

skih pregleda, nego maksimum oko 30 diaskopskih pregleda dnevno, i to uz zaštićeni rentgenski aparat, inače se liječnik izvrgava velikoj opasnosti oštećenja rentgenskim zrakama.

Za sada, dakle, dok nemamo veći broj ftiziologa, morat ćemo se zadovoljiti s time, da izvršimo najhitnije zadaće, a sistematske rtg preglede prepustiti kolegama, koji imaju za to u prvom redu zdravstvenu kondiciju, volje, smisla i samopožrtvovanja. U samom Zagrebu moći ćemo nastaviti i dalje sa sistematskim pregledima, jer imamo florograf — aparat za snimanje s rtg sjenila, — koji će uskoro proraditi, a tu nema tolike opasnosti oštećenja rtg zrakama. Ima međutim nade, da će Središnji zavod za socijalno osiguranje nabaviti i pokretni florograf, kojim će se prema potrebi moći snimati veće grupe članova i u drugim mjestima.

Jasno je, da cijeli izloženi dispanzerski rad ne može donijeti pravih uspjeha u suzbijanju tuberkuloze bez dovoljno bolničkih kreveta, potrebnih za terapiju i hospitalizaciju otvorenih tuberkuloza, no nadamo se, da će se uskoro i u tom pogledu prilike popraviti, i da ćemo već tokom slijedeće godine doći do većeg broja bolničkih kreveta, osim toga je socijalno osiguranje već i sada u boljim prilikama, jer za svoje članove ima priličan broj od 796 sanatorijskih kreveta.

Planskim intenzivnim dispanzerskim radom, oslanjajući se na podporu sindikata i zdravstvenih aktiva, zdušnim zbrinjavanjem otvorenih tuberkuloza i dobrim izborom bolesnika za sanatorijsko liječenje, učinit ćemo mnogo već i u sadašnjim prilikama.

#### Literatura:

Dr. Kesić: Osnovni problemi zdravstvene službe soc. osiguranja, Nar. zdravlje, 1945., br. 9—10.

Dr. S. Ibler: Osnovni društveni problemi tuberkuloze, Nar. zdravlje, 1945., broj 5.

Dr. Griesbach: Die Tuberkulose-Bekämpfung, Leipzig, 1941.

Dr. Čepulić: Suzbijanje tuberkuloze, Zagreb, 1940.

DR. KAZIMIR MODRIĆ:

### OCJENJIVANJE PRIVREDNE SPOSOBNOSTI U GRANI ZA IZNEMOGLOST I STAROST

Osiguranje za slučaj iznemoglosti, starosti i smrti najmlađa je grana osiguranja, koja je kod nas doduše bila predviđena zakonom o osiguranju radnika iz god. 1922., ali je provedena u život tek sa 1. IX. 1937. Glavni je cilj ove grane osiguranja, da radnicima, koji uslijed bolesti iznemognu ili koji su zbog starosti postali nesposobni za rad, omogući izdržavanje davanjem renta, a u slučaju smrti da omogući izdržavanje porodice davanjem dječjih renta, te otpisnine ili rente udovici. I ako je ova grana osiguranja na temelju gore izloženog cilja u glavnom socijalnog i privrednog karaktera, ipak je njezino značenje i u zdravstvenom pogledu neobično važno i to zbog toga, što je ona pozvana, da s jedne strane spriječava pojave iznemoglosti, a s druge strane da iz svojih kapitala za osiguranje renta podiže ustanove za liječenje bolesnih i iznemoglih. Na taj način ova grana osiguranja služi napretku i podizanju



narodnog zdravlja, jer je prvenstveno interesirana u spriječavanju narodnih bolesti i u podizanju opće higijene.

Iz ovoga se daju odrediti zadaci, koje ova grana osiguranja postavlja na liječnike: uz određivanje prava na liječenje na teret ove grane osiguranja kao i u sprovođenju ovog liječenja, zatim uz profilaktično djelovanje, imadu još i dužnost ustanovljavanja iznemoglosti kod članova, koji traže rentu za iznemoglost.

Obzirom na važnost tih zadataka, a posebno onog oko ocjenjivanja privredne sposobnosti i ustanovljenja iznemoglosti, a u težnji, da se u radu naših liječnika socijalnog osiguranja postigne što homogenije, jedinstvenije naziranje o ovom predmetu, pisan je ovaj prikaz. Njegova je potreba očigledna, kad se vidi, kako su još uvijek različita shvaćanja i mišljenja u pogledu ocjenjivanja iznemoglosti, a to je dokaz, da je u radu liječnika osiguranja pitanje ocjenjivanja radne i privredne sposobnosti jedno od najtežih — bez obzira u kojoj grani osiguranja.

Dok u grani za slučaj bolesti, kao i u onoj za nesreće osiguranik stječe pravo na davanja samim stupanjem u posao, dotle se u grani za iznemoglost, starost i smrt pravo na potpore stekne tek nakon stanovitog roka čekanja (t. zv. staž), odnosno nakon uplate stanovitog broja prinosa nedjelja, i to:

- a) za rente za iznemoglost 200 nedjelja prinosa,
- b) za starosne rente 500 nedjelja prinosa,
- c) za potpore u slučaju smrti 100 nedjelja prinosa.

U prinosa nedjelje računaju se samo one nedjelje, za koje je prinos stvarno uplaćen, ali ako je već uplaćeno 50 nedjelja prinosa, računa se i vrijeme provedeno u vojsci, kao i ono vrijeme, za koje je osiguranik bio bolestan i primao hranarinu. Za vrijeme bolesti se prinosi ne plaćaju, a za vrijeme službe u vojsci imade ih plaćati država. Osim toga računaju se i one nedjelje, za koje osiguranik može dokazati da mu je poslodavac odbio njegov dio prinosa.

Pravo na starosnu rentu stiče osiguranik kad navršši 65. godinu života uz uslov, da je uplaćeno bar 500 nedjelja prinosa. Prije navršetka 65. godine stiče pravo na rentu ako je iznemogao u smislu zakona. U slučaju smrti isplaćuju se siročadi dječje rente, a udovici otpremnina u iznosu jednogodišnjeg prava na muževu rentu u času njegove smrti, odnosno njegove rente, ako ju je prije smrti primao. Ali, ako je udova izremogla, pripada joj pravo, da umjesto otpremnine traži isplatu udovičke rente dok iznemoglost traje, odnosno doživotno, u koliko već nema pravo na koju drugu veću mirovinu ili rentu po ZOR-u.

Pravo na rentu za iznemoglost imade bez obzira na godine starosti onaj osiguranik, koji je trajno iznemogao, a da ova iznemoglost nije posljedica nesretnog slučaja, za koju iznemogli već prima rentu iz grane za nesreće. Isto tako imade pravo osiguranik koji je privremeno iznemogao, ako mu je prestalo pravo na hranarinu iz grane za slučaj bolesti, t. j. nakon 26. odnosno 52. nedjelje pa sve dok iznemoglost traje.

U smislu zakona iznemogao je onaj osiguranik, koji zbog bolesti, starosti ili duševnih mana nije u stanju, da radom prema svojim snagama i sposobnostima, a s obzirom na svoje stručno osposobljenje i dosadašnje zanimanje, zaradi ni trećinu onoga, što najamnim radom zarađuju tjelesno i dušeno zdrava lica istog osposobljenja i sličnog zanimanja.



Stanje iznemoglosti ustanovljuju uredski liječnici i na temelju njihovih nalaza i mišljenja odobravaju rentni odbori rente moliočima. U sprovođenju socijalnog osiguranja je vještačenje liječnika vrlo važan faktor, pak je potrebno, da mu se posveti najveća pažnja, tako da liječnički nalaz bude prava slika tjelesnog i duševnog stanja pregledanog lica, kako bi se i laik mogao lako snaći. Konačna odluka o iznemoglosti mora da bude rezultat najsavjetnijeg procijenjivanja činjenica, koje je liječnik ustanovio pregledom.

Na temelju zakonske definicije iznemoglost postoji samo, ako je sposobnost zarade umanjena za više od 2 trećine, odnosno više od  $66\frac{2}{3}\%$ . Prema tome kod ocjenjivanja iznemoglosti otpada važno i teško pitanje, nije li stanovita bolest posljedica nezgode, a nema ni stupnjevanja umanjivanja radne sposobnosti kao u vještačenju nakon poslovnih nezgoda. Ovdje postoje samo dvije mogućnosti: ili je osiguranik iznemogao, ili nije iznemogao.

Iznemoglost mora biti uvjetovana bolešću, starošću ili kojom drugom tjelesnom ili duševnom manom i zadatak je liječnika, da prosudi u pojedinom slučaju, da li takova bolest, odnosno duševna ili tjelesna mana, zaista umanjuju toliko sposobnost zarade pregledanog lica, da ono nije u stanju zaraditi ni trećinu onoga, što zarađuje zdrav radnik, jer nije dovoljno zadovoljiti se konstatacijom, da je dotično lice nesposobno za vršenje svog dosadašnjeg zvanja. U tome je bitna razlika između ocjenjivanja radne sposobnosti u grani bolesti i ocjenjivanja iznemoglosti. U grani bolesti ocjenjuje se nesposobnost za rad uopće bez obzira na zvanje i naobrazbu bolesnika, dok se kod ocjenjivanja iznemoglosti ove okolnosti ipak moraju uzeti u obzir. Pa i kod grane bolesti imade slučajeva, da jedna te ista bolest uvjetuje kod jednog radnika nesposobnost za rad, a kod drugog ne, već prema zaposlenju. Kod ocjenjivanja u grani za iznemoglost mora se ipak ispitati, nije li osiguranik u stanju, da u drugom zanimanju zaradi više od jedne trećine. Osobito će to doći u obzir kod nekvalificiranih radnika, koji svoje dosadašnje zanimanje mogu zamijeniti radom u poljoprivredi, u građevnoj industriji, kao kočijaši i sl., dok će kod kvalificiranih radnika mogućnost takove zamjene biti znatno manja.

Kao što vidimo, pod pojmom privredne sposobnosti ili sposobnosti zaradivanja (njem. Erwerbsfähigkeit) dolazi do izražaja zapravo ekonomski moment, efekat nagrade radne sposobnosti. Piccard definira nesposobnost za rad kao nesposobnost vršenja posla, a nesposobnost zaradivanja kao nesposobnost, da se radom nešto zaradi. Uz ova dva pojma moramo ovdje uzeti u razmatranje i pojam besposlice (pomanjkanja posla), jer kod prosudivanja sposobnosti zaradivanja osiguranika ne dolazi u obzir, da li on imade priliku, da nađe posla, nego samo činjenica, da li je on u stanju da obavlja posao. To je važno zbog toga, jer se na pitanje liječnika za vrijeme pregleda, nije li pregledani pokušao da radi kakav drugi posao, često čuje odgovor: »Što bih radio, kad za mene nema posla«. Važnost odredbe zakona, da se tek onda može dobiti renta, kad je sposobnost zarade spala ispod  $\frac{2}{3}$ , mnogima nije razumljiva. Ipak ovom prilikom treba napomenuti, da se stanovita lica imadu smatrati iznemoglima uslijed toga, što su isključena s tržišta rada. Ta bi lica inače bila sposobna za rad, ali radi neke mane, bolesti ili iznakaženja, koje izaziva gađenje, nebi mogla biti nikad primljena u posao. Tako se na pr. u Njemačkoj smatra, da je netko isključen sa tržišta rada, ako boluje od ozaene (s jakim smradom iz nosa), ili od lupusa na licu, zatim, ako je trajni kliconoša (typhus, diphterija), ako je duševno bolestan sa čestim recidivima svoje bo-



lesti. Kod padavice, gluhoće ili kod manjka jedne ruke ne priznaje se isključenje sa tržišta rada.

Liječnički nalaz mora biti tako sastavljen, da se daje lako pregledati i preispitati. Liječnički je nalaz u rentnom spisu najvažniji dokumenat, pak bi jedan od prvih postupalata morao biti, da bude čitljiv. Zalibože se liječnici ne drže tog principa, te je više puta upravo nemoguće dešifrirati razne »kaligrafije«. To isto vrijedi i za potpise liječnika, koji su skoro u pravilu nečitljivi, kao da liječnici ne poštuju svoje ime, kako veli Reichardt.

Preporučuje se, da kod pregleda rentnik bude gol, jer se inače može dogoditi, da liječniku izbjegnu stanoviti simptomi ili tjelesne mane kao gibbus, hernia i t. d., što bi moglo imati za posljedicu donošenje krivih zaključaka, a osim toga bi bacilo loše svjetlo na savjesnost liječničkog rada.

Kod prosuđivanja pojedinog slučaja valja uzeti u obzir opće stanje. Od posebne je važnosti odnos visine prema težini tijela i ove dvije mjere treba svakako navesti kod svakog pregleda, ali ne od oka i po navodu pregledanog, jer je to uvijek nesigurno. Kao mjerilo stanja ishrane i konstitucije uzimlje se obično takav odnos visine prema težini, po kojem težina tijela u kilogramima odgovara od prilike broju centimetara iznad jednog metra. Prema tome bi čovjek od 170 cm trebao biti težak oko 70 kg bez odjeće. Težina odjeće znatno varira (između 2—6 kg), pak bi već radi toga trebalo mjerenje provesti bez odjeće, a svakako treba navesti, da li je mjerenje izvršeno s odjećom ili bez nje i kako je pregledano lice bilo obučeno (u košulji, hlačama i t. d.).

U nalazima se česte naide na konstataciju, da je pregledani prerano ostario. Ovakav se zaključak obično temelji na postojanju bora na licu, sijedoj kosi i t. d. Ovdje treba imati u vidu, da ljudi koji teško rade, znadu po svojoj vanjštini izgledati mnogo stariji nego što u istinu jesu, a osim toga mogu ljudi vrlo rano posijediti. Propadanje uslijed starosti očituje se općom atrofijom kože, mišićja i kostura, pak je i tjelesna težina obično znatno ispod prosječne vrijednosti. Kod žena iza klimakterija može doći do prekomjernog debljanja, koje znade katkada zauzeti tolike razmjere, da uvjetuje iznemoglost.

U stanovitim dvojbjenim slučajevima biti će nam od važnosti nalaz žuljeva na dlanovima, jer će to biti dokazom, da pregledani radi. Prisutnost žuljeva pobuditi će sumnju u vjerodostojnost navoda pregledanog u pogledu slabe uporabivosti i pokretljivosti ruke nakon ozljeda. Razumije se, da i kod ljudi, koji traže invalidsku rentu znade biti pokušaja pretjerivanja. Tako Horn navodi, da je u 10% njegovih slučajeva bilo moguće objektivno ustanoviti djelomičnu simulaciju i to najviše u formi pretjerivanja postojećih tegoba.

Često bude u liječničkom nalazu izostavljen pregled mokraće. Ovaj je pregled jedan od sastavnih dijelova liječničkog pregleda i nalaza, te ne bi smio nikada biti propušten.

Kao što je već spomenuto, liječnički nalaz mora biti tako sastavljen, da se po njemu može vidjeti, da je pregled obavljen najbrižnije i najpornije. Sve patološke pojave moraju biti točno i jasno opisane, ali i negativan nalaz mora biti istaknut sa svim karakteristikama. Kratice B. O. morale bi nestati iz liječničkih nalaza. To osobito vrijedi za srce i pluća, a i kod svih ostalih organa, na koje se pregledani tuži. Iz dosadašnjeg iskustva znamo, da to nije uvijek bio slučaj, a nisu rijetki nalazi, u kojima je jednostavno navedena dijagnoza. Da se u budućnosti tome izbjegne i da se na neki način prisili liječnike, da pišu nalaze, po kojima se zaista pregledno može vidjeti stanje pregledanog, uvažuju se novi formulari s rubrikama za opis pojedinih dijelova tijela.



Kod oboljenja kostiju i zglobova važno je uvijek uz anatomske promjene istaknuti i funkcionalni nalaz uz točan navod ograničenja kretanja u stupnjevima i to za aktivne i pasivne kretanje. Važno je to i zbog toga, jer na pr. ukočenje koljena u savijenom položaju imade za posljedicu veće ograničenje privredne sposobnosti, nego ako je ukočeno u ispruženom položaju. Kod laktenog je zglobova povoljnije ukočenje pod kutom od 90°, nego u ispruženom položaju. Isto je tako važno, da se kod postojeće atrofije mišićja pojedinog oboljelog ekstremiteta navedu mjere uz upoređenje sa zdravim.

Kod bolesti oka treba označiti oštrinu vida, a osobito u slučajevima, gdje jedno oko manjka. U takovim se slučajevima preporučuje specijalistički pregled. Isto tako treba navesti oštrinu sluha, ako postoje subjektivne smetnje na ušima.

Rezultat pregleda imade se odraziti u diagnozi, koja mora prema tome da odgovara objektivnom nalazu. Kod postavljanja diagnoze liječnik će uzeti u obzir i subjektivne navode, ali se ovi sami po sebi ne mogu smatrati dovoljnim niti za samu diagnozu, niti za prosuđivanje umanjenja privredne sposobnosti. Ovo naročito vrijedi za diagnozu »Rheuma«, koja medicinski ne kaže ništa, te bi ju svakako trebalo ukinuti i izbrisati iz liječničkog riječnika, pogotovo, ako u samom nalazu nema dovoljnog oslonca za takovu diagnozu.

Stepen gubitka privredne sposobnosti često je vrlo različit od stepena gubitka radne sposobnosti kod iste bolesti, ali kod ljudi s različitim zaposlenjem. Tako na pr. srčana mana kod vratara, nadglednika ili namještenika u uredu, dakle kod osoba koje u svojoj službi ne vrše teških fizičkih napora, nema nikakvog, ili skoro nikakvog utjecaja na visinu zarade, dok naprotiv ista takva mana može radnika, koji vrši teške fizičke poslove učiniti potpuno nesposobnim za zaradu.

Kod prosuđivanja iznemoglosti potrebno je uzeti u obzir i opće tjelesno stanje i starost pregledanog. Imade ljudi, koji su slabi i mršavi i na prvi pogled daju utisak teškog bolesnika, a ipak nisu nikad bili bolesni, rade svoj posao i zarađuju kao i drugi. S druge pak strane imade ljudi zdrava izgleda, prilične debljine, koji su bolesni. Mjerodavan je dakle u prvom redu pažljiv pregled, a tek onda dolaze u obzir vanjski izgled, uhranjenost, tjelesna konstitucija, dakle općenito faktori, koji mogu biti od važnosti i u postavljanju diagnoze i u konačnoj ocjeni. Tako ćemo na pr. radnika, koji je loše hranjen, slabo razvijene mišićne i koštane građe proglasiti iznemoglim, ako kod njega ustanovimo stanovitu bolest, dok se drugom radniku iste vrste i sa istom bolesti, ako je dobro hranjen, jak i zdrava izgleda, ne će priznati iznemoglost. Starosti pregledanog, ako je on inače zdrav, ne pridaje se nikakova važnost, jer starost nije ni bolest, ni mana, a na starosnu rentu imade osiguranik pravo po navršetku 65. godine. Uostalom imade radnika sa 70, pa i više godina, koji obavljaju kaskada i teške poslove zarađujući kao i drugi, mlađi radnici. Ali kod ozbiljnijih bolesti uzimlje se u obzir i starost, pak će starijem čovjeku od 50—60 trebati priznati iznemoglost, koja se inače mlađem radniku ne bi priznala.

Često se osim znatne tjelesne iscrpljenosti ne nalazi nikakvih određenih bolesti. Takovo se stanje u socijalnom osiguranju znade često vidjeti kod ljudi oko 50. godine života, koji su ranije preboljeli kakovu akutnu bolest i ne mogu se iza toga nikako oporaviti (typhus, pneumonija), i ako nema više nikakvih znakova preboljele bolesti. Ovakovi slučajevi preranog marasmusa



uvjetuju iznemoglost, često i trajnu. Uopće potrebno je imati u vidu činjenicu, da se stariji ljudi nakon preboljelih težih bolesti, ili nakon nezgoda vrlo teško, ili nikako ne mogu oporaviti, te nisu više u stanju da izdrže jače tjelesne napore. Isto se tako stariji ljudi teže prilagođuju posljedicama osakaćenja nego mladi.

U ocjenjivanju iznemoglosti vrijedi općenito medicinsko pravilo, da se svaki slučaj mora individualno prosuditi i da ne smije biti nikakove šablone i šematiziranja. Osim toga treba imati u vidu, da se ovdje ne mogu primijeniti pravila koja vrijede kod ocjenjivanja umanjene radne sposobnosti nakon nesretnih slučajeva. Ako na pr. jedan pisar izgubi nogu nesretnim slučajem van posla, iznosio bi njegov gubitak radne sposobnosti 70%, ali ga radi toga ipak ne ćemo proglasiti iznemoglim, jer će on svoj posao moći i dalje nesmetano vršiti, niti će mu zarada biti manja. Naprotiv će jedan obični, manuelni radnik biti proglašen iznemoglim, jer će gubitak noge svakako utjecati na njegovu radnu sposobnost i na visinu njegove zarade. Osiguranje za nesreću uzima u obzir anatomske gubitak i ono daje oštetu za posljedice nesreće prema veličini ozljede i prema visini gubitka radne sposobnosti. Naprotiv osiguranje za iznemoglost nije oštetno osiguranje, ono ne oštećuje organske mane i gubitke, već osigurava posloprimca samo za slučaj, kad mu radi bolesti i drugih duševnih ili tjelesnih mana sposobnost zarađivanja spadne toliko, da mu bude ugrožena životna egzistencija.

Najčešći su uzroci iznemoglosti bolesti i njihove posljedice. Jedna te ista bolest ne pogađa svaki organizam u jednakoj mjeri; težina bolesti je različita, kao što su različiti tok bolesti, reakcija organizma i posljedice bolesti. Uz to se mogu pridružiti i razne komplikacije, može biti kombinacija bolesti, dakle u kratko postoji mogućnost svih mogućih kliničkih slika tako, da je nemoguće izraditi šeme, po kojima bi se bar stanoviti, veći dio bolesti mogao prosudivati i ocjenjivati. Uz to se ne smije zaboraviti, da i kod iste bolesti može sposobnost zarađivanja biti različito ograničena.

Samo u rijetkim slučajevima će jedna jedina bolest biti uzrokom iznemoglosti. U velikoj većini slučajeva vidimo, da više bolesti u svom skupnom djelovanju uvjetuju iznemoglost. Ako na pr. jedan radnik u dobi od oko 55 godina imade kronični bronhitis s jačim emfizemom pluća, računa se, da je njegova sposobnost zarađivanja umanjena za oko 50%, ako je njegovo opće zdravstveno stanje povoljno. Ali, ako uz navedene bolesti imade na pr. na podkoljenici proširene žile s ranama, koje se često otvaraju, tada će se takav radnik moći proglasiti iznemoglim. Razumije se samo po sebi, da nije dozvoljeno po ovakovom primjeru jednostavno zbrajati razne bolesti i mane, jer to bi bilo krivo i dovelo bi do sasama neispravnih ocjena. Ako na pr. jedan radnik u dobi od oko 35 godina, jake konstitucije i povoljnog općeg stanja imade gubitak jednog oka uslijed nesreće u djetinjstvu, zatim jednu sasama kompenziranu srčanu manju, jednu slobodnu ingvinalnu kilu i proširenje vena na podkoljenicama, bilo bi sasvim krivo, da zbrojimo navedene mane, t. j.

gubitak oka . . . . .	25%
kompenzirana mana na srcu . . . . .	20%
ingvinalna hernija . . . . .	15%
varikoziteti na podkoljenicama . . . . .	10%

70%



i da ga na temelju toga proglasimo iznemoglim. Takav radnik obično vrši teške poslove, a da ga srčana mana nimalo ne smeta i uopće njegova zarada odgovara zaradi sasvim normalnog, zdravog radnika.

Ako uopće uzevši nije na mjestu, da se zbrajaju manje mane ili bolesti, pa da na taj način rezultira veće umanjeno sposobnosti zarađivanja, to s druge strane imade slučajeve, gdje se pojedine bolesti, od kojih ni jedna sama za sebe ne bi uvjetovala iznemoglost, ipak moraju zbrojiti. Ako netko boluje od teže psihoneuroze, radi koje bi njegova privredna sposobnost bila za 30—40% smanjena, a uz to je slabo hranjen i tjelesno jako propao, tada se takovom radniku može priznati iznemoglost.

Kod ocjenjivanja iznemoglosti moraju se uzeti u obzir sve bolesti i postojeće mane, bez obzira kada su ove nastale. Krivo bi bilo mišljenje, da se renta za iznemoglost imade dati samo za one bolesti i mane, koje su nastupile istom u zadnje doba, a da se ne uzmu u obzir one bolesti, koje su postojale prije obaveze osiguranja. Ako na pr. jedan radnik, koji boluje od mane na srcu, imade ukočen zglobov u laktu radi tuberkuloze u zglobovima iz djetinjstva, ima ipak pravo na rentu, jer, i ako je radi ukočenog lakta još od svoje mladosti bio manje sposoban za privredu, ipak je on zarađivao više od trećine zdrave osobe, a iznemoglim je postao tek, kad se je ovoj mani pridružila grješka na srcu.

Kad ustanovi iznemoglost liječnik mora u mišljenju istaknuti, kada je ista nastupila, jer po odredbama zakona pravo na rentu (privremenu ili trajnu) počinje danom, kad iznemoglost nastupi. Treba dakle nastojati, da se utvrdi dan početka iznemoglosti, a to nije uvijek ni lako, ni moguće. Obično se kao početak iznemoglosti uzima prestanak zaposlenja, primitak u bolnicu, ev. i nesretni slučaj, teška ozljeda, udar kapi, dakle uopće zbivanja, koja se vremenski mogu odrediti. Najveću poteškoću čine oni slučajevi, gdje se renta traži duže vremena nakon prestanka posla, koji je obavezan za osiguranje, jer nam ovdje obično fale važni podaci, koji nam mogu biti mjerodavni za odgovor na pitanje o početku iznemoglosti, a to su prestanak posla radi bolesti, prestanak primanja potpora, tok liječenja i t. d. Teško je na ovo pitanje odgovoriti osobito, kad se radi o kroničnim bolestima, jer je poznato, da mnogi ljudi obavljaju dugo vremena i teže poslove s raznim kroničnim bolestima (proširenje pluća, chron. bronchitis, arterioskleroza, srčane mane). Tu ćemo se morati na taj način pomoći, da ćemo kao početak iznemoglosti uzeti vrijeme, kad su se tim bolestima pridružile komplikacije, koje su stanje toliko pogoršale, da je nastupila iznemoglost, tako na pr. kod chron. bronchitisa i proširenja pluća kad nastupi proširenje desnog srca sa znakovima zastoja u malom krvotoku, kod arterioskleroze, kad se pojave znakovi dekompenzacije, ili krvni tlak ostane konstantno visok (do 200 mm Hg i više). Ipak se u stanovitom broju slučajeva ne može odrediti početak iznemoglosti, jer pogoršanje nastupa polagano i postepeno, pak i sposobnost zarađivanja opada postepeno. U takvim slučajevima po odredbi zakona uzimlje se dan predaje molbe za rentu kao početak iznemoglosti.

Osim početka iznemoglosti treba ustanoviti, da li je iznemoglost privremena ili je trajna. Iznemoglost je privremena, kad se sa stanovitom vjerojatnošću može predvidjeti, da će u dogledno, ne dugo vrijeme nastupiti znatno poboljšanje. Trajna je pak, kad njezino uklanjanje nije moguće po ljudskom shvaćanju ili predviđanju u dogledno vrijeme. Ovo se ljudsko shva-



ćanje, ili bolje rečeno, liječničko prosuđivanje, temelji na liječničkom iskustvu i poznavanju stanja bolesti pregledane osobe. Općenito uzevši, biti će nam kod toga mjerodavno: narav i značenje postojećih bolesti i njihov upliv na cjelovitost važnih životnih organa, odnosno na životnu funkciju tijela.

Cesto se može svrsishodnim liječenjem zdravstveno stanje iznemoglosti toliko poboljšati, da se njegova sposobnost zarađivanja poveća i da iznemoglost prestane. U nekim se pak slučajevima nađe bolest, ili mana, koja sama po sebi još ne uvjetuje iznemoglost, ali postoji vjerojatnost, da će u dogledno vrijeme iznemoglost nastupiti, ako se ne sprovede odgovarajuće liječenje. U takovim je slučajevima u interesu i osiguranja kao i osiguranika samog, da se njegovo zdravstveno stanje poboljša i da se izbjegne iznemoglost. Svrha je osiguranja, odnosno grane za iznemoglost, da se iz prihoda ove grane podižu ustanove za liječenje onih bolesti, koje kod nas najviše dovode do iznemoglosti, a to su tuberkuloza i reumatizam, i da se na taj način omogući što većem broju bolesnih osiguranika, da ponovno steknu radnu i privrednu sposobnost. Za takovu vrst liječenja dolaze razumljivo u obzir samo oni slučajevi, kod kojih se može s velikom vjerojatnošću predviđati, da će poduzeto liječenje dovesti do uspjeha i do uspostavljanja sposobnosti za rad i zarađivanje. Tu moraju liječnici svaki slučaj prosuđivati po strogoj indikaciji, te ne smiju iz opće čovječnih pobuda predlagati za liječenje slučajeve, kod kojih nema nikakova izgleda u uspjeh, jer se time uzrokuju suvišni i nepotrebni troškovi.

Na temelju zakona imade pravo na rentu lice, koje nije sposobno da zaradi jednu trećinu onoga, što zaradi zdrav radnik. U praksi mora dakle liječnik da ustanovi nesposobnost za rad uslijed bolesti ili druge tjelesne ili duševne mane, dok je stvarna zarada samo jedan od kriterija, i ako jedan od najvažnijih. Ipak se je po iskustvu iz prakse pokazalo, da je radnik, koji ne može da zaradi ni trećinu onoga, što zarađuje zdravi radnik, praktično i stvarno potpuno nesposoban za posao, a isto tako i onaj radnik, koji radi samo iz želje za većom zaradom (t. j. većom od  $33\frac{1}{3}\%$ ). Ovo nam osobito potvrđuju iskustva iz renta kod nesretnih slučajeva.

Na kraju ćemo se osvrnuti u kratkim potezima na bolesti koje uvjetuju iznemoglost. U glavnom razlikujemo stacionarne defekte, koji nemaju upliva na »zdravlje« te na prave bolesti, koje u svojoj biti jesu ili mogu biti progresivne. Svaka teža ili dugotrajnija bolest u užem smislu uzrokuje (barem prolazno, privremeno) privrednu nesposobnost, odnosno iznemoglost. Bolesnici s aktivnim procesima na plućima sa vrućicom, zatim sa srčanim manama, gdje postoji ili gdje prijete insuficiencija, ne smiju raditi. Ako je pravo na bolesničke potpore isteklo, a ozdravljenje nije uslijedilo, dolazi u obzir renta za iznemoglost.

Trajnu iznemoglost uvjetuju:

Jači stepen tuberkuloze pluća. Tuberkuloza igra znatnu ulogu u osiguranju za iznemoglost i sva osiguranja stoje na principu suzbijanja tuberkuloze. Ovdje u prvom redu vrijede načela, koja su već spomenuta o izboru bolesnika za liječenje u sanatorijima. Slučajevi uznapredovale fize sa vrućicom, krvarenjem i lošim općim stanjem, s komplikacijama na grkljanu i crijevima spadaju u bolnicu radi izolacije obzirom na jaku infektivnost po okolinu. Kod svakog nalaza mora biti istaknut perkutorni i auskultatorni nalaz, sedimentacija eritrocita, nalaz ispljuvka te röntgenološki nalaz.



Jači stepen proširenja pluća (Emphyem), osobito ako postoji kronični bronhitis sa sekundarnim proširenjem desnog srca i zastojem u krvotoku. Ovo oboljenje spada u najčešća, koja uvjetuju iznemoglost.

Bronchialna asthma uvjetuje iznemoglost samo, ako su napadaji česti i jaki.

Organska oboljenja srca u odmakloj dobi uvjetuju trajnu iznemoglost, osobito kad postoji zastoj i kod arteriosklerotičnog oboljenja srčanog mišića. — Kod pregleda srca potrebno je provesti ispitivanje funkcije: 10 puta duboki čučanj sa mjerenjem pulsa, disanja, krvnog tlaka, a ne bi se smjela propustiti i röntgenska pretraga. U slučajevima potrebe izvršiti i EKG. Kod mladih ljudi treba svakako provesti liječenje. Iznemoglost će ovdje biti privremena, a tek po isteku 2 godina i u slučaju neuspjeha terapije biti će iznemoglost trajna.

Funkcionalne srčane bolesti uvjetuju samo u iznimnim slučajevima iznemoglost, a i tada većinom privremenu. Potrebno je uvijek uzeti u obzir stanje cjelokupnog živčanog sistema, zatim starost, spol, konstituciju, prijašnje bolesti, te zvanje. Izgledi u uspjeh liječenja srčanih neuroza su povoljni, ali se mora računati s recidivima.

Arterioskleroza je također česta bolest, koja uvjetuje iznemoglost, osobito u vezi sa drugim pojavama procesa starenja (emphysem, chron. bronhitis, reumatična oboljenja, presbyopija, naglušost). Laki i srednji stepen oboljenja sam za sebe ne opravdava iznemoglost. Trajna je iznemoglost u slijedećim slučajevima:

1. kod sekundarnog proširenja srca jačeg stepena;
2. kod sekundarnih smetnja krvotoka sa i bez proširenja srca (dyspnoea, cyanoza, sklonost oedemima);
3. kod koronarne skleroze;
4. kod arteriosklerotičnog smežuranja bubrega;
5. kod arterioskleroze moždanih arterija, osobito s nesvjesticama i vrto-glavicama;
6. kod stalno povišenog krvnog pritiska preko 180—200 mm Hg.

Manje hipertrofije lijeve komore te umjereno povećanje krvnog pritiska ne uvjetuju iznemoglost.

Vrlo niski krvni tlak (oko i ispod 100 mm Hg) govori za labavost srčanog mišića i smatra se prognostički lošim znakom te svakako uvjetuje iznemoglost.

Arterioskleroza može godinama postojati, a da ne priječi bolesnika u vršenju njegovog zvanja. Tek nastupom komplikacija (proširenje srca s insuficijencijom, visok tlak, krvarenje u mozak sa omekšanjem i sl.) imade se pri: znati iznemoglost, a za njezin početak uzimlje se pojava tih komplikacija.

Aneurizme aorte uvjetuju skoro beziznimno trajnu iznemoglost.

Nadalje uvjetuju iznemoglost: Teška oboljenja želuca i crijeva s jakim općim slabljenjem (čir na želucu i dvanaesteru, stanoviti slučajevi kroničnog gastritisa s kaheksijom, jake i neotklonjive smetnje nakon resekcije zbog čira s većim osakaćenjem želuca). Nadalje cirrhosa jetre sa transudacijom, teške kile s ispadanjem većih dijelova utrobe.

Kronične upale bubrega sa smežuranjem, čim se stanje pogorša.

Tuberkuloza kosti i zglobova, ako nije ozdravila.



Teški, torpidni čirevi na podkoljenicama (ulcera cruris) s velikim i dubokim defektima. Kronični osteomjelični procesi sa sekvestriranjem i čestim recidivima.

Maligni tumori uvjetuju iznemoglost u svakom slučaju. Benigni tumori u glavnom nemaju nikakvog značenja. Jedino veći myomi materice te velike ovarijalne ciste mogu uvjetovati iznemoglost, osobito ako uvjetuju jače smetnje, krvarenja i t. d.

Od luetičnih oboljenja uvjetuju iznemoglost tabes i progresivna paraliza, zatim aneurizme aorte i jači stepen mesaortitisa. Liječenje u takovim slučajevima nema naročitog izgleda u uspjeh.

Jači stupnjevi leukemije, šećerne bolesti te procesa općeg propadanja uz osobito sudjelovanje vegetativnih smetnja.

Kod kroničnih reumatičnih oboljenja zglobova i kralježnice potrebno je provesti liječenje u bolnici ili u kupalištu kod ljudi u mlađim i srednjim godinama, da bi se spriječila event. iznemoglost. Ako postoje komplikacije (jača srčana grješka), može se priznati trajna iznemoglost. Kod starijih ljudi i kod jače uznapredovalih slučajeva liječenje je bezigledno, odnosno vrlo dvojbeno i treba priznati iznemoglost. Laganiji artritični procesi, koji su obična pojava u podmaklim godinama, sami po sebi ne uvjetuju iznemoglost. Deformirajući procesi zglobova s jakim tegobama i ograničenjem kretanja, zatim malum coxae senile uvjetuju obično iznemoglost, a isto tako i veći stepen Spondylarthritis ankylopoetica. Kronični mišićni reumatizam u jačem stepenu, pogotovo ako je skopčan s kojom drugom bolesti može uvjetovati privremenu iznemoglost. Liječenje treba pokušati, osobito u manje napredovalim slučajevima. Kod diagnoze Rheumatizam moraju biti točno opisani svi objektivni znakovi: u kojim zglobovima postoje smetnje i bolovi, u kojem opsegu postoje ograničenja u kretanjama, karakteristike hoda i t. d.

Od bolesti spolovila kod žena može prolaps materice u većoj mjeri biti ozbiljna zapreka u radu. Myomi i tumori jajnika su već spomenuti kod benignih tumora. Parametrični procesi s jakim bolima i jačim smetnjama općeg stanja, čestom vrućicom, a isto tako metritis, peri- i endometritis, pogotovo ako se provedenim terapijskim mjerama ne dađu popraviti uvjetuju iznemoglost.

Klimakterij s anomalijama u menstruaciji i nervoznim tegobama lakog ili srednjeg stepena ne uvjetuje iznemoglost. Samo kod jakih krvarenja sa znatnim oslabljenjem organizma, jačim padom tjelesne težine uvjetuje privremenu iznemoglost, a liječenje treba svakako provesti. Slučajevi prekomjernog debljanja kod klimakterija već su spomenuti.

Iznemoglost uvjetuje visoka myopia (kratkovidnost), jače promjene na mrežnici, očnom živcu i t. d. ako su lokalizirane na oba oka.

Kao zadnje poglavlje uzet ćemo u razmatranje živčane bolesti. Iznemoglost uvjetuju duševne bolesti, pojedine organske bolesti mozga i kičmene moždine s jačim smetnjama kretanja, spastični simptomi na nogama i rukama, jače ataksije. Tabes je već spomenut, ali treba imati na umu, da postoje lagane forme tabesa, gdje će se možda priznati privremena iznemoglost.

Epilepsija uvjetuje iznemoglost samo ako su napadaji česti i nastupaju prosječno više od 2 puta nedjeljno, zatim ako napadaji nisu osobito česti, ali su vrlo teški, tako da iza napadaja nastupa nesposobnost za rad kroz više dana s osjećajem umora, opće slabosti i glavoboljom, nadalje se imade priznati iznemoglost kod sve izrazitije slaboumnosti epileptičara.



Psihičko-nervozna stanja (psiho-neuroze, psihopatske sklonosti i reakcije, funkcionalne živčane smetnje, neurasthenija, hysterija) u glavnom ne uvjetuju iznemoglost. Umanjenje sposobnosti zarade u tim slučajevima iznosi obično do 30% (najviše do 50% u naročito teškim slučajevima). Pitanje je dobre volje nervoznih bolesnika, hoće li biti sposobni za privredu. Općenito se mora biti vrlo oprezan i suzdržljiv kod ocjenjivanja iznemoglosti mladih, tjelesno zdravih ljudi s nervoznim tegobama. Tek u iznimnim slučajevima će se iznemoglost priznati, i to: prolazno, privremeno u akutnim stadijima psihoneurosa sa brojnim vegetativnim pojavama (pad tjelesne težine!), ili kod jače duševne depresije, zatim trajno, ako je psihoneuroza praktično izjednačena duševnoj bolesti ili organskom oboljenju centralnog živčanog sistema, ili ako psihoneuroza nastupi sa tjelesnim organskim ili konstitucionalnim bolestima, koje inače same po sebi umanjuju sposobnost zarađivanja za najviše 30—50% i konačno u poodmaklim godinama života s nedvojbenim znakovima propadanja organizma.

Kod prosuđivanja prigodom umirovljenja nervoznih činovnika treba uvijek razlikovati, da li postoji prava neurasthenija, osobito uslijed iscrpljenosti, ili da li postoji endogena nervoza. Sama neurasthenija imade izgleda u izliječenje nakon dugog odmora i oporavka. Činovnika, koji često imade živčane napadaje na endogenoj osnovi (Basedow, klimakterij i sl.) najuputnije je umiroviti.

Ovaj kratki prikaz, kojemu je svrha da pomogne uredskim liječnicima u vršenju teške i odgovorne zadaće prosuđivanja i ocjenjivanja u grani za iznemoglost možemo završiti citatom dr. Ž. Hahna: nesposobnost za rad imade se ustanoviti prema snagama i sposobnostima osiguranika, zato se mora postupati individualno prema pojedincu, a ne šablonski po šemi. Ali sloboda ne znači anarhiju ni u ocjenjivanju radne sposobnosti, te se ne smije postupati samovoljno ni u korist, ni na štetu osiguranika. Pogrešne su ocjene liječnika, koji vidi simulanta u svakom radniku koji traži rentu, ali su isto tako pogrešne ocjene onih liječnika, koji rentu daju iz milosrda i onima, kojima ne pripada. Invalidska renta, koja se daje za rad sposobnom čovjeku, oduzima se pravom invalidu, pošto su prihodi našeg invalidskog osiguranja maleni i jedva dovoljni za rente pravim invalidima.

#### Literatura:

- Becker L.: Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit.  
Hahn Ž.: Zdravstvena misija osiguranja za slučaj iznemoglosti i rad lekara u ovoj grani osiguranja. Rad. Zaštita XIX-1937-4.  
Horn P.: Unfall- und Invalidenbegutachtung.  
Kolin J.: Ärztliche Gutachten bei Durchführung der Invaliditäts- und Altersversicherung der Arbeitnehmer — Praktický lekar 13-14/1930.  
Piccard M.: Zur ärztlichen Begutachtung der Erwerbsunfähigkeit — Schweiz. Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten III/1931.  
Reichardt M.: Einführung in die Unfall- und Invalidenbegutachtung.