

355.

Rozporządzenie Rady Ministrów

z dnia 9 kwietnia 1924 r.

o ustanowieniu komisji lekarskich dla funkcyjnarjuszów państwowych, oraz wojskowo-lekarskich dla zawodowych wojskowych.

Na zasadzie art. 14 ustawy z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem funkcyjnarjuszów państwowych i zawodowych wojskowych (Dz. U. R. P. z 1924 r. № 6, poz. 46) zarządza się co następuje:

Rozdział I.**Postanowienia dotyczące wyłącznie funkcyjnarjuszów państwowych.**

§ 1. Ustanawia się komisje lekarskie dla funkcyjnarjuszów państwowych w I instancji dla każdego powiatu przy starostwie, dla m. st. Warszawy przy Kominarjacie Rządu, dla miast Krakowa i Lwowa przy magistratach tychże miast, w II instancji dla każdego województwa przy Urzędzie wojewódzkim, a przy delegacie Rządu w Wilnie dla Ziemi Wileńskiej; komisji lekarskiej II instancji przy Urzędzie Wojewódzkim warszawskim porucza się wykonywanie czynności komisji lekarskiej II instancji także w odniesieniu do m. st. Warszawy.

§ 2. Do kompetencji komisji lekarskiej I instancji należy:

- a) ocena zdolności do służby w wypadkach wskazanych w punktach 1 i 2 art. 9 ustawy;
- b) ocena stopnia utraty zdolności do pracy zarobkowej w myśl art. 11 i 12 ustawy;
- c) stwierdzanie związku przyczynowego choroby (kalectwa) ze służbą państwową, specjalnie zaś ustalanie, czy choroba powstała z przyczyn, przewidzianych w art. 9 ustawy, oraz ustalanie winy chorego (kaleki) w jej powstaniu;
- d) stwierdzanie potrzeby umieszczenia emerytowanego funkcyjnarjusza państwowego w państwowym zakładzie dla umysłowo chorych, w myśl art. 42 ustawy;

- e) stwierdzanie stanu niezdolności lub zdolności do służby lub pracy zarobkowej pozostającego w stanie spoczynku funkcjonariusza państwowego w wypadkach wskazanych w art. 39 ustawy.

Do kompetencji komisji lekarskiej II instancji należy:

ostateczne stwierdzanie trwałej niezdolności do służby w wypadkach wymienionych w art. 31 ustawy, tudzież ostateczne orzekanie w sprawach wymienionych w ustępie pierwszym niniejszego paragrafu pod pkt. a), b), d), e), jeżeli zdania członków komisji-lekarzy I instancji są podzielone, jeżeli władza powołana do przenoszenia funkcjonariusza w stan spoczynku tego zażąda z usadnionej przyczyny, oraz jeżeli prosi o to badany funkcjonariusz na zasadzie przedłożonych prywatnych świadectw lekarskich stwierdzających jego stan zdrowia w sposób odmienny od komisji lekarskiej I instancji, w sprawie zaś pod pkt. c), jeżeli władza powołana do przenoszenia funkcjonariusza w stan spoczynku (art. 26 ustawy) zażąda orzeczenia komisji lekarskiej II instancji.

§ 3. Skład komisji lekarskiej I instancji w wypadkach przewidzianych w punktach d) i e) § 2 stanowią:

lekarz urzędowy powiatu (dla m. st. Warszawy Naczelnik Urzędu Zdrowia Publicznego przy Komisarjacie Rządu dla m. st. Warszawy, a dla miast Krakowa i Lwowa fizyk miejski), jako przewodniczący, oraz drugi lekarz urzędowy wyznaczony przez wojewodę (w Warszawie przez Komisarza Rządu na m. st. Warszawę, w Ziemi Wileńskiej przez delegata Rządu w Wilnie). W razie braku drugiego lekarza urzędowego w miejscu siedziby starostwa wyznacza wojewoda (delegat Rządu w Wilnie) jako drugiego członka komisji, miejscowego lekarza sądowego, a w razie braku takiego, lekarza urzędowego z najbliższej miejscowości. Przy badaniu pracowników państwowych Kolei Żelaznych wchodzi w skład komisji ponadto lekarz kolejowy, wyznaczony przez Prezesa tej dyrekcji kolejowej, w okręgu której znajduje się miejscowość, w której odbywają się posiedzenia komisji lekarskiej.

Skład komisji lekarskiej II instancji stanowią:

naczelnik Wydziału Zdrowia województwa (delegatury Rządu w Wilnie), jako przewodniczący, jeden z inspektorów lekarskich, wyznaczony przez wojewodę (delegata Rządu w Wilnie), oraz naczelnny lekarz tej dyrekcji kolejowej, w której okręgu jest siedziba danego województwa (w Wilnie naczelnny lekarz dyrekcji Wileńskiej). Do komisji lekarskiej II instancji przy województwie pomorskiem deleguje prezes dyrekcji kolejowej w Gdańsku w miejsce naczelnego lekarza kolejowego, jednego z lekarzy kolejowych, zamieszkałego w Toruniu.

§ 4. We wszystkich innych wypadkach § 3 nie objętych w skład komisji lekarskiej wchodzi starosta względnie jego zastępca jako przewodniczący, przedstawiciel władzy służbowej badanego funkcjonariusza oraz członkowie wymienieni w ustępie pierwszym § 3 zaś w skład komisji lekarskiej II instancji wojewoda, względnie jego zastępca jako przewodniczący, przedstawiciel władzy służbowej funkcjonariusza,

względnie władzy bezpośrednio wyższej, oraz członkowie wymienieni w ustępie drugim § 3.

§ 5. Komisja lekarska I instancji poddaje funkcjonariusza państwowego badaniu na piśmie zwanemu ze strony jego władzy służbowej, skierowanemu do jej przewodniczącego, a komisja II instancji, po przystąpieniu protokołu badania komisji lekarskiej I instancji, w wypadkach przewidzianych w ustępie ostatnim § 2. Przewodniczący zawiadamia władzę służbową, względnie władzę bezpośrednio wyższą o wyznaczonym terminie celem wezwania funkcjonariusza do poddania się badaniu komisji. Stwierdzenia komisji lekarskiej stanowią podstawę dla orzeczeń właściwej władzy. Przeprowadzenie badania i jego wynik stwierdza się protokółmiennie. Protokół podpisują wszyscy członkowie komisji lekarskiej, poczem przewodniczący komisji, jeżeli jej orzeczenie jest ostateczne, przesyła jeden egzemplarz bezzwłocznie władzy, która zarządziła badanie funkcjonariusza państwowego, w przeciwnym razie komisji lekarskiej II instancji. Członek komisji lekarskiej I instancji, będący odmiennego zdania niż reszta członków komisji, zaznacza to w protokole badania i umieszcza swój podpis. W takim wypadku przewodniczący przekazuje komisji lekarskiej II instancji sprawę do ponownego zbadania i wydania orzeczenia, zawiadamiając o tem równocześnie właściwą władzę badanego funkcjonariusza.

Badanie funkcjonariusza państwowego przez komisje lekarskie winno nastąpić nie później niż w 6 tygodni od dnia otrzymania powiadomienia przez przewodniczącego.

Wynik badania spisuje komisja lekarska w formie odpowiedzi na pytania (wzór № 1 i № 2); komisja lekarska II instancji zaznacza w nagłówku „orzeczenie II instancji”.

§ 6. Ocenę zdolności do służby, oraz stopnia utraty zdolności do pracy zarobkowej, należy opierać na zasadach, zawartych w załączniku № 3.

Jeżeli z powodu nieszczęśliwego wypadku wdrożone zostało postępowanie sądowo-karne, winna komisja w swoim orzeczeniu opierać się w zasadzie na wynikach tego postępowania i dołączać do aktów dochodzeń odpisy odnośnych protokołów śledztwa, względnie dochodzeń karno-sądowych.

Stwierdzanie związku przyczynowego choroby (kalectwa) ze służbą państwową, w myśl pkt. 2 art. 9 ustawy, winna komisja przeprowadzać w drodze dochodzeń co do przyczyny wypadku i towarzyszących mu okoliczności i na tej podstawie ustalać, czy wypadek powstał z powodu, lub w czasie pełnienia obowiązków służbowych; ewentualnie w razie koniecznej potrzeby przeprowadzić dochodzenia na miejscu. Każda czynność dochodzeń ma być ustalona protokołem, a przewodniczący dołącza akta dochodzeń do zawiadomienia o orzeczeniu komisji. Orzeczenie komisji zapada większością głosów, w razie równości głosów rozstrzyga głos przewodniczącego.

§ 7. Celem stwierdzenia trwałej niezdolności do służby w wypadkach określonych w pkt. 1 art. 9 ustawy winna komisja ustalić, czy choroba (kalectwo) powstała po wstąpieniu do służby i czy funkcjonar-

jusz nie ponosi winy jej powstania, w tym wypadku może komisja zwrócić się do władzy, która zarządziła badanie funkcjonariusza państwowego o przesłuchanie świadków, względnie przesłuchiwać świadków przedstawionych przez wymienioną władzę lub badanego funkcjonariusza państwowego.

§ 8. Jeżeli funkcjonariusz państwowy, który ma być poddany badaniu komisji zawiadomi, że nie może się stawić na wezwanie komisji lekarskiej, z powodu choroby obłożnej, winien do zawiadomienia dołączyć świadectwo lekarskie, władza zaś żądająca badania rozstrzyga, czy badanie ma być odłożone, czy też komisja ma się udać na miejsce pobytu funkcjonariusza, o ile zaś miejsce to leży poza miejscem urzędowania komisji.

§ 9. Członkom komisji lekarskiej, nie będącym funkcjonariuszami państwowymi przyznaje się djety w takiej wysokości, jak funkcjonariuszom państwowym VII st. służbowego, o ile zaś nie mieszkają w miejscu posiedzenia komisji przyznaje się im ponadto zwrot kosztów podróży z miejsca zamieszkania do miejsca posiedzeń komisji i z powrotem, na zasadzie przepisów w sprawie diet i kosztów podróży funkcjonariuszów państwowych, z wyjątkiem zwrotu kosztów przewozu bagaży podróżnych, oraz wydatków na tragarzy. Wszelkie wydatki, połączone z badaniem funkcjonariuszów państwowych, obciążają zarząd Ministerstwa Skarbu.

Rozdział II.

Postanowienia dotyczące wyłącznie zawodowych wojskowych.

§ 10. Ocenę zdolności do służby wojskowej w wypadkach, wskazanych w art. 9 ustawy, stopień utraty zdolności do pracy zarobkowej w myśl art. 11 i 12 ustawy, związek przyczynowy choroby (kalectwa) ze służbą wojskową, ostateczną trwałą niezdolność do służby wojskowej w myśl art. 47 ustawy, jakoteż stałą potrzebę opieki osób postronnych lub szczególnej opieki w myśl art. 55 i 56 ustawy, stwierdza orzeczenie komisji wojskowo-lekarskiej, zatwierdzone przez Ministra Spraw Wojskowych, względnie dowódcę okręgu korpusu.

§ 11. Orzeczenie, wydane w myśl § 10 niniejszego rozporządzenia, zatwierdza dowódca okręgu korpusu względem szeregowych zawodowych, względem zaś oficerów — zatwierdza Minister Spraw Wojskowych.

§ 12. Nieszczęśliwy wypadek podczas wlotu służbowego (art. 53 ustawy) stwierdza odnośny dowódca na podstawie urzędowych dochodzeń i dołącza protokoły dochodzeń do aktu w sprawie przyznania zaopatrzenia.

§ 13. W skład komisji wojskowo-lekarskiej przy dowódcy okręgu korpusu wchodzi:

- 1) lekarz wojskowy w stopniu pułkownika lub podpułkownika, jako przewodniczący;
- 2) f
- 3) l

- 4) przedstawiciel intendenty (oficer sztabowy);
- 5) przedstawiciel sztabu okręgu (oficer sztabowy) jako członkowie.

Przewodniczącego, członków i zastępców komisji wojskowo-lekarskiej wyznacza dowódca okręgu korpusu.

Kompetencji komisji wojskowo-lekarskiej przy dowódcy okręgu korpusu podlegają wszyscy zawodowi szeregowi, oraz oficerowie z wyjątkiem tych, o których mowa w § 14 niniejszego rozporządzenia.

§ 14. Generałowie, oraz wyżsi oficerowie, którzy zajmują stanowiska szefów departamentów, oddziałów sztabu generalnego, szefów służb w dowództwach okręgów korpusów i szefów służb w okręgu, jako też ci oficerowie, co do których uzna za wskazane odnośny dowódca okręgu korpusu lub zarządzi Minister Spraw Wojskowych, mają być przedstawiani do komisji wojskowo-lekarskiej przy Ministrze Spraw Wojskowych.

§ 15. W skład komisji wojskowo-lekarskiej przy Ministrze Spraw Wojskowych wchodzi:

- 1) przedstawiciel departamentu sanitarnego general brygady-lekarz lub pułkownik-lekarz, jako przewodniczący;
- 2)
- 3) dwóch lekarzy - oficerów sztabowych;
- 4) przedstawiciel departamentu intendenty (oficer sztabowy);
- 5) przedstawiciel oddziału osobowego sztabu generalnego (oficer sztabowy), jako członkowie.

Przewodniczącego, członków i zastępców komisji wojskowo-lekarskiej przy Ministrze Spraw Wojskowych pod 1, 2, 3 i 4 wyznaczają szefowie odnośnych departamentów, przedstawiciela zaś oddziału osobowego sztabu generalnego szef tego oddziału.

§ 16. Do kompetencji komisji wojskowo-lekarskiej należy:

- a) ocena zdolności do służby w wypadkach wskazanych w art. 9 ustawy;
- b) ocena stopnia utraty zdolności zarobkowej w myśl art. 11 i 12 ustawy;
- c) stwierdzanie związku przyczynowego (kalectwa) ze służbą wojskową, specjalnie zaś ustalanie czy choroba (kalectwo) powstała z przyczyn przewidzianych w art. 9 ustawy, oraz ustalanie winy chorego (kalectwa) w jej powstaniu;
- d) stwierdzanie istnienia, względnie nieistnienia stałej potrzeby opieki osób postronnych, lub poszczególniej opieki (potrzeba umieszczenia w domu inwalidów, względnie w zakładzie leczniczym dla umysłowo chorych).

§ 17. Komisje wojskowo-lekarskie zwolywane są na zarządzenie dowódców okręgów korpusów, względnie Ministra Spraw Wojskowych w miarę potrzeby w miejscach i terminach przez nich określonych.

Stwierdzenia komisji wojskowo-lekarskich stanowią podstawę dla orzeczeń odnośnych władz.

§ 18. Orzeczenia po ich zatwierdzeniu w myśl § 11 niniejszego rozporządzenia, oraz ewentualne akty dochodzeń przekazuje się władzom wyszczególnionym w art. 46 ustawy.

§ 19. Od zatwierdzonego w myśl § 11 niniejszego rozporządzenia orzeczenia komisji wojskowo-lekarskiej w przedmiocie danego stopnia utraty zdolności do pracy zarobkowej, oraz nieprzyznania związku przyczynowego choroby (kalectwa) ze służbą wojskową zawodowemu wojskowemu przysługuje prawo odwołania się do komisji odwoławczej.

§ 20. Do rozpatrywania i rozstrzygania odwołań od tych orzeczeń komisji wojskowo-lekarskich, które zatwierdzone zostały przez Ministra Spraw Wojskowych właściwą jest komisja odwoławcza przy Ministrze Spraw Wojskowych.

Do rozpatrywania i rozstrzygania odwołań od tych orzeczeń komisji wojskowo-lekarskich, które zatwierdzone zostały przez dowódców okręgów korpusów, właściwą jest okręgowa komisja odwoławcza przy tym dowództwie okręgu korpusu, w którym zatwierdzone zostało odnośne orzeczenie.

§ 21. W skład komisji odwoławczej przy Ministrze Spraw Wojskowych wchodzi:

- a) przedstawiciel Ministra Spraw Wojskowych w stopniu generała brygady, lub pułkownika z korpusu oficerów sądowych, względnie jego zastępca w jednym z tych stopni wojskowych — jako przewodniczący;
- b) przedstawiciel Ministra Skarbu;

c) wojskowy lekarz sztabowy, względnie zastępcy wymienionych pod b) i c), jako członkowie. Przewodniczącego, członków i zastępców komisji odwoławczej przy Ministrze Spraw Wojskowych wyznaczają właściwi Ministrowie.

W skład okręgowej komisji odwoławczej wchodzi:

- a) przedstawiciel dowódcy okręgu korpusu w stopniu pułkownika lub podpułkownika z korpusu oficerów sądowych, względnie jego zastępca w jednym z tych stopni wojskowych — jako przewodniczący;
- b) przedstawiciel właściwej izby skarbowej;
- c) wojskowy lekarz sztabowy, względnie zastępcy wymienionych pod b) i c), jako członkowie. Przewodniczącego, członków i zastępców okręgowej komisji odwoławczej wyznaczają: przewodniczącego i członka wymienionego pod a) i c), względnie ich zastępców dowódca okręgu korpusu, zaś członka wymienionego pod b), względnie jego zastępcę dyrektor właściwej izby skarbowej.

§ 22. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą obowiązującą od dnia 1 października 1923 r.

Prezes Rady Ministrów
i Minister Skarbu: *W. Grabski*

Minister Spraw Wewnętrznych: *Z. Hübner*

Władza (urząd)

(Strona 1).

Wzór № 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 kwietnia 1924 r., poz. 355.

W _____

L _____

Badanie lekarskie celem przeniesienia
w stan spoczynku.

Do lekarza urzędowego przy Starostwie Komisji Lekarskiej

przy _____

W _____

Celem przeniesienia w stan spoczynku _____
zechce Pan Doktor (Komisja Lekarska) zbadać (podać ponownemu badaniu) i wydać
orzeczenie na odwrotnej stronie niniejszego pisma i zwrócić je bezzwłocznie.

Jednocześnie wzywa się nazwanego funkcjonariusza państwowego do jawienia się u Pana Doktora (przed Komisją Lekarską) w terminie _____.

Podpis Naczelnika lub jego zastępcy władzy (urzędu)
żadającego zbadania i pieczęć urzędowa.

N. B. Niepotrzebne skreślić.

(Strona 2).

| L. p. | Pytanie | Odpowiedź |
|-------|--|-----------|
| 1. | Naukowe określenie choroby (kalectwa). W razie istnienia 2-ch lub kilku chorób podać na czele najważniejsze, wzgl. podstawowe. | |
| 2. | Główne objawy choroby (cierpienia). | |
| 3. | Czy choroba (cierpienie) powstała przed wstąpieniem do służby. | |
| 4. | Czy podczas służby, wśród jakich okoliczności (podczas wykonywania obowiązków służbowych, poza służbą, na urlopie i t. p.). | |
| 5. | 1) od kiedy badany nie pełnił służby z powodu choroby, 2) czy jest wskazaniem udzielenie (przedłużenie) urlopu dla poratowania zdrowia i na jaki czas, czy przeniesienie w stan spoczynku, 3) czy stan choroby może ustąpić i w przeciągu jakiego czasu. | |
| 6. | 1) czy badany jest niezdolny do służby: a) na zajmowanym stanowisku, b) do służby wogóle, 2) czy badany jest zdolny do służby na innym stanowisku. | |
| 7. | Czy trwała niezdolność do służby spowodowana jest kalectwem lub chorobą, nabytą bez własnej winy po wstąpieniu do służby (punkt 1 art. 9). | |
| 8. | Czy cierpienie, wzgl. pogorszenie istniejącego już przed wstąpieniem do służby cierpienia należy uważać za bezpośrednie następstwo służby lub jej właściwości (punkt 2 art. 9). | |
| 9. | Inne okoliczności, mogące rzucić właściwe światło na przyczynę powstania cierpienia (specjalne warunki służby). | |
| 10. | Czy funkcjonariusz państwowy, który wskutek przypadków, wymienionych w punkcie 2 art. 9 ustawy poza trwałą utratą zdolności do służby, utracił również zdolność do pracy zarobkowej. | |
| 11. | W jakich odsetkach wyraża się ta utrata zdolności do pracy zarobkowej. | |
| 12. | Czy funkcjonariusz państwowy, który utracił zdolność do pracy zarobkowej potrzebuje pomocy osób postronnych, wzgl. czy potrzebuje szczególniejszej opieki (umieszczenia w domu kalek (inwalidów), względnie w zakładzie dla umysłowo chorych). | |
| 13. | Uwagi: | |

Pieczęć i podpis lekarza urzędowego

Pieczęć i podpisy Członków Komisji Lekarskiej.

Władza (urząd)

Wzór № 2 do rozporządzenia Rady
Ministrów z dn. 9 kwietnia 1924 r., poz. 355.

W.....

L.....

Badanie lekarskie celem stwierdzenia
procentu utraty zdolności do pracy
zarobkowej.

Do Komisji Lekarskiej

przy.....

W.....

Na skutek orzeczenia Komisji Lekarskiej z dnia..... przy-
znano..... (stanowisko służbowe).....^o/_o
utraty zdolności do pracy zarobkowej. Uprasza się o poddanie wymienionego
badaniu lekarskiemu i wydania orzeczenia za zwrotem niniejszego pisma, czy
wymieniony odzyskał zdolność do zarobkowania, względnie czy poprzednio wy-
kazany stopień utraty tejże zdolności zmniejszył się i w jakim procencie. Przy ba-
daniu należy brać wzgląd na wiek badanego i jego zajęcie po przeniesieniu w stan
spoczynku.

Podpis Naczelnika lub jego zastępcy władzy (urzędu)
zadającego badania i pieczęć urzędowa.

N. B. Niepotrzebne skreślić.

Załącznik № 3 do rozporz. Rady
Min. z dnia 9 kwietnia 1924 r., poz. 355.

Skala według zdolności do pracy zarobkowej według poszczególnych części ciała.

I. Głowa.

1. Uszkodzenia czaszki z ciężkimi i stałymi
objawami chorobowymi, rozstrój umysłowy, niedowład,
częste napady epileptyczne, zaburzenia w narządach
zmysłów, ciężkie newralgie. 100
2. Uszkodzenia czaszki, połączone z silnymi
bólami głowy, zmniejszenie siły mięśniowej górnych
kończyn, lub stosunkowo nie częstymi atakami epi-
lepsji 70
3. Uszkodzenia czaszki, połączone z mniej po-
ważnymi przypadłościami, jako to: zawroty głowy,
ból i t. p. 30
4. Wstrząśnienie mózgu, które pozostawia po
sobie bóle głowy, zawroty, mdłości, niemożność na-
chylania się i wogóle pracowania w tej pozycji ciała
jakiej wymaga zawodowa praca poszkodowanego. 85
5. Wstrząśnienie mózgu z mniej poważnymi
następstwami 60
6. Nieuleczalne choroby umysłowe 100
7. Częściowe, dłużej trwające zaburzenia władz
umysłowych (osłabienie pamięci i t. p.). 50

II. Oczy.

8. Utrata wzroku na oba oczy (lub utrata obu
oczu) 100

9. Utrata wzroku na jedno oko (lub utrata
oka) 35

Uwaga: Utratę wzroku w obu oczach
należy wtedy uznać za zupełną, jeżeli siła wzro-
ku jest zmniejszoną do tego stopnia, że poszko-
dowany zaledwie określi bardzo bliskie przed-
mioty (np. rozróżnia palce ręki, trzymanej przed
oczyma badanego).

10. Zmniejszenie siły wzroku należy określać
podług tablicy Jostena, tu podanej:

| S. | 0,50 | 0,40 | 0,30 | 0,20 | 0,10 | 0,00 |
|------|------|------|------|------|------|-------|
| 0,50 | 0,0 | 6,5 | 13,5 | 20,0 | 26,5 | 35,5 |
| 0,40 | 6,5 | 14,5 | 22,0 | 30,0 | 38,0 | 46,0 |
| 0,30 | 13,5 | 22,0 | 31,5 | 41,0 | 50,0 | 60,0 |
| 0,20 | 20,0 | 30,0 | 41,0 | 52,0 | 62,5 | 73,5 |
| 0,10 | 26,5 | 38,0 | 50,5 | 62,5 | 75,0 | 87,0 |
| 0,00 | 33,5 | 46,0 | 60,0 | 73,5 | 87,0 | 100,0 |

Uwaga 1: S. oznacza siłę wzroku—cy-
fry linii poziomej dla jednego oka, a pionowej
dla drugiego oka. Jeżeli np. jednego oka siła
wzroku = 0,3, a drugiego np. 0,2 to obniżenie
zdolności do pracy pod względem wzroku = 41,0.
Obniżenie zdolności do pracy zaczyna się we-
dług tej tablicy od utraty więcej niż 1/2 siły
wzroku wobec tego, że pracować można mając
1/2 normalnej siły wzroku na oba oczy.

Uwaga 2: Określając stopień osłabienia
wzroku, należy zwrócić uwagę, oprócz siły wzro-

ku, jeszcze np. na zбочzenia akomodacji, ruchu gałek ocznych i t. p. i na rodzaj pracy uszkodowanego.

III. Uszy.

- 11. Zupelna głuchota na oba uszy . . . 50
- 12. Zupelna głuchota na jedno ucho . . . 10
(o ile pozbawia danej pracy fachowej). 50
- 13. Przewlekłe zapalenie wewnętrznego i środkowego ucha z wydzieliną z przewodu usznego . 25

IV. Twarz.

14. Uszkodzenie twarzy z towarzyszącymi zaburzeniami czynnościowymi, jako to: odwrócenie; lub podwinięcie powiek, wywołujące niedostateczne pokrycie oczu, lub łzawienia, zwężenie szpary oczu, zwężenie otworów i przewodów nosowych, zwężenie ust, ograniczenie ruchów dolnej szczęki i t. d. . 35

15. Uszkodzenie kości nosowych, górnej i dolnej szczęki i innych kości twarzy, z towarzyszącymi im zaburzeniami czynnościowymi 35

V. Szyja.

16. Bezpośrednie uszkodzenie krtani i następstwa innych uszkodzeń szyi, wymagające ciągłego noszenia rurki tchawicowej 50

17. Utrata mowy wskutek uszkodzenia narządów głosu i mowy 40

18. Utrudniona wymowa 10

19. Utrudniony oddech wskutek stałych zmian (zwężenie) krtani 40

VI. Klatka piersiowa.

20. Ograniczenie ruchów klatki piersiowej wskutek różnych jej uszkodzeń:

- znaczne 40
- średnie 20
- małe (nieznaczne). 10

21. Zmniejszenie ruchów oddechowych płuca lub zmniejszenie powierzchni oddechowej płuc wskutek zrostów z innymi narządami i t. d.:

- znaczne 60
- średnie. 30
- nieznaczne 15

22. Choroby przewlekłe płuc:

- znaczne 100
- średnie. 50
- nieznaczne 10

23. Organiczne wady serca, osierdzia i tętnic (przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, tętniaki i in.) 100

VII. Brzuch.

24. Choroby przewlekłe narządów brzusznych z towarzyszącymi zaburzeniami w ich czynności i upadkiem odżywiania (zwężenie żołądka, kiszek, przetoki ich, przewlekłe zapalenie otrzewnej, choroby wątroby i t. p.):

- w znacznym stopniu . . . 80
- średnie 40
- lekkie 10

25. Uszkodzenia ścian brzucha i utrudniające pracę fizyczną 25

26. Przepukliny ścian brzucha, pachwin (birodrowe) 25

27. Wypadanie odbytnicy, macicy 25

Uwaga. Przepukliny wtedy tylko dają prawo do uwzględnienia, gdy są następstwem nieszczęśliwego wypadku (pchnięcia, uderzenia, upadku i t. p., albo nadmiernego wysiłku, przewyższającego znacznie zwykłą pracę) i który mógł wywołać raptownie wszystkie objawy przedmiotowe przepukliny z uwięzieniem jej, tak, że pomoc lekarska stała się odrazu niezbędną,

VIII. Narządy moczowe i płciowe.

28. Przewlekłe zapalenie nerek 50

29. Zaburzenia w oddawaniu moczu, wskutek uszkodzeń w okolicy narządów moczopłciowych 15

30. Przetoki kanału lub pęcherza moczowego, utrudniające chodzenie i noszenie ciężarów . . 50

31. Przewlekły wodniak jądra lub sznurka nasiennego 15

32. Utrata prącia (penis) do lat 50 30

33. Utrata obu jąder w młodym wieku 50

IX. Grzbiet.

34. Uszkodzenie kręgosłupa, z powstałymi stąd stałymi i przedmiotowymi objawami zaburzenia czynności rdzenia (porażenie kończyn, niemożność zatrzymywania kału i moczu) 100

35. Ograniczenie ruchów kręgosłupa:

- w znacznej mierze 50
- w średniej 25
- w nieznacznej 10

36. Naderwanie i rozerwanie mięśni lędźwiowych:

- znaczne 40
- średnie. 30
- nieznaczne 5

X. Kończyny górne.

A. Palce:

37. a) Palec wielki: prawa lewa

utrata palca wielkiego lub zeszywnienie obu jego stawów 35 25

b) Wskaziciel:
utrata palca lub zeszywnienie wszystkich trzech jego stawów 25 15

c) Średni i czwarty:
utrata palca lub zeszywnienie wszystkich trzech jego stawów 10 5

d) utrata lub zeszywnienie wszystkich palców 75 65

e) utrata lub zeszywnienie wszystkich palców u obu rąk . . 100

38. Utrata wielkiego palca i wskaziciela u jednej ręki i wskaziciela u drugiej ręki 65

39. Utrata wielkiego palca, wskaziciela, środkowego, lub czwartego, albo małego u jednej ręki i wskaziciela u drugiej. 70

40. Utrata palców jednej ręki, oprócz wskaziciela i wielkiego palca u drugiej ręki 80

41. Utrata wielkich palców i wskazicieli obu rąk 85

Uwaga 1. Oceniając uszkodzenia palców, należy uwzględnić rodzaj pracy poszkodowanego i uznawać normy wyższe dla tych, którzy wykonywali precyzyjne ręczne roboty.

Uwaga 2. Dla mańkutów uwzględnić należy dla lewej ręki normy, przyjęte dla ręki prawej.

B. Kiść rąk.

42. Utrata całej kiści 75

43. Zesztywnienie stawu promieniowego 30

44. Staw promieniowo-nadgarstkowy cepowy 40

C. Przedramię.

45. Utrata przedramienia w stawie łokciowym 75

46. Zesztywnienie stawu łokciowego w pozycji rozgiętej i zgiętej pod kątem rozwartym 50

47. Zesztywnienie w stawie łokciowym pod kątem prostym 35

48. Staw łokciowy cepowy 60

49. Utrudnienie ruchów kiści (zginanie i ruchy wyprostne) 25

50. Utrudnienie ruchów w stawie promieniowo nadgarstkowym i łokciowym 30

51. Zesztywnienie w stawie promieniowo nadgarstkowym i łokciowym 60

D. Ramię.

52. Utrata ręki w stawie barkowym lub pomiędzy stawem barkowym i łokciowym 75

53. Zesztywnienie stawu barkowego 60

54. Staw barkowy cepowy 65

55. Utrudnione ruchy w stawie barkowym 30

56. Niemożność podnoszenia ręki powyżej poziomu 40

57. Nieprawidłowy wzrost złamanego obojczyka, lub łopatki jeżeli wpływa to na zmniejszenie ruchomości ręki 20

58. Nawykowe zwichnięcie barku 20

59. Utrata obu kończyn górnych, lub kiści tychże 100

XI. Kończyny dolne.

A. Palce.

60. Utrata palca wielkiego 10

61. Utrata wszystkich palców jednej nogi 25

62. Częściowa utrata główek kości śródstopia 50

B. Stopa.

63. Utrata stopy w stawie skokowym, lub poniżej tegoż 60

64. Złamanie kości skokowej i piętrowej 40

65. Zupełna sztywność stawu skokowego jednej stopy w położeniu względem goleni pod kątem prostym 25

66. Zupełna sztywność stawu skokowego jednej nogi w położeniu stopy względem goleni pod kątem rozwartym 40

C. Goleń.

67. Utrata jednej goleni 65

68. Zupełna sztywność stawu kolanowego w pozycji wyprostnej 40

69. Zupełna sztywność stawu kolanowego w pozycji zlekka zgiętej pod kątem rozwartym 25

70. Zupełna sztywność stawu kolanowego w pozycji zgiętej pod kątem prostym lub wygiętej w przeciwną stronę 50

71. Staw kolanowy cepowy 60

72. Rozciągnięcie więzów stawu kolanowego (staw rozluźniony) 25

73. Złamanie rzepki z uszkodzeniem przyrzędu wyprostnego 50

74. Nieprawidłowo zrosnięte złamanie goleni ze skróceniem kończyny ponad 5 ctm. i z ograniczeniem ruchów 45

D. Udo.

75. Utrata jednego uda 75

76. Zupełna sztywność stawu biodrowego w położeniu wyprostnem kończyny 50

77. Toż samo w położeniu zgiętem kończyny 60

78. Nieprawidłowy wzrost złamania uda ze skróceniem kończyny ponad 5 cent. i ograniczeniem ruchów 50

79. Niezrosnięte złamanie 65

80. Utrata obu kończyn dolnych, lub obu stóp 100

XII. Kończyny górne i dolne.

81. Utrata jednej dolnej kończyny, lub stopy z utratą górnej kończyny, lub kiści 100

Uwaga 1. Zupełne porażenie kończyn lub ich części, równa się ich utracie. Zupełnej utracie odpowiada również zesztywnienie stawów, przykurczenie bliznowate, przewlekłe owrzodzenie, niedostateczne przykrycie członków kości po amputacji, przyrośnięcie, lub utrata ścięgna i t. p., o ile pociągają one za sobą zupełną niemożliwość posiłkowania się przy pracy uszkodzoną kończyną, lub jej częścią.

Uwaga 2. Przy uszkodzeniach dolnych kończyn należy zwracać uwagę, czy możliwym jest chodzenie przy pomocy lasek, szczydeł i t. p. i wogóle, o ile braki mogą być zastąpione przez członki sztuczne (protezy).

Uwaga 3. Przy wielorakich uszkodzeniach, powstałych na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku ocena skuteczniejsza się nie za pomocą zwyczajnego dodania cyfr od-

powiadających według najbliższej tablicy poszczególnych rodzajów uszkodzeń, lecz po rozważeniu, o ile zmniejszoną lub zupełnie utraconą została zdolność danego osobnika do pracy pod wpływem wszystkich, zbiorowo otrzymanych przezeń uszkodzeń, w związku ze stanem jego zdrowia i rodzajem zajęcia.

W żadnym wypadku utrata zdolności do pracy nie może być ocenioną ponad 100%.

Uwaga 4. Nie wymienione w tablicy uszkodzenia cielesne (urazowe i inne), określają się również w odsetkach od 0 do 100 stosownie do ich znaczenia bezpośredniego, oraz do wyżej wymienionych względów ogólnych.
