

TELESNA OKVARA IN POTREBA PO POMOČI IN POSTREŽBI DRUGEGA V INVALIDSKEM ZAVAROVANJU

Marjan Rus, dr. med.
Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

IZVLEČEK - Pogoje za pravico do invalidnine za telesno okvaro in za pravico do dodatka za pomoč in postrežbo druge osebe pri ljudeh, ki zaradi slabega zdravstvenega stanja ne morejo več samostojno opravljati osnovnih življenjskih opravil, določa zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Z navajanjem in razlago zakonskih in drugih pravnih predpisov prikazuje prispevek pravno podlago pri ugotavljanju zavarovančevih dodatnih pravic iz tega zavarovanja in s tem utemeljuje nujnost pravilno in dobro pripraviti medicinsko dokumentacijo ob uvedbi postopka. Namenjen je osebnim zdravnikom kot pomoč pri pripravi predlogov za ocenjevanje telesne okvare in potrebe po pomoči in postrežbi. Opozori na predpisane obrazce, ki jih osebni zdravniki izpolnjujejo ob uvedbi postopka. Če so le-ti po osebnem pregledu zavarovanca ustrezno izpolnjeni, predstavljajo poleg priloženih specialističnih izvidov osnovni vir podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca, na podlagi katerih izvedenski organi Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije podajajo izvedenska mnenja. V dodatku pa je objavljen še vedno veljavni Seznam telesnih okvar iz leta 1983 z dopolnitvami iz leta 1989.

Uvod

Namen prispevka je seznaniti osebne zdravnike, ki pripravljajo predloge za ocenjevanje njihovih bolnikov na invalidskih komisijah, s pravnimi osnovami za "dodatne pravice", ki jih imajo njihovi varovanci - bolniki na podlagi pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

To zavarovanje predstavlja pomemben sestavni del sistema socialne varnosti v Sloveniji in temelji na določbah Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ) (1). Četrty člen tega zakona zagotavlja zavarovancem naslednje **pravice iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja**:

- *pravice do pokojnine*:
 - starostna pokojnina,
 - invalidska pokojnina,
 - vdovska pokojnina,
 - družinska pokojnina,
 - delna pokojnina;
- *pravice iz invalidskega zavarovanja*:
 - pravica do poklicne rehabilitacije,
 - pravica do nadomestila za invalidnost,
 - pravica do premestitve in dela s krajšim delovnim časom od polnega,
 - pravica do drugih nadomestil iz invalidskega zavarovanja,
 - pravica do povrnitve potnih stroškov;
- *dodatne pravice*:
 - pravica do **invalidnine** ali do denarnega nadomestila za **telesno okvaro**,
 - **pravica do dodatka za pomoč in postrežbo**,
 - varstveni dodatek k pokojnini;
- *druge pravice*:
 - odpravnina,
 - oskrbnina,
 - pravica do dodatka za rekreacijo ali do enkratnega letnega dodatka.

Podlaga za ugotavljanje pravice do invalidnine daje VIII. poglavje ZPIZ, podlaga za ugotavljanje pravice do dodatka za pomoč in postrežbo pa VII. poglavje zakona.

Postopek za pridobitev pravice do invalidnine in do dodatka za pomoč in postrežbo začne osebni zdravnik, lahko pa tudi sam zavarovanec. Ko zdravnik zbere ustrezno medicinsko dokumentacijo, ki zadostno in čim bolj objektivno prikazuje somatsko in/ali psihično prizadetost bolnika, pripravi ustrezen **obrazec za medicinsko izvedenstvo**, ki naj ga izpolni po kliničnem pregledu in ne le na podlagi heteroanamnestičnih izjav svojcev ali celo samo negovalnega osebja. Pomembno je, da izpolni obrazec natančno in da zapisani podatki zrcalijo dejansko stanje bolnika. Ti podatki so namreč poleg specialističnih izvidov podlaga za podajo izvedenskega mnenja, saj vprašalniki temeljijo na zakonskem predpisu, iz katerega so izpeljane pravice zavarovancev iz tega zavarovanja.

Kadar osebni zdravnik podaja predlog za pridobitev le ene pravice iz zavarovanja, pripravi samo tisti obrazec, ki je namenjen temu konkretnemu predlogu. Pri ocenjevanju telesne okvare se izpolni "Predlog za

ugotovitev telesne okvare", pri napotitvi na ocenjevanje potrebe po pomoči in postrežbi pa se uporabi obrazec "Predlog za ugotovitev potrebe po pomoči in postrežbi".

Iz tega dokumenta in iz priložene specialistične **medicinske dokumentacije** naj bodo razvidne:

- bolezenske spremembe ali poškodbe, zaradi katerih je bil sprožen postopek za uveljavljanje pravice,
- njihov vzrok,
- datumi nastanka zdravstvenih okvar in datumi zdravljenj stanj iz prve alinee,
- pa tudi funkcionalni status posameznih organov ali organskih sistemov.

Na podlagi izvida osebnega pregleda zavarovanca poda izvedenski organ Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod), to je invalidska komisija (IK) ali zdravnik izvedenec posameznik *izvedensko mnenje* o obstoju telesne okvare ali o neogibni potrebi po pomoči in postrežbi zavarovanca. Izvedenski organi zavoda delujejo po Pravilniku o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (2).

Izvedensko mnenje je podlaga za izdajo *odločbe*, ki je pravna podlaga za denarna nadomestila in druge ugodnosti, ki jih zavarovanci pridobijo v okviru sistema pokojninskega in invalidskega zavarovanja ali po drugih veljavnih predpisih.

Telesna okvara - invalidnina

Telesna okvara (TO) je podana, če nastane pri zavarovancu izguba, bistvena poškodovanost ali znatnejša onesposobljenost posameznih organov ali delov telesa. TO otežuje normalno delovanje organizma in zahteva večje napore pri zadovoljevanju življenjskih potreb, kar znižuje kakovost zavarovančevega življenja. Pri tem ni pomembno, ali TO vpliva na zavarovančevo delovno zmožnost. Sicer lahko povzroča invalidnost, ni pa to nujno. Zavarovanec na podlagi TO pridobi invalidnino kot samostojno pravico ali pa kot dodatno pravico k drugi pravici iz invalidskega zavarovanja.

Invalidnina pomeni denarni znesek, ki se aktivnemu zavarovancu ali uživalcu pokojnine izplačuje mesečno kot nadomestilo za TO.

Zavarovanec pridobi pravico do invalidnine:

- če ima ugotovljeno TO določene stopnje,
- če je TO nastala med zavarovanjem oziroma uživanjem pokojnine in
- če izpolnjuje pogoje za pridobitev pravice do invalidske pokojnine glede na doseženo pokojninsko dobo. (Ta pogoj je potreben, kadar je TO posledica bolezni ali poškodbe zunaj dela, ne pa, kadar je posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni.)

IK ali zdravnik izvedenec posameznik lahko ugotovi, da:

- je podana ena ali več TO **po seznamu TO** in določi:
 - njeno **višino v odstotkih** po točki ustreznega poglavja,
 - **datum nastanka** in
 - **vzrok nastanka**;
- gre za izgubo posameznega dela telesa ali trajno prizadetost funkcije, ki pa glede na ugotovljeni obseg prizadetosti ne dosega višine, po kateri je po seznamu mogoče določiti TO;
- TO ni v seznamu TO;
- da TO še ni mogoče oceniti, ker zdravljenje in rehabilitacija še nista zaključeni.

TO in stopnje oziroma odstotki le-teh so določeni v posebnem seznamu TO, ki ga po 3. odstavku 143. člena ZPIZ določi minister za delo po predhodnem mnenju ministra za zdravje. TO, ki niso vsebovane v seznamu TO, ne pomenijo TO v smislu definicije zakona, zato zavarovanec na podlagi take TO ne more pridobiti pravice do invalidnine. Do izdaje novega seznama se uporablja prejšnji **Samoupravni sporazum o seznamu telesnih okvar** iz leta 1983 s spremembami in dopolnitvami iz leta 1989 (3), čeprav že zaostaja za napredkom medicine. (Še veljavni seznam TO je v prilogi.) V tem seznamu so v 10 poglavjih po organskih sistemih oziroma organih navedena stanja izgube ali funkcijske prizadetosti z dogovorjenimi odstotki TO.

Poleg navedenega seznama se pri ocenjevanju TO upoštevajo tudi naslednji **sklepi predsednikov invalidskih komisij**, ki so bili ob upoštevanju novih medicinskih znanj sprejeti na priporočilo razširjenih strokovnih kolegijev ustreznih medicinskih strok:

- Vsem zavarovancem, ki jim je bila zaradi **hujše funkcionalne okvare ledvic** po poglavju X *Urogenitalni organi, A. Sečni organi, točka 3* priznana 100% TO, ostane TO nespremenjena ne glede na nadaljnji način zdravljenja (17. 6. 1993).
- Vsem zavarovankam se v poglavju X *Urogenitalni organi, B. Genitalni organi v točki 13* upoštevajo tudi stanja **parcialne mastektomije z disekcijo aksile** v enakih odstotkih, kot je navedeno pod c, d in v točkah 11 in 12, upošteva se tudi stanje **medikamentne kastracije** z agonisti LHRH v enakem odstotku, kot je navedeno pod a, b (18. 9. 1998).
- Vsem zavarovankam se po **radikalni operaciji zaradi malignoma dojke** oceni TO po poglavju X *Urogenitalni organi, B. Genitalni organi, točka 13, z ustrezno podtočko (a, b, c ali d) in* po poglavju

VI Zgornje okončine, B. Funkcionalne motnje, točka 8, z ustrežno podtočko (a, b, c, d, e ali f) (11.11.1999).

- Zavarovancem se oceni **TO hrbtnice** (poglavje VIII) upošteva se:
 - nestabilni - afunkcionalni segment:
 - premik > 3 mm (funkcionalni rgt)
 - zlom vretenca:
 - telo vretenca nižano za več kot polovico normalne višine korpusa,
 - telo vretenca nižano za manj kot polovico, prizadet pa je tudi diskus (v točki VIII 1. c šteje tudi zlom korpusa Th12 zaradi morebitne izgube funkcije Th12/L1)
 - spondilolisteza:
 - TO se prizna pri premikanju najmanj za četrtno širine korpusa in zoženju diskusa za polovico (23. 3. 2000)

Ti sklepi veljajo do sprejema novega seznama TO.

Če obstajata dve ali več TO, ki jih določa seznam, se skupen odstotek TO določi tako, da se najvišji odstotek posamične TO poveča:

- a. po 20 odstotkov za vsako nadaljnjo TO, ki znaša 50 odstotkov ali več,
- b. po 10 odstotkov za vsako nadaljnjo TO, ki znaša 40 ali 30 odstotkov.

Odstotek TO organov na pare se lahko poveča za 10 odstotkov, če za posamezne okvare teh organov ni določen poseben odstotek. Skupen odstotek TO ne sme presežati 100 odstotkov.

Kot **datum nastanka TO** se določi dan, ko je zdravljenje končano:

- datum osebne pregleda zavarovanca na IK oziroma pri zdravniku izvedencu ali
- datum izvida specialista, ki izkazuje zaključek zdravljenja, ali
- datum nastanka poškodbe ali bolezni, če je že takrat anatomska ali funkcionalna okvara dokončna.

Datum nastanka TO je pomemben, ker s tem dnem zavarovanec pridobi pravico do invalidnine. Izplačilo invalidnine pa je odvisno od datuma vložitve zahtevka za pridobitev te pravice, zato se lahko razlikuje od datuma nastanka TO. Zavarovancu je mogoče izplačati invalidnino največ za šest mesecev nazaj od prvega dne naslednjega meseca po vložitvi zahteve. Enako pravilo se upošteva tudi v primeru sprememb v stopnji TO, katere posledica je sprememba v višini invalidnine.

Nekatere bolezni, kot je na primer možganska kap, ali pa tudi poškodbe lahko povzročijo nenadno večjo prizadetost zavarovanca, ki se le postopoma izboljšuje. Ker je treba pri ocenjevanju TO upoštevati trajnost zdravstvene okvare, se takšna stanja ocenjujejo šele ustrezen čas po nastanku spremembe. Tako se je na posvetu predsednikov IK izoblikovalo stališče, da se TO po možganski kapi ocenjuje šele šest mesecev po začetku bolezni.

Vzrok nastanka TO, ki je podan v izvedenskem mnenju, je pomemben zaradi ugotavljanja pravice do invalidnine in višine mesečnega izplačila.

Osnovna pogoja za **pridobitev pravice do invalidnine** sta izpolnjena:

- če je TO določena v veljavnem seznamu TO in
- če je TO nastala v času zavarovanja.

Kadar je TO posledica *bolezni ali poškodbe zunaj dela*, je pravica do invalidnine podana:

- pri najmanj 50-odstotni TO in
- če zavarovanec izpolnjuje pogoje za pridobitev invalidske pokojnine.

Kadar pa je vzrok TO *poškodba pri delu ali poklicna bolezen*, je pravica do invalidnine podana:

- pri najmanj 30-odstotni TO,
- ne glede na dopolnjeno pokojninsko dobo.

Zavarovanec pa pridobi pravico do invalidnine tudi, če že uživa kakšno drugo pravico po tem zakonu, na primer pokojnino, pravice na podlagi invalidnosti ali dodatek za pomoč in postrežbo. Zavarovanec ne more pridobiti pravice do invalidnine po več zakonih, ampak se sam opredeli, iz katerega zavarovanja bo to pravico prejel.

Pravico do invalidnine lahko pridobi zavarovanec kot edino pravico ali kot dodatno pravico k drugi pravici iz obveznega zavarovanja.

Zavarovanec ne more pridobiti pravice do invalidnine za TO, ki je ni dobil med zavarovanjem oziroma je pri njem nastala pred vstopom v zavarovanje. Zgolj poslabšanje take TO med zavarovanjem predstavlja samostojno TO, če seveda izpolnjuje prej navedene pogoje za izplačilo invalidnine.

Razvrstitev v posamezne **stopnje TO** se opravi na podlagi medicinskih meril, upošteva se odstotke in opise le tistih TO, ki so navedene v seznamu TO. TO so razvrščene v 8 stopenj, od katerih je 1. stopnja podana pri 100-odstotni TO, 8. stopnja pa pri 30-odstotni TO. Na razvrstitev v posamezne stopnje ne vplivajo druge okoliščine, na primer starost zavarovanca, pokojninska doba, njegov poklic, vzrok za nastanek TO, vpliv TO na invalidnost in drugo.

Odmerna invalidnine je odvisna od zneska osnove. To je znesek najnižje pokojnine za polno pokojninsko dobo, ki je veljal za december 1999 in ki se nadalje usklajuje po istem ključu kot pokojnine. Kadar je TO posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, znaša odmerni dodatek za 1. stopnjo (100-odstotno TO) 24 odstotkov osnove, nato pa se za vsako stopnjo TO dodatek znižuje za 2 odstotka in znaša za 8. stopnjo

(30-odstotna TO) 10 odstotkov. Kadar pa je TO posledica bolezni ali poškodbe zunaj dela, pa se invalidnina odmeri v višini 70 odstotkov invalidnine, katere vzrok izhaja iz dela.

Tabela 1. Odmera invalidnine glede na stopnjo TO

Stopnja TO	% TO	% od zneska osnove (pošk. pri delu, pokl. bol.)	% od zneska osnove (pošk. izven dela, bolezni)
1. stopnja	100	24	16,8
2. stopnja	90	22	15,4
3. stopnja	80	20	14,0
4. stopnja	70	18	12,6
5. stopnja	60	16	11,2
6. stopnja	50	14	9,8
7. stopnja	40	12	-
8. stopnja	30	10	-

Poleg pravice do invalidnine imajo zavarovanci v zvezi s TO tudi nekatere **druge pravice in olajšave**, ki so s finančnega stališča lahko pomembnejše.

Če je TO najmanj 70-odstotna, imajo zavarovanci pravico do prištete dobe in do znižanja starostne meje za pridobitev pravic. **Prišteta doba** pomeni, da se za pridobitev in odmero pravic prišteje k zavarovalni dobi še ena četrtina dobe dejanskega zavarovanja. Prišteta doba je priznana tistim zavarovancem, ki so:

- zavarovanci s TO najmanj 70 odstotkov,
- slepi,
- gluhi (novost, prizna se od 1. 1. 2000),
- oboleli za cerebralno in otroško paralizo,
- oboleli za distrofijo in sorodnimi mišičnimi in nevromišičnimi boleznimi in tetraplegijo, multiplo sklerozo ter ekstrapiramidnimi boleznimi.

Hkrati se tem zavarovancem zniža tudi zahtevana starost za priznanje pravic za eno leto za vsaka štiri leta, prebita v zavarovanju.

TO v višini 80 odstotkov ali več na spodnjih okončinah ali medenici in popolna izguba vida je podlaga za oprostitev davka od cestnih motornih vozil (4) in carine pri nakupu osebnega avtomobila (5).

Zato v mnenju posebej opredelimo odstotek TO na spodnjih okončinah. Upravičeni so tudi carine za drugo specifično opremo ter tehnične pripomočke in njihove rezervne dele. Sem spadajo invalidski vozički, naprave in dvigala za transport invalidov, prilagojene postelje, blazine proti preležaninam, kopalne kadi, kabine za prhanje, prilagojeni umivalniki in WC školjke, fizioterapevtski pripomočki ter bergle pa tudi prilagojeni PC računalniki in telefonski aparati ter pripomočki za mišično obolete in za paraplegike. Invalidi z 80- in večodstotno okvaro organizma, zaradi katere se težje gibljejo, smejo parkirati motorna vozila na krajih, kjer to sicer ni dovoljeno, seveda če tako parkirano vozilo ne ogroža drugih udeležencev v cestnem prometu. Motorno vozilo mora biti v ta namen označeno s predpisano parkirno karto, ki jo izda upravna enota, kjer ima upravičenec stalno ali začasno prebivališče. V praksi se upoštevajo okvare spodnjih okončin in hrbtenice. (6)

V zvezi z zaposlovanjem imajo subvencijo v višini 80 odstotkov zjamčene plače tudi delodajalci, ki zaposlujejo invalide z najmanj 80-odstotno TO. (7)

Novost novega zakona je, da se invalidnina ne izplačuje upravičencem v tujino.

Dodatek za pomoč in postrežbo

Dodatek za pomoč in postrežbo (DPP) je ena izmed "dodatnih pravic" iz invalidskega zavarovanja in temelji izključno na upoštevanju ugotovljenega zdravstvenega stanja upravičenca.

Pravico do DPP imajo zavarovanci in upokojeanci, ki jim je za osnovne življenjske potrebe neogibna stalna pomoč in postrežba drugega:

- pri opravljanju vseh ali večine osnovnih življenjskih potreb,
- zaradi stalnega nadzora psihiatričnega bolnika v domači oskrbi,
- zaradi slepote ali slabovidnosti,
- zaradi nepokretnosti in
- pri najtežje prizadetih upravičencih.

Namen dodatka je, da te osebe vsaj delno poravnajo stroške, ki nastanejo zaradi stalne pomoči druge osebe pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb. Pogoje za pridobitev te pravice in višino dodatka določa ZPIZ, ki v novi verziji iz leta 1999 glede te pravice ne prinaša veliko sprememb. Nova je le pravica do delnega DPP pri zaposlenih slabovidnih zavarovancih, po 1. 1. 2003 pa bodo na novo DPP prejemale tudi slepe osebe, zdravstveno zavarovane po drugem zavarovancu zavoda oziroma po upokojeancu.

Po določbi ZPIZ je pomoč in postrežba uživalcu pokojnine neogibno potrebna za opravljanje **vseh** osnovnih življenjskih potreb, kadar zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju ne more zadovoljevati osnovnih življenjskih potreb, ker se niti ob osebnih prizadevanjih in ob pomoči ortopedskih pripomočkov **ne more samostojno gibati v stanovanju in izven njega, samostojno hraniti, oblačiti in slačiti, se obuvati in sezuvati, skrbeti za osebno higieno**, kakor tudi ne opravljati drugih življenjskih opravil, neogibno potrebnih za ohranjanje življenja.

Pomoč in postrežba je uživalcu pokojnine neogibno potrebna za opravljanje **večine** osnovnih življenjskih potreb, kadar zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju ne more zadovoljevati **večine osnovnih življenjskih potreb**.

Na osnovi določil zakona je sestavljen obrazec "Predlog za ugotovitev potrebe po pomoči in postrežbi", ki je edini samostojni sestavni del obvezne medicinske dokumentacije za ocenjevanje DPP. Ob tem naj opozorim, da obrazec 3 ("Predlog za medicinsko izvedenstvo") ni potreben, kadar se ocenjuje samo DPP. Obrazec vsebuje naslednja vprašanja, na katera mora obvezno odgovoriti osebni zdravnik, ko vloži zahtevek za DPP (odgovori naj temeljijo na poznavanju dejanskega stanja zavarovančevih sposobnosti):

- Ali se zavarovanec sam *hrani*?
- Ali se sam *oblači in slači* (čeprav s težavo in počasi)?
- Ali se sam *obuva in sezuva*?
- Ali se *giblje* samostojno ali s pomočjo ortopedskih pripomočkov: v stanovanju?
- Ali se *giblje* samostojno ali s pomočjo ortopedskih pripomočkov: zunaj?
- Ali je samostojen v skrbi za *osebno higieno*?
- Ali je samostojen pri opravljanju *fizioloških potreb*?

V nadaljevanju pa je vprašalnik usmerjen tudi na druge somatske ter psihične motnje zavarovanca, ki glede na določila zakona predstavljajo ostala pravila za ugotovitev pravice do DPP:

- Ali je popolnoma *slap ali slaboviden*? (Obvezen je izvid okulista.)
- Ali je popolnoma *nepomičen*?
- Ali zaradi *psihične prizadetosti* potrebuje *stalen nadzor*? (Obvezen je izvid psihiatra.)
- Ali potrebuje 24-urno pomoč svojcev oz. laični nadzor *in stalno strokovno nego* (najmanj zdravstveni tehnik) in od kdaj dalje (mesec in leto)?
- Katere storitve strokovne nege so zavarovancu potrebne in kolikokrat na dan/teden (nega dekubitusne rane, nega umetne telesne odprtine kot npr. traheostoma, gastrostoma, anus praeternaturalis, nastavitev infuzij, i.v. oz. i.m. terapija, odvzem krvi za laboratorijske preiskave, nastavitev gastrične sonde, klizma in drugo)?

Pomemben je tudi podatek, ali je osebni zdravnik zavarovanca pregledal v ambulanti, na domu ali v stacionarni ustanovi, najpogosteje je to dom starejših občanov, ali pa je izpolnil vprašalnik brez osebnega pregleda le na osnovi heteroanamnestičnih podatkov svojcev oziroma medicinskega osebja.

ZPIZ v nadaljevanju navaja, da je pomoč in postrežba uživalcu pokojnine neogibno potrebna za opravljanje večine osnovnih življenjskih potreb, kadar kot težji **psihiatrični bolnik** v domači negi potrebuje stalno nadzorstvo.

Po stališču razširjenega strokovnega kolegija (RSK) za psihiatrijo iz leta 1993 je težji psihiatrični bolnik kronični bolnik z izgubo realitetne kontrole, ki zaradi duševnih, telesnih ali socialnih posledic bolezni ne more zadovoljevati večine ali vseh osnovnih življenjskih potreb in rabi občasen ali stalen nadzor. Izraz "v domači negi" pomeni, da bolnik biva zunaj stacionarne psihiatrične ustanove bodisi doma, v domu za starejše občane (socialni zavod) ali pa v tuji družinski oskrbi. Oceno oziroma stopnjo prizadetosti naj poda specialist psihiater.

Definicija težjega psihiatričnega bolnika, kot jo je podal RSK za psihiatrijo, je vključena tudi v Sklepu o kriterijih in merilih, kdaj je psihiatričnim bolnikom potrebno stalno nadzorstvo, ki ga je sprejela Skupščina Zavoda. (8)

Naslednja skupina upravičencev do DPP so **nepokretni (nepomični)** zavarovanci, zaposleni primerno svojim delovnim zmožnostim, vendar najmanj s polovico polnega delovnega časa, pa tudi nepomični s pridobljeno pravico do poklicne rehabilitacije, seveda če nimajo pravice do DPP po kakšni drugi podlagi. To pravico ohranijo tudi po prenehanju delovnega razmerja brez lastne volje ali krivde. Nepomičnim osebam se dodatek odmeri v enaki višini kot pri tistih, ki ne zmorejo opravljati vseh osnovnih življenjskih opravil. Za nepokretnega (nepomičnega) se šteje zavarovanec, pri katerem je zmožnost premikanja zmanjšana najmanj za 70%.

Na podlagi Sklepa o merilih za ugotavljanje zmožnosti premikanja za najmanj 70%, ki ga je sprejela skupščina Zavoda (9), je zmožnost premikanja zmanjšana za 70% pri tistih zavarovancih, ki se zaradi prizadetosti udov ali ostalega gibalnega sistema ob pomoči ortopedskih pripomočkov ali tudi brez njih, kjer jih ni mogoče uporabiti, premikajo z veliko težavo in morajo v to dejavnost vlagati čezmerne napore.

Tako je zmožnost premikanja zmanjšana najmanj za 70% pri zavarovancih:

- paraplegikih, ki so zaradi paralize spodnjih okončin vezani na invalidski voziček;
- ki so zaradi svojega zdravstvenega stanja trajno vezani na invalidski voziček;

- ki se zaradi delne ohromitve okončin (tetrapareze, parapareze, hemipareze) z opornimi aparati premikajo s težavo in morajo v to dejavnost vlagati čezmerne napore;
- z nadkolenskimi amputacijami okončin, ki se kljub uporabi protez lahko premikajo le s podporo bergel ali palic;
- s podkolenskimi ali nadkolenskimi amputacijami okončin, pri katerih ni mogoča namestitev protez in so trajno vezani na invalidski voziček;
- z živčnomišičnimi ali mišičnimi boleznimi, pri katerih elektrofiziološke preiskave in izvid o testiranju mišic pokaže tolikšen izpad funkcije mišic gibalnega sistema, da ni več možno samostojno premikanje v prostoru brez pomoči druge osebe;
- z nadlahtno izgubo obeh zgornjih okončin s krni, neprimernimi za namestitev funkcionalnih protez (delovnih, mehaničnih ali elektronskih).

Slepi in slabovidni imajo pravico do DPP, če so kot taki že sklenili delovno razmerje ali začeli opravljati samostojno poklicno dejavnost, pa tudi če so takšni postali v času zavarovanja. Tudi po prenehanju delovnega razmerja brez lastne volje ali krivde ohranijo to pravico. Pravico do DPP na podlagi slabovidnosti je uvedel šele novi ZPIZ in jo je zato mogoče priznati največ od 1. 1. 2000.

Pravico do DPP imajo tudi osebe, ki so oslepele kot uživalci pokojnine. Tistim, ki so v obdobju po upokojitvi postali slabovidni, pa ta pravica ne pripada.

Pravico do DPP bodo po 1. 1. 2003 imele tudi slepe osebe, ki so zdravstveno zavarovane po drugem zavarovancu Zavoda oziroma po upokojencu.

Slepi zavarovanci so upravičeni do višjega ("polnega") denarnega nadomestila za DPP, slabovidni pa do polovice tega zneska.

Merilo za ocenjevanje slepote in slabovidnosti je definicija, ki jo je določil RSK za oftalmologijo dne 8. 3. 1996 in jo je sprejel Zdravstveni svet dne 6. 11. 1997.

Oseba je slabovidna (2. točka definicije), če ima:

- ostrino vida manj od 0,10 do 0,05 (štetje prstov na 3 m) ali
- zožitev vidnega polja na 20 stopinj ali manj okrog fiksacijske točke ne glede na ostrino vida.

Oseba je slepa (3., 4., 5. točka definicije), če ima:

- ostrino vida manj od 0,05 (štetje prstov na 3 m) do 0,02 (štetje prstov na 1,5 m) ali
- zoženost vidnega polja okrog fiksacijske točke na 5 do 10 stopinj, ne glede na ostrino vida (3. točka);
- ostrino vida manj od 0,02 (štetje prstov na 1,5 m) zaznavanja svetlobe ali
- zoženost vidnega polja okrog fiksacijske točke do 5 stopinj, ne glede na vidno ostrino (4. točka);
- vidna ostrina je 0 (amaurosis), ni dojma svetlobe (5. točka).

Od 1. 1. 1999 dalje je v veljavi sklep o DPP za **najtežje prizadete upravičence**, ki znaša 100% najnižje pokojnine za polno pokojninsko dobo (10). To pravico ohranja še nadalje tudi novi ZPIZ. Po merilih ministrstva za zdravstvo so najtežje prizadeti upravičenci osebe, ki potrebujejo 24-urni nadzor svojcev (laična pomoč) in obvezno strokovno pomoč (najmanj zdravstveni tehnik) za stalno izvajanje zdravstvene nege.

Tako je formulirano tudi vprašanje glede najtežje prizadetih na obrazcu predloga za DPP. Navesti pa je potrebno tudi, katere storitve strokovne nege so zavarovancu potrebne in kolikokrat na dan/teden, npr. nega dekubitusne rane, nega umetne telesne odprtine, kot sta to traheostoma ali gastrostoma, anus praeternaturalis, nastavitev infuzij, i.v. oz. i.m. terapija, odvzem krvi za laboratorijske preiskave, nastavitev gastrične sonde, klizma in drugo. Če v vprašalniku ni izjave patronažne službe, mora biti zahtevku priloženo potrdilo, kdo izvaja stalno zdravstveno nego, katere storitve in kako pogosto. (Stalno izvajanje zdravstvene nege namreč pomeni izvajanje strokovne zdravstvene nege vsak dan).

Po sklepu posveta predsednikov IK 11. 11. 1999 se kot stalna strokovna pomoč in nega šteje tudi nega, ki jo prizadeti osebi nudijo svojci - laiki, če so se v konkretnem primeru za izvajanje zdravstvene nege priučili in jo opravljajo pod nadzorom zdravnika oz. patronažne sestre, ki naj podata o tem ustrezno poročilo. V teh primerih se zavarovancem, ki so te nege deležni, prizna DPP za najtežje prizadete zavarovance.

Pregled upravičenosti do DPP

Pomoč in postrežba za opravljanje **večine** osnovnih življenjskih potreb je neogibno potrebna:

- kadar uživalec pokojnine ne more zadovoljevati **večine osnovnih življenjskih potreb**,
- kadar uživalec pokojnine kot težji **psihiatrični bolnik** v domači negi potrebuje stalno nadzorstvo,
- kadar postane zaposleni zavarovanec **slaboviden** ali pa je tak bil že preden se je zavaroval.

Pomoč in postrežba je neogibno potrebna za opravljanje **vseh** osnovnih življenjskih potreb:

- kadar uživalec pokojnine ne more zadovoljevati **vseh osnovnih življenjskih potreb**,
- kadar postane zaposleni zavarovanec ali uživalec pokojnine **slep** ali pa je tak bil že preden se je zavaroval,
- kadar postane zaposleni zavarovanec **nepokreten (nepomičen)**.

DPP **za najtežje prizadete** upravičence je utemeljen

- pri osebah, ki potrebujejo 24-urni nadzor svojcev (laična pomoč) in obvezno strokovno pomoč (najmanj zdravstveni tehnik) za stalno izvajanje zdravstvene nege.

Literatura

1. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, št. 106/99 in 72/2000.
2. Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. Uradni list RS, št. 90/2000.
3. Samoupravni sporazum o seznamu telesnih okvar. Uradni list SFRJ, št. 38/83 in št. 66/89.
4. Zakon o davkih na motorna vozila. Uradni list RS, št. 52/99.
5. Uredba o uveljavljanju pravice do carinske oprostitve. Uradni list RS, št. 46/99.
6. Zakon o varnosti cestnega prometa. Uradni list RS, št. 30/98.
7. Pravilnik o izvajanju programov aktivne politike zaposlovanja. Uradni list RS, št. 71/96.
8. Sklep o kriterijih in merilih, kdaj je psihiatričnim bolnikom potrebno stalno nadzorstvo. Uradni list RS, št. 50/2000.
9. Sklep o kriterijih za ugotavljanje zmanjšanja zmožnosti premikanja zavarovancev za najmanj 70%. Uradni list RS, št. 50/2000.
10. Sklep o dodatku za pomoč in postrežbo za najtežje prizadete upravičence. Uradni list RS, št. 77/98.
11. Belopavlovič N, Cvetko A, Kalčič M, Kuhelj J, Plavšak N, Rangus B. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju s komentarjem. Ljubljana: Gospodarski vestnik, Inštitut za delovna razmerja, 2000.

SEZNAM TELESNIH OKVAR

Samoupravni sporazum o seznamu telesnih okvar (Ur.l. SFRJ št. 38/83 in št. 66/89)

I. GLAVA, USTNA VOTLINA IN VRAT

A. Lobanja in obraz

1. Skalpiranje (izguba večjega dela ali popolna izguba naglavne kože z lasmi).....30%-40%
2. Defekt lobanje po travmi nad 3 cm v ožjem premeru brez vidnih žariščnih simptomov30%
Z defektom lobanje je mišljeno pomanjkanje dela kosti lobanje.
3. Skaženost obraza, po stopnji30%-50%
Ne upoštevajo se neznatna zmanjšanja estetskega videza obraza.
S skaženostjo obraza so mišljene hujše spremembe na obrazu, ki neprijetno delujejo in otežujejo stik z okoljem.
4. Popolna izguba enega uhlja30%
5. Izguba večjega dela ali popolna izguba obeh uhljev30%-40%
6. Izguba nosu
 - a) izguba mehkih hrustančnih delov30%
 - b) izguba mehkih delov z deformacijo ali izgubo kostnih delov40%

B. Ustna votlina in vrat

7. Nezmožnost odpiranja ust (razdalja med zgornjimi in spodnjimi zobmi največ 1,5 cm, zaradi česar je potrebna tekoča hrana50%
8. Motnja na čeljusti, jeziku, nebu, farinksu in larinksu (defekti, izgube ali funkcijske motnje):
 - a) govorne motnje30%-40%
 - b) z izgubo govora70%
 - c) s težavami pri jedi40%-50%
 - d) s težavami pri jedi in govornimi motnjami50%-60%
 - e) s težavami pri jedi in izgubo govora80%
9. Trajna uporaba kanile po traheotomiji60%
10. Laringotomija
 - a) delna60%
 - b) popolna80%

II. KRANIALNI ŽIVCI, VID IN SLUH

A. Kranialni živci

1. Ohromelost – ptoza obeh vek, ki je ni mogoče popraviti s kirurškim posegom:
 - a) če je prekrit večji del zenice30%
 - b) če sta zenici popolnoma prekriti50%
2. Popolna ali delna ohromelost ali lezija bulbomotoriusa (območje inervacije okulomotoriusa, trohlearisa in abducensa), z objektivno dokazanimi diplopijami:
 - a) enostranska30%-40%
 - b) obojestranska40%-50%
3. Popolna ohromelost enega obraznega živca, brez možnosti zapiranja očesa30%
4. Obojestranska ohromelost obraznih živcev:
 - a) delna30%
 - b) popolna50%

5. Izolirana ohromelost trigeminusa:
 a) delna (s keratitisom nevroparalitika)30%
 b) popolna40%
6. Popolna ohromelost akcesoriusa40%
 Kombinirane ohromelosti in lezije V., VII., IX., X. in XII. kranialnega živca, zajete s skupnim imenom bulbarna paraliza, se ocenjujejo kot lezije možganskega debla in pseudobulbarne paralize po 9. točki III. poglavja tega seznama.

B. Vid

7. Izguba obeh očes, popolna izguba vida na obeh očesih ali izredno zmanjšanje vida (ostrina vida boljšega očesa manjša od 0,05%)100%
8. Dokajšnje zmanjšanje vida na obeh očesih, če je ostrina vida boljšega očesa 0,4 ali manj, glede na celotno zmanjšanje vida30%-90%
9. Izguba enega očesa ali popolna izguba vida na enem z zmanjšano ostrino vida na drugem očesu (če je ostrina vida na drugem očesu 0,5 ali manj)50%-90%
 Odstotek telesne okvare iz 8. in 9. točke se določi po tabeli iz 12. točke tega poglavja.
10. Izguba očesa ali vida na enem očesu, če je ostrina vida na drugem očesu večja od 0,530%
 S praktično izgubo vida enega očesa je mišljena tudi ostrina vida, manjša od 0,05.
11. Izolirane hemianopsije trajnega značaja (razen kvadratnih, binazalnih in zgornjih horizontalnih hemianopsij):
 a) bitemporalne hemianopsije30%
 b) homonimne hemianopsije.....50%
 c) spodnje horizontalne hemianopsije50%
12. Koncentrično zožanje vidnega polja na obeh očesih organskega značaja
 a) 30° do 21°50%
 b) 20° do 11°60%
 c) 10° in manj90%

Z ostrino vida je po tem poglavju mišljena ostrina vida, ki se dobi s korekcijo s stekli.
 Telesna okvara pri zmanjšanju vida po 8. in 9. točki tega poglavja se določi po tej tabeli:

		S L A B Š E O K O								
B O L J Š E O K O	Ostrina vida	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,05	0,00		
			TO v odstotkih							
	0,8 – 1,0	0	0	0	0	0	0	0	30%	
	0,6 – 0,7	0	0	0	0	0	0	0	30%	
	0,5	0	0	0	0	0	0	0	50%	
	0,4		0	30%	30%	40%	40%	40%	50%	
	0,3			30%	40%	40%	50%	50%	60%	
	0,2				50%	60%	70%	70%	80%	
	0,1					80%	80%	80%	90%	
	0,05						90%	90%	90%	
0,00								100%		

Če je ostrina vida izražena z dvema decimalnkama, se druga decimalnka zanemari, razen za ostrino vida od 0,05 ali 0,00. Ostrina vida manjša od 0,1 in večja od 0,05 se ocenjuje kot ostrina vida 0,05.

C. Sluh in vestibularni sindromi

13. Popolna izguba sluha na obeh ušesih70%
 Za popolno izgubo sluha se šteje izguba sluha nad 95% po Fowlerju.

14. Obojestranska hujša okvara sluha nad 90 % po Fowlerju60%
15. Obojestranska hujša naglušnost
 - a) skupna izguba sluha nad 70 % do 90 % po Fowlerju50%
 - b) skupna izguba sluha 60 % do 70 % po Fowlerju40%
16. Izolirani nekompenzirani vestibularni sindrom trajnega značaja30%
 Ne upoštevajo se vestibularni sindromi, ki so združeni z motnjami centralnega živčnega sistema zaradi poškodbe ali obolenja možgan in možganskega debla, zato se taki primeri ocenjujejo po 9. točki III. poglavja tega seznama.

III. MOŽGANI, MOŽGANSKO DEBLO IN HRBTENIČNI MOZEG

1. Delna motorna ohromelost ene roke ali noge30%-60%
2. Popolna motorna ohromelost ene roke ali noge80%
3. Delna motorna ohromelost ene strani telesa40%-80%
 Ne upoštevajo se diskretni piramidni deficiti.
4. Popolna motorna ohromelost ene strani telesa, paraplegije, triplegije in kvadriplegije100%
5. Motorne, senzorične ali kombinirane afazije, delne ali popole, po stopnji:
 - a) brez motenj pri branju in pisanju30%-70%
 - b) z motnjami pri branju in pisanju50%-90%
6. Ekstrapiramidalni sindrom (z jasnimi kliničnimi znaki):
 - a) enostranski, po stopnji30%-60%
 - b) dvostranski, po stopnji50%-100%
7. Travmatične epilepsije (klinično ali elektroencefalografsko dokazane, v odvisnosti od oblik, pogostih kriz in psihičnih sprememb):
 - a) brez izraženih psihičnih sprememb40%
 - b) z blažjimi psihičnimi spremembami50%-60%
 - c) s hujšimi psihičnimi spremembami70%-90%
8. Trajne organske motnje po kraniocerebralnih poškodbah (glede na težo nevroloških in psihičnih napadov)30%-100%
9. Posledice obolenj ali poškodb centralnega živčnega sistema (možganov, možganskega debla in hrbteničnega mozga), ki niso navedene v nobeni točki tega poglavja, glede na težo nevroloških motenj.....30%-100%

Določbe 1. do 6. točke tega poglavja se uporabljajo za obolenja in poškodbe.

Določbe 7. in 8. točke tega poglavja se uporabljajo za posledice poškodb.

Določbe 8. in 9. točke tega poglavja se nanašajo tudi na bulbarne in pseudobulbarne paralize, difuzne in druge lezije in motnje centralnega živčnega sistema ter na vse druge motnje tega sistema, ki niso navedene v 1. do 7. točki tega poglavja.

Določbe 9. točke tega poglavja se nanašajo tudi na posledice obolenj ali posledice poškodb hrbteničnega mozga, ki niso zajete v 1. do 8. točki tega poglavja. Pri določanju odstotka telesne okvare se za te primere upošteva tudi funkcija sfinktra.

Odstotek telesne okvare po 8. in 9. točki tega poglavja se glede na velik razpon določi analogno glede na stopnjo okvare funkcij iz 1. do 7. točke tega poglavja.

IV. SPINALNI ŽIVCI, NEVROMUSKULARNI SISTEM IN KOŽA

A. Spinalni živci

1. Okvare pleksusa brahialisa
 - a) popolna ohromelost brahialnega pleksusa80%
 - b) delna ohromelost brahialnega pleksusa40%-60%
 - c) ohromelost radialisa ali medianusa30%-40%

Stopnja telesne okvare pri delni ohromelosti brahialnega pleksusa se ocenjuje v odvisnosti od kliničnega in elektrodiagnostičnega izvida.

Popolna ohromelost radialisa ali medianusa se ocenjuje s 40 %, delna pa s 30 %.

d) popolna ohromelost ulnarisa30%

Če se pri stanju iz 1. točke pod b) in c) tega poglavja ugotovijo tudi hujše trofične spremembe ali kavzalgije (pri okvari medianusa), se določeni odstotek lahko poveča za 10 %.

2. Okvare lumbosakralnega plexusa:

a) ohromelost femoralisa40%

b) popolna ohromelost zgornjega in spodnjega glutealnega živca.....30%

c) ohromelost ishiadikusa50%

d) ohromelost tibialisa ali peroneusa30%

Delna ohromelost živcev femoralisa in ishiadikusa se ocenjuje v ustreznem nižjem odstotku.

Za delno ohromelost spinalnih živcev se štejejo klinično in elektrodiagnostično jasne funkcijske motnje (napadi), ne upoštevajo pa se diskretne lezije.

B. Mišice in nevromuskularni sistem

3. Mišične distrofije, spinalne mišične atrofije, polimiozitis in dermatomiozitis ter druga pretežno mišična obolenja v odvisnosti od stopnje zmanjšanja ali izgube funkcije30%-100%

Da bi določili odstotek telesne okvare za mišična in nevromuskularna obolenja in okvare, je nujna kompletna medicinska dokumentacija (klinična, elektrofiziološke preiskave, izvid o testiranju mišic, morda pa še encimske preiskave in biopsija).

Odstotek telesne okvare za motnje mišičnih funkcij se glede na velik razpon določi analogno okvari funkcij živčnega sistema in sklepov.

C. Koža

4. Posledice opeklin kože nad 25% zajete površine vratu in telesa, ki povzročajo skaženost in funkcionalne motnje40%-70%

V. PLJUČA IN SRCE

A. Pljuča

1. Trajno zmanjšanje funkcije pljuč kot posledica poškodbe ali bolezni pri okvari respiratorne funkcije hujše stopnje:

a) brez znakov obremenitve desnega dela srca50%-60%

b) z znaki obremenitve desnega dela srca70%-100%

2. Izguba enega pljučnega krila:

a. brez sprememb na nasprotnem hemitoraksu in brez znakov obremenitve desnega dela srca.60%

• s spremembami na nasprotnem hemitoraksu ali z okvarjeno respiratorno funkcijo hujše stopnje in z znaki obremenitve desnega dela srca70%-100%

3. Izguba enega režnja pljuč (stanja po lobektomiji), z okvaro respiratorne funkcije, srednja stopnja30%-40%

4. Poklicne pneumokonioze in poklicne bronhialne astme:

a) s trajno okvaro respiratorne funkcije, srednja stopnja40%-60%

• s trajno okvaro respiratorne funkcije, hujša stopnja, in znaki trajne obremenitve desnega dela srca70%-100%

Z okvaro respiratorne funkcije lažje stopnje je po tem seznamu mišljeno zmanjšanje respiratorne funkcije do 40 %; z okvaro respiratorne funkcije, srednja stopnja – zmanjšanje od 40 % do 60 %; z okvaro respiratorne funkcije, hujša stopnja – zmanjšanje nad 60 % norme.

Odstotki zmanjšanja respiratorne funkcije se izračunavajo glede na ustrezne teoretične vrednosti. Pri določanju stopnje zmanjšanja respiratorne funkcije se morajo obvezno uporabljati parametri »male spirometrije« po tablicah Evropske skupnosti za premog in jeklo, RV (rezidualni volumen) in plinske analize v arterijski krvi pri mirovanju ali pred obremenitvijo in med obremenitvijo z delom.

V premalo jasnih primerih se priporočajo tudi parametri, ki se dobijo z metodo telesne pletizmografije, kapnografije, compliance, difuzna kapaciteta pljuč idr.

Da dokažemo trajno obremenitev desnega dela srca, so nujni klinični, elektrokardiografski in rentgenski parametri. Višina telesne okvare pri hujši okvari respiratorne funkcije se določi glede na stopnjo obremenitve desnega dela srca. To velja za točko 1. pod b, točko 2. pod b in točko 4. pod b.

B. Srce

5. Hujša stanja po infarktu miokarda, po stopnji okvare srčne funkcije50%-100%
Navedeni razpon v odstotkih se uporablja, če obstaja po infarktu kronična koronarna insuficienca ali aneurizma srca ali organska motnja ritma ali prevajanja, kar mora biti dokazano z elektrokardiografskimi, rentgenskimi in drugimi metodami.
6. Okvara srca zaradi travme ali operacije, po stopnji okvare srčne funkcije, kar mora biti dokazano z elektrokardiografskimi, rentgenskimi in drugimi metodami50%-100%
7. Srčne napake (po stopnji okvare srčne funkcije, kar mora biti dokazano z elektrokardiografskimi, rentgenskimi in drugimi metodami)50%-90%

Višina telesne okvare pod 5., 6., in 7. točko se določi glede na stopnjo okvare srčne funkcije.

Pri lažji okvari srčne funkcije se telesna okvara določi v nižjih vrednostih, pri hujši okvari funkcije oziroma dekompenzaciji pa se telesna okvara določi v višjih vrednostih od predvidenega razpona.

Pri okvari srčne funkcije lažje stopnje se telesna okvara ocenjuje od 50 % do 60 %; pri okvari srčne funkcije srednje stopnje se telesna okvara ocenjuje od 70 % do 80 %; pri hujši okvari srčne funkcije oziroma dekompenzaciji znaša telesna okvara več kot 80 %.

VI. ZGORNJE OKONČINE

A. Izguba

1. Popolna izguba roke v rami ali izguba roke v nadlaktu s krnom, ki je krajši od 14 cm, izmerjeno od akromiona, ali s krnom, neprimernim za protezo, ali izguba roke v nadlaktu ali komolcu, z nepregibnostjo ali s kontrakturo ramenskega sklepa v neugodnem položaju80%
Za krn, neprimeren za protezo, se šteje krn, na katerem obstajajo trofične spremembe, stalne otekline, razjede, fistule, boleči nevrinomi, deformacije krna, velike brazgotine in ekstremna atrofija mišic. Neugoden položaj ramenskega sklepa je abdukcija nad 80 stopinj, addukcija pod 60 stopinj, antefleksija nad 20 stopinj ali retrofleksija.
2. Izguba roke v podlaktu ali komolcu z dobrim krnom in funkcionalno pravilnim ramenskim sklepom ali izguba roke v podlaktu s krnom, krajšim od 10 cm (merjeno od olekranona), ali s krnom, neprimernim za protezo, ali izguba roke v podlaktu z nepregibnostjo ali kontrakturo ramenskega ali komolčnega sklepa v neugodnem položaju70%
Neugoden položaj komolčnega sklepa je položaj, ko je komolec v iztegnjenem položaju ali pod kotom, večjim od 120°ali manjšim od 90°.
3. Izguba roke v podlaktu z dobrim krnom in funkcionalno pravilnim ramenskim in komolčnim sklepom.....60%
4. Izguba pesti ali vseh prstov ene roke60%
5. Izguba prstov ene roke:
 - a) izguba štirih prstov ene roke, z ohranjenim palcem50%
 - b) izguba palca, kazalca in kateregakoli drugega prsta na eni roki50%
 - c) izguba palca z metakarpalno kostjo40%
 - d) izguba palca in kazalca na eni roki40%
 - e) izguba palca in katerihkoli dveh prstov na eni roki, razen kazalca40%
 - f) izguba kazalca in katerihkoli dveh prstov na eni roki, razen palca40%
 - g) izguba palca na eni roki30%
 - h) izguba palca in kateregakoli prsta na eni roki, razen kazalca30%
 - i) izguba kazalca in kateregakoli prsta na eni roki, razen palca30%
 - j) izguba sredinca, prstanca in mezinca na eni roki30%
6. Izguba falang:
 - a. izguba enega prstnega členka na palcu in po dveh prstnih členkov na katerihkoli štirih prstih ene roke40%

- izguba enega prstnega členka na palcu, po dveh prstnih členkov na kazalcu in dveh prstnih členkov na katerikoli dveh prstih ene roke40%
- izguba enega prstnega členka na palcu in po dveh prstnih členkov na sredincu, prstancu in mezincu ene roke30%
- d) izguba po dveh prstnih členkov na vseh štirih prstih ene roke, razen na palcu30%

7. Izguba devetih prstnih členkov na prstih ene ali obeh rok30%

Za vsako nadaljnjo izgubo treh prstnih členkov na prstih rok se doda 10 %.

Določba 7. točke tega poglavja se uporablja samo za izgubo prstnih členkov ali prstov rok, ki niso zajeti v 4., 5. in 6. točki tega poglavja.

Šteje se, da je prstni členek izgubljen, če je njegov krn krajši od polovice.

Šteje se, da je prst izgubljen, če je krn proksimalnega prstnega členka krajši od polovice.

B. Funkcionalne motnje

8. Motnje ramenskega sklepa:

a) nepregibnost ramenskega sklepa v ugodnem položaju30%

Šteje se, da je ramenski sklep v ugodnem položaju v abdukciji od 70 do 80 stopinj z antefleksijo do 20 stopinj.

b) nepregibnost ramenskega sklepa v neugodnem položaju40%

Neugoden položaj je abdukcija nad 80 stopinj, addukcija ali retrofleksija

- kontraktura ramenskega sklepa, pri čemer je ohranjena abdukcija pod horizontalo30%

d) nereponiran izpah v ramenskem sklepu z omejitvijo funkcije40%

e) ohlapen ramenski sklep40%

9. Pseudoartroza humerusa50%

Pseudoartroze se ocenjujejo ne glede na to, ali je možen aparat.

10. Motnje komolčnega sklepa:

a) nepregibnost komolčnega sklepa v ugodnem položaju30%

b) nepregibnost komolčnega sklepa v neugodnem položaju40%

c) kontraktura komolčnega sklepa z obračanjem, ki je mogoče samo v neugodnem položaju30%

d) majav komolčni sklep s potrebnim aparatom40%

Komolčni sklep je v ugodnem položaju, če je komolec v kotu 90 do 120 stopinj, podlaket pa je v srednjem položaju pronacije in supinacije.

Komolčni sklep je v neugodnem položaju, če je komolec v iztegnjenem položaju ali v kotu, večjem od 120 stopinj ali manjšem od 90 stopinj, podlaket pa v pronaciji ali supinaciji.

11. Pseudoartroza podlakta:

a) če sta zajeti obe kosti40%

b) če je zajet samo radius30%

Pseudoartroze se ocenjujejo ne glede na to, ali je možen aparat.

12. Nepregibnost podlakta:

a) v pronaciji30%

b) v supinaciji40%

Podlaket je nepregiben, če sta supinacija in pronacija odvisni od položaja. Srednji položaj se šteje za ugoden in je manjši od 30 %.

13. Nepregibnost ročnega sklepa:

a) v neugodnem položaju volarne fleksije40%

b) v neugodnem položaju dorzalne fleksije ali ulnarne ali radialne deviacije30%

c) v ugodnem položaju obeh sklepov30%

Ročni sklep je v neugodnem položaju, če znaša dorzalna fleksija nad 30 stopinj ali volarna fleksija nad 20 stopinj ali deviacija radialna nad 20 stopinj ali ulnarne nad 30 stopinj.

Ročni sklep je v ugodnem položaju med 30 stopinjami dorzalne fleksije in 20 stopinjami volarne fleksije ter do 20 stopinj radialne in do 30 stopinj ulnarne deviacije. Položaj ročnega sklepa je stopnjevan od ničelnega položaja kot začetnega.

Ničelni položaj je, kadar je roka v podaljšku osi podlakti.

14. Nepregibnost vseh metakarpofalangealnih in interfalangealnih sklepov od drugega do petega prsta:

a) v ugodnem položaju na eni roki.....30%

b) v neugodnem položaju na eni roki40%

c) v neugodnem položaju na obeh rokah70%

Položaj roke je ugoden, če se lahko s palcem dotaknemo jagodic nepregibnih prstov.

15. Hujše kontrakture štirih prstov ali petih prstov, morebiti komplicirane z ankilozo posameznih sklepov, po teži oziroma ohranjenosti globalne funkcije roke:

a) na eni roki30%-40%

b) na obeh rokah50%-70%

Hujše kontrakture prstov so tiste, ki onemogočajo prijem predmetov s prsti

16. Popolna neuporabnost cele roke80%

16. točka tega poglavja se uporablja samo v primerih, ki niso zajeti v točkah

1. do 15. tega poglavja.

Sklep je nepregiben, če je nepregibnost popolna ali če je pregibanje možno samo do največ 15 stopinj.

Če so pri telesnih okvarah zgornjih okončin iz 8. do 16. točke tega poglavja hkrati podane tudi znatne trofične spremembe ali stalne otekline, fistule, razjede ali boleči nevrinomi, se odstotek telesne okvare poveča za 10 %.

Hujša kontraktura ali ankilozna prstov se šteje kot da prsta ni, če hkrati ni kateregakoli prsta na eni roki.

Če je na eni roki več telesnih okvar po tem poglavju, skupen odstotek ne more biti večji od odstotka, ki se uporablja za amputacijo.

VII. SPODNJE OKONČINE

A. Izgube

1. Izguba noge v kolku ali izguba noge v stegnu, s krnom do 12 cm, merjeno od velikega trohantra, ali izguba noge v stegnu, z nepregibnostjo ali kontrakturo kolčnega sklepa v neugodnem položaju ali izguba noge v stegnu s krnom, ki ni primeren za protezo80%

Položaj kolčnega sklepa je neugoden pod 160 stopinjami fleksije, nad 10 stopinjami abdukcije in addukcije, v zunanji ali notranji rotaciji.

2. Izguba noge v stegnu s funkcijsko dobrim krnom in kolčnim sklepom, ali izguba noge v kolenu s krnom, ki ni primeren za protezo, ali s funkcijsko motnjo v kolčnem sklepu70%

3. Izguba noge v kolenu s funkcijsko dobrim krnom in kolčnim sklepom, ali izguba noge v goleni z nepregibnostjo ali kontrakturo kolenskega ali kolčnega sklepa v neugodnem položaju, ali izguba noge v goleni z neprimernim krnom ali krnom do 8 cm60%

4. Izguba obeh goleni s krnoma, ki nista primerna za protezo100%
Šteje se, da je za protezo stegna in goleni neprimeren tisti krn, na katerem so trofične spremembe, stalne otekline, razjede, fistule, boleči nevrinomi, deformacija krna, velike brazgotine in ekstremna atrofija mišic.

5. Izguba noge v goleni s funkcijsko dobrim krnom ter kolenskim in kolčnim sklepom50%

6. Izguba noge v stopalu:

a) izguba noge v stopalu (Pirogov ali Chopart ali Syme) z neprimernim krnom.....50%

b) izguba noge v stopalu (Pirogov ali Syme ali Chopart) s funkcijsko dobrim krnom.....40%

c) izguba noge v stopalu (exarticulatio tarsometatarsalis sec. Lisfranc) z neprimernim krnom40%

d) izguba noge v stopalu (Lisfranc) s funkcijsko dobrim krnom30%

Krn stopala je neprimeren, če so na njem trofične spremembe, stalne otekline, razjede, fistule, boleči nevrinomi in brazgotine.

B. Funkcijske motnje

7. Motnje v kolkcu:

a) nepregibnost kolčnega sklepa v ugodnem položaju40%

Položaj kolka je ugoden, če je v fleksiji od 170 do 160 stopinj, v abdukciji ali addukciji do 10 stopinj in v nevtralnem rotacijskem položaju.

b) nepregibnost kolčnega sklepa v neugodnem položaju50%-70%

Položaj kolčnega sklepa je neugoden pod 160 stopinjami fleksije, nad 10 stopinjami abdukcije ali addukcije v zunanji ali notranji rotaciji.

Večji odstotek v okviru navedenega razpona se uporablja takrat, ko je kolčni sklep nepregiben v izrazitejšem kotu, ki bolj ovira funkcijo noge;

c) omejena gibljivost kolčnega sklepa30%-50%

Odstotek v okviru navedenega se vzame za hujše kontrakture raznih etiologij ter za stanja po artroplastiki.

Če je gibljivost kolčnega sklepa v smeri abdukcije, addukcije in rotacije omejena za 1/3 normalne gibljivosti, znaša telesna okvara 30 %; če je gibljivost kolčnega sklepa zmanjšana v vseh smereh za polovico normalne gibljivosti, znaša telesna okvara 40 %; če je gibljivost kolčnega sklepa zmanjšana v vseh smereh za več kot polovico normalne gibljivosti, znaša telesna okvara 50 %.

8. Pseudoartroza femurja:

a) vratu femurja60%

b) femurja50%

Pseudoartroza se ocenjuje ne glede na možnost za aparat.

9. Motnje kolenskega sklepa:

a) nepregibnost kolenskega sklepa v ugodnem položaju30%

Položaj kolenskega sklepa je ugoden pod kotom od 175° do 150°.

b) nepregibnost kolenskega sklepa v neugodnem položaju40%-60%

Za nepregibnost kolenskega sklepa v iztegnjenem položaju ali v kotu od 150° do 120° se vzame odstotek 40 %, za nepregibnost kolena v kotu od 120° do 90° se vzame 50%, za nepregibnost kolena v kotu pod 90° pa se vzame 60 %.

a. omejena gibljivost kolenskega sklepa z večjo stopnjo po anatomski ali funkcijski okvari (kontrakture raznih etiologij)30%

Gibljivost kolenskega sklepa je omejena, če je ekstenzija manjša od 150°, fleksija pa je mogoča do 90°.

d) zelo razmaan kolenski sklep, kjer je potreben aparat40%

10. Pseudoartroza goleni (tibiae ali obeh kosti)50%

Pseudoartroza se ocenjuje ne glede na možnost za aparat.

11. Slabo zraščan prelom goleni z deformacijo stopala, atrofijo mišic ali oteklino.30%-40%

12. Skrajšanje noge (absolutno):

a) od 4 cm do 7 cm30%

b) več kot 7 cm do 12 cm40%

c) več kot 12 cm60%

Absolutno skrajšanje noge se meri od spine ilium ventralis oziroma od velikega trohanterja (če so spremembe na medenici) do spodnjega roba notranjega maleolusa.

13. Nepregibnost stopala:

a) v ugodnem položaju30%

b) v neugodnem položaju40%

Šteje se, da je položaj nepregibnosti stopala ugoden, če je njegov položaj v plantarni fleksiji od 95° do 100°, v srednjem položaju inverz ije in everzije.

14. Deformacija stopala ali posledica preloma maleolusa, petnice, tarzalnih ali metatarzalnih kosti30%-40%
15. Kronični osteomyelitis noge s fistulo ali funkcijskimi motnjami30%-40%
16. Popolna neuporabnost noge80%
Ta določba se uporablja, če ugotovljena motnja funkcije noge ni določena v kakšni drugi točki tega seznama.
17. Motnje cirkulacije v nogi s pojavi, ki zaradi njih nastanejo30%-40%
Ta določba se uporablja za boleznih ožilja in za motnje cirkulacije trajnega značaja, ki občutno otežujejo funkcijo, da se dlje stoji in hodi (endarteritis obliterans, tromboflebitis z oteklino ali razjedami, kompresivni pojavi pri anevrizmih, elefantiaza, Sudeckov sindrom kot trajna posledica ter stanja po velikih opeklinah).

Če so pri funkcijskih motnjah telesnih okvar spodnjih okončin iz 1. do 16. točke hkrati tudi precejšnje trofične spremembe, stalne otekline, fistule, razjede ali boleči nevrinomi, se odstotek telesne okvare poveča za 10 %.

Če je na eni nogi več telesnih okvar smiselno temu seznamu, skupen odstotek ne more presegati odstotka za amputacijo.

Pseudoartroze se ocenjujejo ne glede na nošenje aparata.

Za nepregibnost sklepa se šteje popolna nepregibnost ali če je gibljivost sklepov možna največ 15 stopinj skupaj.

VIII. MOTNJE, ZMANJŠANJE ALI IZGUBA FUNKCIJE HRBTENICE

1. Izguba funkcije posameznega dinamičnega vertebralnega segmenta:

a) popolna izguba funkcije enega segmenta cervikalne regije30%

Pri popolni izgubi funkcije vsakega naslednjega dinamičnega vertebralnega segmenta cervikalnega dela hrbtenice se odstotek telesne okvare poveča za... 10%
Vertebralni dinamični segment sestavljata dve sosednji vretenici in vse mehko tkivo, ki ju povezuje (intervertebralni disk in vsi ligamenti). S popolno izgubo funkcije enega segmenta je mišljena končna faza v degenerativnem procesu na posameznem dinamičnem segmentu.

S popolno izgubo funkcije enega segmenta so mišljene posledice vseh procesov, ki povzročijo popolno izgubo funkcije enega segmenta (sanirani spondilitis, fraktura telesa vretenca, morbus Bechterew).

Izguba funkcije enega dinamičnega segmenta se dokazuje s kliničnim pregledom in funkcionalnimi radiografijami. S funkcionalnimi radiografijami (v maksimalni inklinaciji in reklinaciji) se dokazuje popolna negibljivost v enem segmentu v smislu končne faze.

b) torakalna kifoza30%

S fiksirano torakalno kifozo je mišljena popolna izguba funkcije z arkularno kifozo deformirane torakalne hrbtenice (v glavnem pri ankilotičnem spondilitisu – morbus Bechterew in hujših oblikah Scheurmannove bolezni ipd.).

c) popolna izguba funkcije enega segmenta lumbalne regije (končna faza)30%

Pri popolni izgubi funkcije vsakega naslednjega dinamičnega vertebralnega segmenta lumbalnega dela hrbtenice se odstotek telesne okvare poveča za... 10%

IX. PREBAVNI ORGANI

1. Močnejša zožitev požiralnika, po stopnji40%-50%
Za večjo zožitev požiralnika se šteje takšna zožitev, kjer pri ezofagoskopskem pregledu bužija ni prehodna nad številko 20. Stopnja telesne okvare se določi glede na obseg zožitve in funkcijske motnje.
2. Stanje po plastični operaciji požiralnika zaradi poškodbe ali obolenja.....50%
3. Nekompenzirana stanja po plastični operaciji požiralnika (po funkcijskih motnjah in stopnji nedohranjenosti nad 20 % standardne telesne teže)60%-80%
4. Trajna gastrostomija zaradi poškodbe ali obolenja:
 - a) splošno stanje brez motenj50%
 - b) splošno stanje z motnjami, slaba funkcija želodca in nedohranjenost nad

- 20 % standardne telesne teže60%-80%
5. Nekompenzirano stanje po resekciji želodca v odvisnosti od funkcijskih motenj, motenj splošnega telesnega stanja in nedohranjenosti nad 20 % standardne telesne teže60%-80%
- Stopnja telesne okvare pri nekompenziranem stanju po resekciji želodca se določi glede na vrsto in intenzivnost funkcijskih motenj (Dumping sindrom, ali ulcus pepticum jejunum ali hujša stopnja anemije), motenj splošnega stanja in stopnje nedohranjenosti.
6. Stanje po totalni gastrotomiji80%
7. Nekompenzirano stanje po večjih črevesnih resekcijah s precejšnjimi posledicami za splošno telesno stanje in nedohranjenost nad 20 % standardne telesne teže60%
8. Stalni anus preternaturalis80%
9. Trajne analne in perianalne fistule, ki jih kirurško ni mogoče odstraniti40%
10. Izguba analnega sfinktra:
- a) brez prolapsa črev50%
- b) s prolapsom črev.....60%
11. Trajna hujša okvara funkcije jeter zaradi bolezni ali poškodbe50%-80%
- Za hujšo okvaro funkcije jeter se šteje stanje jeter s trajno spremenjenimi in patološkimi izvidi v kliničnem, laboratorijskem in funkcijskem smislu (portalna hipertenzija, portalna encefalopatija, ascites, varices ezofagi, porast amonijaka v serumu).
- Vse poškodbe jeter, ki trajajo dlje kot tri leta, se štejejo za trajne.

X. UROGENITALNI ORGANI

A. Sečni organi

1. Izguba ene ledvice po prilagoditvi ali popolna izguba funkcije ledvice z normalno funkcijo druge ledvice.....30%
2. Funkcijska okvara druge ledvice:
- a) lažja40%-60%
- b) hujša70%-100%
- Odstotek telesne okvare se določi na podlagi izvida kreatinin klirensa, in sicer, če je vrednost kk:
- 0,83 ml/s40%
- 0,67 ml/s50%
- 0,50 ml/s60%
- 0,33 ml/s70%
- 0,25 ml/s80%
- 0,17 ml/s90%
- do 0,17 ml/s100%
3. Hujša funkcionalna okvara obeh ledvic.....60%-100%
- Odstotek telesne okvare se določi na podlagi vrednosti izvida kreatinin klirensa in sicer, če je vrednost kk:
- 0,50 ml/s60%
- 0,33 ml/s70%
- 0,25 ml/s80%
- 0,17 ml/s90%
- do 0,17 ml/s100%

Pri merilih za oceno stopnje okvare funkcije ledvic se poleg kreatinina upoštevajo tudi drugi parametri, kot so: analize uree, radiografija, IWP ipd. za dokazovanje stopnje okvare funkcije ledvic. Po novem SI sistemu se kreatinin klirens obračunava v ml/s

namesto v ml/min. Način preračunavanja je naslednji:

SI Faktor SI Konvencionalno
 kreatinin klirens 1,3 –2,3 ml/s 60 80-140 ml/min

4. Popolna in stalna inkontinenca urina ali trajna cistostomija70%
5. Trajno skrčenje mehurja, zmogljivost do 50 cm³50%
6. Stanje po plastični operaciji mehurja50%
7. Trajna zožitev uretre, z oteženim uriniranjem (zaradi sprememb izključno na uretri).....30%-50%
8. Trajne in inoperabilne fistule na mehurju s stalnim močenjem70%

Če so na podlagi drugih kliničnih in drugih raziskav podani nedvoumni dokazi za funkcijsko okvaro druge ledvice ali obeh ledvic, kreatinin klirens pa še ni spremenjen, je treba določiti stopnjo telesne okvare v skladu z 2.a točko oziroma začetno stopnjo po 3. točki.

B. Genitalni organi

9. Izguba večjega dela ali vsega penisa50%
10. Izguba obeh testisov:
 - a) pri moških nad 50 let starosti30%
 - b) pri moških do 50 let starosti50%Odstranitev obeh testisov (kirurško ali kako drugače) ali popolno uničenje funkcije obeh testisov zaradi obsevanja se šteje za izgubo obeh testisov.
11. Izguba obeh jajčnikov:
 - a) pri ženskah nad 45 let starosti30%
 - b) pri ženskah do 45 let starosti50%Kirurška odstranitev obeh jajčnikov ali izguba funkcije obeh jajčnikov zaradi obsevanja se šteje za izgubo obeh jajčnikov.
12. Izguba obeh jajčnikov in maternice:
 - a) pri ženskah nad 45 let starosti40%
 - b) pri ženskah do 45 let starosti60%Kirurška odstranitev obeh jajčnikov in maternice ali izguba funkcije jajčnikov in maternice zaradi obsevanja se šteje za izgubo obeh jajčnikov in maternice. Za izgubo maternice se šteje tudi nepopolna izguba maternice oziroma subtotalna histerektomija.
13. Amputacija dojke:
 - a) amputacija dojke, enostransko30%
 - b) amputacija dojke, obojestransko50%
 - c) amputacija dojke, enostransko radikalno40%
 - d) amputacija dojke, obojestransko radikalno60%

XI. DOLOČANJE ODSOTKA PRI DVEH ALI VEČ TELESNIH OKVARAH

Če obstajata dve ali več telesnih okvar, ki jih določa ta seznam, se skupen odstotek telesne okvare določi tako, da se najvišji odstotek posamične telesne okvare poveča takole:

- a) **po 20 %** za vsako nadaljnjo telesno okvaro, **ki znaša 50 % ali več**;
- b) **po 10 %** za vsako nadaljnjo telesno okvaro, **ki znaša 40 % ali 30 %**.

Odstotek telesnih okvar organov na pare iz I. do X. poglavja tega sezama se lahko poveča za 10 %, če za posamezne okvare teh organov s tem seznamom ni določen poseben odstotek. Skupen odstotek telesne okvare, določen po 1. in 2. točki tega poglavja, ne sme presegati 100 %.

Ponatis iz revije Zdravstveno varstvo. Z dovoljenjem avtorja in uredništva publikacij Inštituta RS za varovanje zdravja.