

REEVALUACIJA GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI U
UZORKU INVALIDSKIH UMIROVLJENIKA SR
HRVATSKE

M. Pavlović,¹ R. Čapeta,² M. Ribarić,² P. Draganov,² B. Kanceljak,¹
L. Krapac,¹ L. Pavićević¹ i N. Čorović¹

*Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb¹, Zajednica
mirovinskog i invalidskog osiguranja, Zagreb²*

(Primljeno 15. XII. 1987)

Arbitrarni tim sastavljen od liječnika-specijalista te članova drugostepene invalidske komisije SIZ MIORH reevaluirao je ocjenu gubitka radne sposobnosti u 1009 invalida-umirovljenika-dobrovoljaca (234 žene i 775 muškaraca). Ispitanici su bili umirovljeni i pregledani tijekom 1985. i 1986. god. Prosječna dob ispitanika bila je 50,4 g. (muškarci) odnosno 48,2 g. (žene). Ispitanici predstavljaju nasumce odabran uzorak među 10 870 invalida iz priobalne, kontinentalne i Zagrebačke regije, umirovljenih u istom razdoblju.

Prema glavnoj dijagnozi odgovornoj za nastanak invalidnosti utvrđen je nesklad kriterija u populaciji žena prema muškarcima ($p < 0,001$). Precijenjena je i uloga lokomotornog sustava ($p < 0,01$). Utvrđen je i značajno veći broj pogrešno ocijenjenog gubitka radne sposobnosti u skupini poljoprivrednika prema ostalim zanimanjima ($p < 0,001$).

Reevaluacija gubitka radne sposobnosti nije upozorila na postojanje razlika u ocjeni invalidnosti komisija prema regiji i skupu internističkih, lokomotornih i neuropsihijatrijskih dijagnoza.

To implicira dalja istraživanja funkcija kriterija za ocjenu gubitka radne sposobnosti.

U našoj je zemlji znatan broj invalidskih umirovljenika u usporedbi s brojem zaposlenih (1). To implicira da su u nas socijalne i zdravstvene prilike loše i/ili su kriteriji ocjenjivanja radne sposobnosti preblagi, pa je mnogi radnik s preostalom radnom sposobnošću prerano umirovljen.

Vještačenje invalidnosti je složen postupak. Tu se dinamično isprepleću medicinski, humani, socijalni, legislativni i ekonomski faktori. Ocjena gubitka radne sposobnosti zbir je ispitivanja sklada radnih mogućnosti pojedinca te osobitosti zanimanja i radnog mjesta (2). Naše zakonodavstvo propisuje nekoliko vrsta invalidnosti i promijenjene radne sposobnosti koji u obzir uzimaju sve navedene činioce (3).

Paralclizam između starenja populacije i broja kroničnih degenerativnih bolesti je dobro poznat (4, 5). Ove bolesti najčešće postaju manifestne upravo u dobi nastanka invalidnosti (6). Prikazat ćemo rezultate dobivene evaluacijom zdravstvenog stanja vezanog prvenstveno uz glavnu invalidizirajuću bolest. Uzrok gubitka radne sposobnosti najčešće je bio iz kruga kroničnih degenerativnih bolesti. Usto smo, uz uvid u dokumentaciju invalidskih komisija te podacima o zanimanju i radnom procesu, vrednovali donijetu ocjenu gubitka radne sposobnosti, netom umirovljenih invalida rada.

Ispitivanje nije utjecalo na etički, društveni, ekonomski i zdravstveni status ispitanika invalida-dobrovoljaca (7).

UZORAK I METODE

U razdoblju 1985-1986. god. na klinički pregled je pozvano 1 675 umirovljenih invalida koji su izgubili radnu sposobnost. Uzorak je pripremila stručna služba SIZ MIORH slučajnim izborom među 10 870 osoba umirovljenih zbog gubitka radne sposobnosti u istom razdoblju (8). Osobe su pozvane na pregled unutar 6 mjeseci nakon utvrđivanja statusa invalidnosti. Zbog nerazjašnjenih razloga na poziv se nije odazvalo 540 osoba. Zbog teže bolesti i nepokretnosti nije pregledano 111 invalida, a 15 je osoba u razdoblju od umirovljenja do pregleda preminulo.

Na pregled se ukupno odazvalo 1 009 invalida rada s gubitkom radne sposobnosti (775 muškaraca i 234 žene) prosječne dobi 50,4 (m) i 48,2 (ž) godine. Uzorak se sastojao od 427 dobrovoljaca iz šire okolice grada Zagreba. Iz Bjelovarske, Varaždinske, Sl. Brodske, Osječke i Gospičke regije pregledali smo 480 ispitanika (kontinentalna regija). Na pregled su se odazvale i 102 osobe iz Primorske regije (Split, Rijeka, Zadar, Šibenik). Ispitanike smo zamolili da pri pregledu predoče i najvažniju zdravstvenu dokumentaciju. Prethodno su priređeni i njihovi obrasci o invalidizaciji.

Prema glavnoj dijagnozi postavljenoj od područne invalidske komisije unaprijed smo odabrali specijalista-ordinarijusa odgovornog za prijem i medicinsku obradu. Uz specijalistički pregled ordinarijus je izvršio opći klinički pregled, a ako je bilo potrebno, konzultirao se i s drugim specijalistima. Svim pregledanima učinjeni su: EKG, dinamometrija, spirometrija, sediment urina, kolesterol, GUK, GOT, GPT, bilirubin, alkalna fosfataza, elektroforeza bjelančevina te izmjerena visina i težina. Prema potrebi izvršena je i dodatna obrada (EEG, REG, psihologijska egzaminacija, test nespecifične bronhalne reaktivnosti, tjelesna pletizmografija, plinska analiza arterijalne krvi, oscilometrija udova i rendgenska obrada).

Nakon pretraga, pregleda i uvida u nalaze pojedini ordinarijus izdao je mišljenje o stupnju funkcijskog oštećenja bolesti koja je uzrokovala invalidnost. Tim specijalista bio je sastavljen od internista, fizijatra-reumatologa, pneumoftiziologa i neuropsihijatra.

Mišljenje o svakom ispitaniku pojedini je ordinarijus obrazložio članovima drugostepene invalidske komisije ZMIORH koja se sastala kao neformalna arbitrar-

na grupa. Arbitrarna grupa radila je uobičajenim postupkom te vrednovala svaki pojedini slučaj. Zatim je zauzet stav o:

- slaganju s dijagnozama postavljenim od liječnika primarne zdravstvene zaštite (slaže se, djelomično se slaže, ne slaže se),
- slaganju s glavnom bolešću odgovornom za invalidnost verificiranom od područne invalidske komisije (slaže se, djelomično se slaže, ne slaže se),
- slaganju s ocjenom o gubitku radne sposobnosti (pravilna ocjena, potpuno pogrešna ocjena, potrebno dalje liječenje i/ili rehabilitacija, postoji invalidnost s preostalom radnom sposobnošću ili očuvana radna sposobnost uz prekvalifikaciju) (II, III. kategorija invalidnosti).

S obzirom na ove prediktore uzorak je analiziran prema spolu, zanimanju (NKV i PKV, KV i VKV, administrator, VSS, poljoprivrednik). Prema navedenim stavovima uzorak je analiziran i prema regionalnoj pripadnosti (kontinentalna regija, primorska regija, grad Zagreb). Izvršena je i podjela prema tri osnovne skupine dijagnoza (internističke bolesti, bolesti koštano-zglobnog sustava, neuropsihijatrijske bolesti). Skupine internističkih bolesti pretežno su činile bolesti kardiorespiratornog sistema. Među lokomotornim najzastupljeniji je bio cervikobrahijalni i lumbosakralni sindrom. Među neuropsihijatrijskim isticala su se posebne neuroze, alkoholom izazvani poremećaji, psihoze i cerebrovaskularna bolest.

Rezultati su prikazani u tablicama. Statistička obrada izvršena je hi-kvadrat testom (9).

REZULTATI

Rezultati su prikazani u tri skupine tablica. Prva skupina tablica odnosi se na podatke o slaganju arbitarnog tima s dijagnozama bolesti postavljenim od liječnika primarne zdravstvene zaštite, koji je započeo postupak vještačenja invalidnosti (tablice 1a, 1b, 1c, 1d). Prema našim rezultatima niti po spolu niti prema zanimanju nije bilo nesklada s arbitarnom grupom. Uzorak je bio homogeno strukturiran i s obzirom na skupine ispitivanih dijagnoza, a nije se razlikovao ni prema regionalnoj pripadnosti. Tako je s obzirom na postavljene dijagnoze liječnika primarne zdravstvene zaštite stav arbitrarne grupe bio u cijelosti sukladan.

Druga skupina tablica prikazuje rezultate stava arbitrarne grupe s obzirom na glavnu invalidizirajuću bolest verificiranu od područne invalidske komisije. Prema vrednovanju s obzirom na regionalnu pripadnost i zanimanje nije bilo statistički značajne razlike (tablice 2a i 2c). Uzorak se pokazao heterogeno strukturiran prema spolu ($p < 0,01$) (tablica 2b). Prema stavu arbitrarne grupe u žena je bio veći broj pogrešno procijenjenih dijagnoza odgovornih za invalidnost ako se usporede s populacijom muškaraca. Prema našem istraživanju, s obzirom na tri skupine ispitivanih dijagnoza, u slučaju lokomotornih bolesti stav arbitrarne grupe se kosio s područnim invalidskim komisijama ($p < 0,01$). Prema skupini internističkih i neuropsihijatrijskih bolesti uloga lokomotornih bolesti je precijenjena (tablica 2d).

Tablica 1a.

Slaganje arbitrarne grupe s dijagnozama liječnika primarne zdravstvene zaštite s obzirom na regije

	Sláže se		Djelomično		Ne sláže se		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zagreb	412	96,5	9	2,1	6	1,4	427	100
Kontinent	458	95,4	10	2,1	12	2,5	480	100
Obala	100	98,0	1	1,0	1	1,0	102	100
Ukupno	970	96,1	20	2,0	19	1,9	1009	100

$$\chi^2 = 2,574$$

$$SS = 4$$

N.S.

Tablica 1b.

Slaganje arbitrarne grupe s dijagnozama liječnika primarne zdravstvene zaštite prema spolu

	Sláže se		Djelomično		Ne sláže se		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muškarci	750	96,8	11	1,4	14	1,8	775	100
Žene	220	94,0	9	3,9	5	2,1	234	100
Ukupno	970		20		19		1009	

$$\chi^2 = 5,586$$

Tablica 1c.

Slaganje arbitarnog tima s dijagnozama liječnika primarne zdravstvene zaštite s obzirom na zanimanje

Zanimanje	Sláže se		Djelomično		Ne sláže se		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poljoprivrednici	60	95,2	1	1,6	2	3,2	63	100
NKV i PKV	372	96,6	7	1,8	6	1,6	385	100
KV i VKV	389	95,4	10	2,4	9	2,2	417	100
Administratori	86	97,8	1	1,1	1	1,1	88	100
VSS	54	96,4	1	1,8	1	1,8	56	100
Ukupno	970		20		19		1009	

$$\chi^2 = 2,058$$

$$SS = 8$$

N.S.

Tablica 1d.

Slaganje arbitrarnog tima s dijagnozama liječnika primarne zdravstvene zaštite prema skupini dijagnoza

Skupine dijagnoza (bolesti)	Slaže se		Djelomično		Ne slaže se		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Internističke	557	96,2	10	1,7	12	2,1	579	100
Lokomotorne	173	93,5	7	3,8	5	2,7	185	100
Neuropsihijatrijske	240	98,0	3	1,2	2	0,8	245	100
Ukupno	970		20		19		1009	

$\chi^2 = 6,397$
SS = 4

Tablica 2a.

Slaganje arbitrarnog tima i dijagnoze invalidske komisije u pojedinim regijama

	Slaže se		Djelomično		Ne slaže se		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zagreb	400	93,7	21	4,9	6	1,4	427	100
Kontinent	448	93,3	20	4,2	12	2,5	480	100
Obala	100	98,0	1	1,0	1	1,0	102	100
Ukupno	948		42		19		1009	

$\chi^2 = 5,201$
SS = 4
N.S.

Tablica 2b.

Slaganje arbitrarnog tima i dijagnoze invalidske komisije s obzirom na spol

	Slaže se		Djelomično		Ne slaže se		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muškarci	737	95,1	23	3,0	15	1,9	775	100
Žene	211	90,2	19	8,1	4	1,7	234	100
Ukupno	943		42		19		1009	

$\chi^2 = 11,974$
SS = 2
P < 0,01

Tablica 2c.

Slaganje arbitrarnog tima i dijagnoze invalidske komisije prema zanimanju

Zanimanje	Sláže se		Djelomično		Ne sláže se		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poljoprivrednici	58	92,1	4	6,3	1	1,6	63	100
NKV i PKV	364	94,6	14	3,6	7	1,8	385	100
KV i VKV	391	93,8	17	4,1	9	2,1	417	100
Administratori	83	94,3	4	4,6	1	1,1	88	100
VSS	52	92,6	3	5,4	1	1,8	56	100
Ukupno	948	94,0	42	4,1	19	1,9	1009	100

$$\chi^2=1,717$$

$$SS=8$$

N.S.

Tablica 2d.

Slaganje arbitrarnog tima i podruinih invalidskih komisija s obzirom na skupine dijagnozu

Skupine dijagnoza (bolesti)	Sláže se		Djelomično		Ne sláže se		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Internističke	555	95,9	13	2,2	11	1,9	579	100
Lokomotorne	164	88,7	16	8,6	5	2,7	185	100
Neuropsihijatrijske	229	93,5	13	5,3	3	1,2	245	100
Ukupno	948		42		19		1009	

$$\chi^2=16,836$$

$$SS=4$$

$P < 0,01$

Rezultati evaluacije gubitka radne sposobnosti prikazuje treća skupina tablica (3a, 3b, 3c, 3d). Arbitarna grupa složila se s gubitkom radne sposobnosti ispitanika podijeljenih po regionalnoj pripadnosti u visokom postotku (77,1 – 83,6 %). Slično se uzorak pokazao podijeljen na dijagnostičke skupine (78,0 – 81,2%), a uzorak je bio statistički homogeno strukturiran. Reevaluacija gubitka radne sposobnosti upućuje na to da je različit kriterij područnih invalidskih komisija pri ocjeni gubitka radne sposobnosti poljoprivrednih osiguranika ($p < 0,001$). S gubitkom radne sposobnosti ove kategorije zanimanja arbitrarna grupa se uopće nije složila (smatra da je ocjena gubitka radne sposobnosti pogrešna) u čak 22,2% ispitanika (tablica 3c). Nađena je znatnija učestalost drugačije ocjene invalidnosti u ženskoj populaciji prema muškarcima (12,4 – 4,9%), a uzorak je bio statistički heterogen ($p < 0,001$) (tablica 3b).

Tablica 3a

III. reevaluacija ocjene radne sposobnosti prema regiji

Regija	Slaže se		Dalje liječenje		II/III. kategorija		Nema invalidnosti		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zagreb	537	83,6	15	3,5	34	6,0	21	4,9	427	100
Kontinent	370	77,1	29	6,0	40	8,3	41	8,6	480	100
Obala	80	78,4	5	4,9	12	11,8	5	4,9	102	100
Ukupno	807	80,0	49	4,9	86	8,5	67	6,6	1009	100

$$\chi^2 = 10,632$$

$$SS = 6$$

N.S.

Tablica 3b

III. reevaluacija ocjene radne sposobnosti prema spolu

	Slaže se		Dalje liječenje		II/III. kategorija		Nema invalidnosti		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muškarci	625	80,6	40	5,2	72	9,3	38	4,9	775	100
Žene	182	77,8	9	3,8	14	6,0	29	12,4	234	100
Ukupno	807		49		86		67		1009	

$$\chi^2 = 18,316$$

$$SS = 3$$

P < 0,001

Tablica 3c.

III. reevaluacija ocjene radne sposobnosti prema zanimanju

Zanimanje	Slaže se		Dalje liječenje		II/III. kategorija		Nema invalidnosti		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Poljoprivrednici	44	69,9	5	7,9	0	-	14	22,2	63	100
NKV i PKV	431	83,4	20	5,2	29	7,5	15	3,9	385	100
KV i VKV	328	78,6	19	4,6	42	10,0	28	6,7	417	100
Administratori	64	72,8	4	4,5	14	15,9	6	6,8	88	100
VSS	50	89,3	1	1,8	1	1,8	4	5,1	56	100
Ukupno	807		49		86		67		1009	

$$\chi^2 = 48,177$$

$$SS = 12$$

P < 0,001

Tablica 3d.

III. reevaluacija ocjene radne sposobnosti prema vodećoj dijagnozi

Dijagnoze (bolesti)	Slaže se		Dalje liječenje		II/III. kategorija		Nema invalidnosti		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Internističke	470	81,2	23	4,0	49	8,5	37	6,4	579	100
Lokomotorne	146	78,9	12	6,5	12	6,5	15	8,1	185	100
Neuro psihijatrijske	191	78,0	14	5,7	25	10,2	15	6,1	245	100
Ukupno	807		49		86		67		1009	

$\chi^2=5,038$

SS=6

N.S.

RASPRAVA

Težnja je svakog društva da radna populacija u cijelosti dovrši radni vijek i realizira starosnu mirovinu. Zbog niza razloga niti u najhumanijem niti u najbogatijem društvu neće se u cijelosti moći prevenirati gubitak radne sposobnosti. Literaturni izvori o prevenciji invalidnosti su oskudni. Nije jednostavno stvoriti čvrste, objektivne kriterije. Ocjena gubitka radne sposobnosti pretežno je kvalitativni pojam koji se ne može lagano kvantitativno interpretirati (10-12). Na prevenciju invalidnosti može se utjecati raznim medicinskim i nemedicinskim mjerama (13). Jedan od medicinskih faktora je usavršavanje dijagnostike za rano otkrivanje i prevenciju kroničnih degenerativnih bolesti. Osim toga, valja težiti što objektivnijoj procjeni funkcijsko-dinamičkog stanja pojedinih organskih sistema. To zahtijeva stalnu izobrazbu i usavršavanje liječnika-vještaka i učestalije kontrolne preglede osoba s poremećenom ili izgubljenom radnom sposobnošću.

U sklopu istraživanja proveli smo malu pilot-anketu s namjerom spoznaje o uzrocima zbog kojih se znatan broj invalida nije odazvao na pregled, ne obavijestivši nas o razlogu neodaziva.

Izvršili smo kućni posjet i intervjuirali 31 osobu iz okolice Zagreba. Anketa nije uputila na neke posebne momente i razloge neodaziva na pregled. Većina neodazvalih kao razlog je navela opće loše stanje ili hospitalizaciju. Nekoliko osoba navelo je još prometne veze, a dvoje nije dalo određeni odgovor. To pokazuje da je uzrok pregledanih invalida reprezentativan ali i implicira, s obzirom na broj neodazvalih, detaljnija sociomedicinska istraživanja.

Ovo je istraživanje proisteklo iz oglednog programa pregleda umirovljenih invalida s pionirskom namjerom utvrđivanja stavova o dijagnostičkim kriterijima i ocjeni gubitka radne sposobnosti. Evaluacija naše arbitrarne grupe upozorava na nekoliko činjenica:

- neujednačen kriterij pri ocjeni radne sposobnosti poljoprivrednika,
- precijenjenu ulogu bolesti koštano-zglobnog sistema u vještačenju gubitka radne sposobnosti te
- problem kriterija pri ocjeni gubitka radne sposobnosti žena.

Slične podatke iznose i drugi autori (14-16).

Poljoprivrednici se zbog naravi zanimanja ne mogu prekvalificirati, a ako i ima preostale radne sposobnosti, teško se može realizirati (17). Prema stavu arbitrarne grupe u velikog broja žena prema muškarcima pogrešno je donijeta ocjena gubitka radne sposobnosti. Žene su opterećene kućanskim poslovima i brigom za obitelj. U doba invalidizacije žena često je prisutan hormonski disbalans, a neoplazme i kronične degenerativne bolesti su u žena učestalije nego u muškaraca (18). S druge strane informiranost o pravima iz invalidskog osiguranja u našoj populaciji je niska (19). Sve to uzrokuje pritisak na rad invalidskih komisija. To ne može opravdati nerazmjer pogrešno ocijenjenog gubitka radne sposobnosti ženske populacije prema muškarcima. Sukladan je stav arbitrarne grupe o slaganju dijagnoza postavljenih od liječnika primarne zdravstvene zaštite. Više je pogrešnih procjena dijagnoza postavljenih kao odgovornih za invaliditet od invalidskih komisija, što se još jasnije razabire u reevaluaciji naše arbitrarne grupe. To pokazuje da je s medicinskog aspekta prevencija invalidnosti ovisna o boljoj objektivizaciji i funkcijskoj procjeni organskih sistema uopće, a napose lokomotornog sustava (20-23).

Istraživanje implicira da regionalna pripadnost i patologija te zvanje i zanimanje radnika ne utječu na potencijalnu pogrešnu procjenu pri vještačenju gubitka radne sposobnosti.

Literatura

1. *Izvršno vijeće Sabora*: Analiza primjene sistema mirovinskog i invalidskog osiguranja, Delegatski vjesnik, 398 (1987) 23-45.
2. *Reif N.*: Principi stručnog vještačenja u invalidskom i mirovinskom osiguranju, Radna sposobnost i invalidnost I, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet TIZ Zrinski, Čakovec 1986, str. 55-272.
3. Zakon o osnovnim pravilima iz mirovinskog i invalidskog osiguranja, Sl. list SFRJ br. 23/82 i 77/82.
4. *Mimica M.*: Ocjena radne sposobnosti. U: Interna medicina u praksi (priručnik za liječnike i studente) II, Školska knjiga, Zagreb 1984, str. 1087-1088.
5. *Mimica M., Janžek J., Malinar M.*: Kronične bolesti i oštećenja u invalidskih umirovljenika. U: Zbornik radova, IV jugoslovenski kongres medicine rada, Documenta, Beograd 1975. str. 338-339.
6. *Šarić M.*: Zdravstvena zaštita radnika i prevencija invalidnosti - trenutno stanje i mogućnosti razvoja. U: Priručnik o osposobljavanju i zapošljavanju invalida, Republički zavod za socijalni rad SRH, Zagreb 1985. str. 39-53.
7. Pravilnik o organizaciji, sastavu i radu stručnih organa vještačenja u mirovinskom i invalidskom osiguranju - Analitički i istraživački rad, Narodne novine 54/83 i 27/84. čl. VII.
8. Savjetovanje invalidskih komisija SR Hrvatske, Bilten 1986, Plitvička jezera 1986.
9. *Sachs L.*: Angewandte Statistik, Heidelberg Verlag, 1975.

10. Kessler H.H.: Rehabilitation of the physical handicapped, Columbia University Press, New York 1953.
11. Snook S.H., Webster B.S.: The Cost of Disability. Clin. Orthop. Rel. Res., 221 (1987) 78-84.
12. Čapeta R.: Uzroci invalidnosti. U: Priručnik o osposobljavanju i zapošljavanju invalida, Republički zavod za socijalni rad SRH, Zagreb 1985. str. 127-147.
13. Mahmutčehajić R.: Prevencija invalidnosti. U: Prevencija invalidnosti i naučnoistraživački rad, Institut za ergonomiju, Sarajevo 1985. str. 3-50.
14. Pavlič Z.: Invalidnost. U: Ginckologija, 3.izdanje, JUMENA, Zagreb 1986. str. 321.
15. Pilić V.: Uslovi penzionisanja i korišćenja penzija žena. Karakteristike i problemi ženske radne snage u Jugoslaviji, Institut za ekonomska istraživanja, Beograd 1969.
16. Krapac L., Mimica M.: Bolesti lokomotornog sistema u poljoprivrednom stanovništvu. Arh. hig. rada toksikol., 36 (1985) 371-377.
17. Desoille H., Scherer J., Treihaut R.: Regime d'assurances sociales des salaires agrocoles, Precis de medecine du travail (2e edition), Masson, Paris, New York, Barcelone, Milan 1978, str. 718-724.
18. Kulčar Ž.: Učestalost i neke osobine osnovnih (dominantnih) grupa uzroka invalidnosti sa specijalnim osvrtom na kronične bolesti u populaciji SR Hrvatske. U: Priručnik o osposobljavanju i zapošljavanju invalida, Republički zavod za socijalni rad, Zagreb 1985. str. 57-66.
19. Vidoček J., Mimica M., Janžek J.: Stavovi i mišljenje invalidskih umirovljenika prema svom socioekonomskom položaju i stupanj njihove informiranosti o sistemu invalidsko-mirovinskog osiguranja. U: Zbornik radova, IV jugoslovenski kongres medicine rada, Documenta, Beograd 1975. str. 335-337.
20. Krapac L., Zergollern J., Malinar M., Čapeta R.: Degenerative Diseases of the Cervical and Lumbosacral Spine within the Complex of General Disability. Arh. hig. rada toksikol., 34 (1983) 125-133.
21. Mooney V.: Impairment, Disability, and Handicap. Clin. Orthop. Rel. Res. 221 (1987) 14-25.
22. Nordby E.J.: Disability Evaluation of the Neck and Back. Clin. Orthop. 221 (1987) 131-135.
23. Šarić M., Mimica M.: Narodno zdravlje 34 (1987) 68-69.

Summary

DISABILITY REASSESSMENT IN A SAMPLE OF PENSIONERS IN SR CROATIA

A team of specialist doctors and members of the Second-Degree Disability Board reevaluated disability without residual working capacity in 1009 volunteers, 234 women and 775 men. These were randomly selected out of 10870 pensioners from a coastal and a continental region of SR Croatia and from the city of Zagreb.

In view of the main diagnosis responsible for the development of disability a discrepancy was found between the criteria as applied in women and in men ($p < 0.001$). The role of the diseases of the locomotive system was found to have been overestimated ($p < 0.01$). A significantly high number of false assessments was also established among agricultural workers in relation to the other occupations ($p < 0.001$).

Reassessment of working capacity did not show discrepancies in the diagnoses of diseases of the intestinal, locomotive and nervous systems as made by regional disability boards.

Results suggest a need for further analysis of the functional criteria for the assessment of disability and residual working capacity.

The Institute for Medical Research and Occupational Health,
University of Zagreb, Zagreb

Received for publication:
December 15, 1987.