadzorni zdravniki ZZS, se bo potrebno sprijazniti enako, kot so se podjetja sprijaznila z nadzorom računskih sodišč ali pa davkoplačevalci z napovedjo dohodnine. Očitki, da tak nadzor sploh ne sodi v zdravstvo, in trditve, da je tak nadzor »vmešavanje v stroko«, delujejo včasih bolj kot obrambni mehanizmi pred (vedno nezaželeno) kontrolo. Napredek medicinske znanosti je danes v svetu tolikšen, da bi tudi še tako velike finančne zmožnosti ne mogle kriti stroškov vseh novih postopkov diagnostike in zdravljenja. Zato so omejevanja nujna, vsa podvojevanja diagnostike, pregledov in neupravičene hospitalizacije pa ustvarjajo nepotrebne čakalne dobe in tratijo finančna sredstva. Žal tudi vse premalo cenimo čas zdravnika, ki bi moral biti namenjen pravemu strokovnemu delu. Nikakor ne moremo mimo potreb po boljši izrabi delovnega časa in ustrezni organizaciji dela v zdravstvu. Znanje in izkušnje, ki si jih pridobivamo pri vsakodnevnem delu, moramo znati posredovati tudi drugim, hkrati pa se jih moramo naučiti sprejemati od sodelavcev drugih strok. Ustrezne spremembe zakonodaje so nujne čimprej, če si seveda vsi resnično želimo boljših časov.

## LITERATURA

1. BOLOVANJE, Priručnik za ocjenu privremene nesposobnosti za rad. Institut za medicinska istraživanja I medicinu rada, Zagreb, 1982