

302.

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 30 marca 1931 r.

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

Na podstawie art. 14 ustawy z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych (Dz. U. R. P. z r. 1924 Nr. 6, poz. 46) zarządza się co następuje:

Rozdział I.

Postanowienia, dotyczące wyłącznie funkcjonariuszów państwowych.

§ 1. Ustanawia się następujące komisje lekarskie dla funkcjonariuszów państwowych:

a) komisje lekarskie I instancji przy urzędach wojewódzkich (Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy) — dla wszystkich funkcjonariuszów państwowych z wyjątkami, przewidzianymi w punkcie c);

b) komisje lekarskie II instancji przy urzędach wojewódzkich (Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy) — dla wszystkich funkcjonariuszów państwowych z wyjątkami, przewidzianymi w punkcie d);

c) komisję lekarską I instancji przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, która właściwą jest w stosunku do tych funkcjonariuszów państwowych, co do których właściwa władza naczelną w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych uzna za wskazane poddanie ich zbadaniu tej komisji;

d) wyższą komisję lekarską przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, jako komisję II instancji dla orzeczeń komisji wymienionej pod c).

§ 2. Skład komisji lekarskich jest następujący:

a) komisji przy urzędach wojewódzkich (Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy) zarówno I jak i II instancji: przewodniczący — lekarz urzędowy, powołany przez Ministra Spraw Wewnętrznych na wniosek wojewody (Komisarza Rządu m. st. Warszawy) i członkowie—dwóch lekarzy, pozostających w służbie państwowej, lub komunalnej, wyznaczonych przez wojewodę (Komisarza Rządu m. st. Warszawy);

b) komisji przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych: przewodniczący — lekarz urzędowy, powołany przez Ministra Spraw Wewnętrznych i członkowie—dwóch lekarzy, pozostających w służbie państwowej, lub komunalnej, wyznaczonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych;

c) co do składu wyższej komisji lekarskiej przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych ma zastosowanie przepis punktu b) niniejszego paragrafu.

W badaniu funkcjonariusza przez komisję lekarską II instancji nie może brać udziału lekarz, który uczestniczył w badaniu tego funkcjonariusza przez komisję lekarską I instancji.

Przy powoływaniu przewodniczących komisji lekarskich Minister Spraw Wewnętrznych powołuje równocześnie ich zastępców.

§ 3. W przypadkach, kiedy zachodzi rzeczywista potrzeba uzupełniających badań specjalnych, przewodniczący komisji lekarskiej może skierować badanego do odpowiedniego specjalisty, zakładu leczniczego, lub djaagnostycznego. W przypadkach tych komisja wydaje orzeczenia dopiero po otrzymaniu wyniku tych badań.

§ 4. Komisje lekarskie I instancji przeprowadzają badania i orzekają:

a) o utracie zdolności do służby w przypadkach, przewidzianych w p. 1 i 2 art. 9 ustawy z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych;

b) o stopniu utraty zdolności zarobkowej w przypadkach przewidzianych w art. 11 i 12 wymienionej ustawy;

c) o związku przyczynowym choroby (kalectwa) ze służbą państwową, w szczególności, czy choroba (kalectwo) powstała z przyczyn, wskazanych w p. 1 i 2 art. 9 powyższej ustawy, oraz o winie własnej funkcjonariusza;

d) o potrzebie umieszczenia emeryta w zakładzie dla umysłowo chorych w myśl art. 42 wymienionej ustawy;

e) o zdolności do służby i stopniu utraty zdolności do pracy zarobkowej funkcjonariusza pozostającego w stanie spoczynku w przypadkach, określonych w art. 39 powyższej ustawy;

f) o zdolności do służby w przypadkach określonych w art. 28 p. a) i 29 p. b) wymienionej ustawy.

§ 5. Do kompetencji komisji lekarskich II instancji należy ponowne badanie i orzekanie:

a) w przypadkach wymienionych w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych;

b) w przypadkach wymienionych w § 4 p. a) do f) niniejszego rozporządzenia, jeżeli zdania członków komisji lekarskich I instancji są podzielone;

c) w przypadkach wymienionych w § 4 p. d) i e) niniejszego rozporządzenia jeśli domaga się tego funkcjonariusz; odnośne odwołanie wraz z wnioskiem o przedstawienie do zbadania komisji lekarskiej II instancji winien funkcjonariusz wnieść w ciągu 14 dni od daty doręczenia mu orzeczenia komisji lekarskiej I instancji do tej władzy, która zarządziła badanie.

§ 6. Badanie przez komisję lekarską funkcjonariusza zarządza władza właściwa do przeniesienia funkcjonariusza w stan spoczynku.

Badanie funkcjonariusza pozostającego w stanie spoczynku zarządza władza, która go przeniosła w stan spoczynku.

§ 7. Orzeczenia komisji lekarskich są wystawiane według wzoru, oraz na zasadzie tabeli stanów chorobowych ustalonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

Orzeczenie podpisują wszyscy członkowie komisji lekarskiej. Odrębne zdanie jednego z członków komisji lekarskiej winno być zanotowane na orzeczeniu i stwierdzone jego podpisem.

§ 8. Orzeczenie komisji lekarskiej zostaje przesłane władzy, która zarządziła badanie funkcjonariusza i stanowi podstawę do jej decyzji. Funkcjonariusz otrzymuje odpis orzeczenia komisji.

§ 9. Komisje lekarskie zwoływane są przez władze przy których istnieją — w miejscach i terminach zależnie od potrzeby. Tryb postępowania komisji lekarskich ustali Minister Spraw Wewnętrznych.

§ 10. O zdolności do służby państwowej, względnie o trwałej utracie zdolności do tej służby komisje lekarskie orzekają na podstawie tabeli stanów chorobowych, ujmującej cierpienia według różnego stopnia ich nasilenia.

§ 11. O stopniu utraty zdolności do pracy zarobkowej komisje lekarskie orzekają na podstawie skali przewidzianej w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

Stwierdzenie czasu powstania, związku przyczynowego choroby (kalectwa) ze służbą państwową, oraz winy własnej funkcjonariusza winna komisja lekarska opierać na aktach przeprowadzonych dochodzeń. Akty te powinny być dostarczone komisji.

§ 12. W razie niemożności stawienia się funkcjonariusza do komisji lekarskiej z powodu obłożnej choroby, stwierdzonej świadectwem lekarza urzędowego, władza, przy której istnieje komisja rozstrzyga, czy badanie ma być odłożone do innego terminu, czy też komisja lekarska ma udać się na miejsce pobytu funkcjonariusza.

§ 13. Członkom komisji lekarskiej, nie będącym funkcjonariuszami państwowymi, przyznaje się diety w takiej wysokości, jak funkcjonariuszom państwowym VI st. sł., o ile zaś nie mieszkają w miejscu urzędowania komisji — przyznaje się im ponadto zwrot kosztów podróży z miejsca zamieszkania do miejsca urzędowania komisji i zpowrotem, na zasadzie przepisów w sprawie diet i kosztów podróży funkcjonariuszów państwowych — z wyjątkiem zwrotu kosztów przewozu bagażów podróżnych, oraz wydatków na tragarzy.

W przypadkach wyjątkowych specjalistom o wyższych kwalifikacjach fachowo-naukowych według uznania wojewody (Komisarza Rządu m. st. Warszawy) względnie Ministra Spraw Wewnętrznych, mogą być wypłacane diety i koszty w wysokości jak funkcjonariuszom państwowym V lub IV st. sł.

Wydatki połączone z badaniem funkcjonariuszów państwowych obciążają zarząd Ministerstwa Skarbu.

Rozdział II.

Postanowienia, dotyczące wyłącznie wojskowych zawodowych.

§ 14. Ocenę zdolności do służby wojskowej w przypadkach, wskazanych w art. 9 ustawy z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych, stopień utraty zdolności do pracy zarobkowej w myśl art. 11 i 12 względnie 54 tejże ustawy, zwią-

zek przyczynowy choroby (kalectwa) ze służbą wojskową, jako też istnienie winy własnej zawodowego wojskowego, ostateczną trwałą niezdolność do służby wojskowej w myśl art. 47 tejże ustawy, wreszcie stałą potrzebę opieki osób postronnych, lub szczególnej opieki w myśl art. 55 i 56 tejże ustawy — stwierdza orzeczenie komisji wojskowo-lekarskiej, zatwierdzone przez Ministra Spraw Wojskowych, względnie dowódcę okręgu korpusu.

§ 15. Orzeczenie, wydane w myśl § 14 niniejszego rozporządzenia, zatwierdza dowódca okręgu korpusu względem szeregowych zawodowych, względem zaś oficerów zatwierdza Minister Spraw Wojskowych.

§ 16. Nieszczęśliwy wypadek podczas wlotu służbowego (art. 53 ustawy z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych) stwierdza odnośny dowódca na podstawie urzędowych dochodzeń i dołącza protokoły dochodzeń do aktów w sprawie przyznania zaopatrzenia.

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

- 1) lekarz wojskowy — oficer sztabowy, jako przewodniczący,
- 2) i 3) dwóch lekarzy wojskowych — oficerów sztabowych,
- 4) przedstawiciel intendencji — oficer,
- 5) przedstawiciel dowódcy okręgu korpusu — oficer — 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 § 18 niniejszego rozporządzenia.

§ 18. Generałowie oraz wyżsi oficerowie, którzy zajmują stanowiska dowódców dywizyj, szefów departamentów, szefów oddziałów Sztabu Głównego, szefów służb w Dowództwach Okręgów Korpusów, oraz zajmujący równorzędne stanowiska, 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.

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

- 1) przedstawiciel departamentu zdrowia — generał brygady lekarz, względnie wyższy oficer sztabowy lekarz — jako przewodniczący,
- 2) i 3) dwóch lekarzy oficerów sztabowych,
- 4) przedstawiciel departamentu intendencji — oficer sztabowy,
- 5) przedstawiciel biura personalnego — oficer, — jako członkowie.

Przewodniczącego, członków i zastępców komisji wojskowo-lekarskiej przy Ministrze Spraw Wojskowych pod 1), 2), 3), 4) wyznaczają szefowie odnośnych departamentów, przedstawiciela zaś biura personalnego — szef tego biura.

§ 20. Do kompetencji komisji wojskowo-lekarskiej należy:

a) ocena zdolności do służby w przypadkach wskazanych w art. 9 ustawy z dnia 11 grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych,

b) ocena stopnia utraty zdolności zarobkowej w myśl art. 11 i 12 wymienionej ustawy,

c) stwierdzanie związku przyczynowego (kalectwa) ze służbą wojskową — specjalnie zaś ustalanie czy choroba (kalectwo) powstała z przyczyn przewidzianych w art. 9 wymienionej ustawy, oraz ustalanie winy chorego (kaleki) w jej powstaniu,

d) stwierdzanie istnienia stałej potrzeby opieki osób postronnych, lub poszczególnej opieki (potrzeba umieszczenia w domu inwalidów, względnie w zakładzie leczniczym dla umysłowo chorych).

§ 21. Komisje wojskowo-lekarskie zwoływane są na zarządzenia 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.

§ 22. Orzeczenia po ich zatwierdzeniu w myśl § 15 niniejszego rozporządzenia, oraz ewentualne akty dochodzeń przekazuje się władzom, wyszczególnionym w art. 46 wymienionej wyżej ustawy.

§ 23. Od zatwierdzonego w myśl § 15 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 przysługujące prawo odwołania się do komisji odwoławczej.

§ 24. 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 zostały zatwierdzone przez dowódców okręgów korpusów właściwą jest okręgowa komisja odwoławcza przy tem dowództwie okręgu korpusu, w którym zatwierdzone zostało odnośne orzeczenie.

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

1) przedstawiciel Ministra Spraw Wojskowych w stopniu pułkownika korpusu oficerów sądowych, względnie jego zastępca w stopniu pułkownika i podpułkownika — jako przewodniczący,

2) przedstawiciel Ministra Skarbu i

3) wojskowy lekarz sztabowy,

— względnie zastępcy wymienionych pod 2) i 3) — jako członkowie.

Przewodniczącego i członków komisji odwoławczej przy Ministrze Spraw Wojskowych wyznaczają właściwi ministrowie.

W skład okręgowej komisji odwoławczej wchodzi:

1) przedstawiciel dowódcy okręgu korpusu — oficer sztabowy z korpusu oficerów sądowych, lub jego zastępca — jako przewodniczący,

2) przedstawiciel właściwej izby skarbowej,

3) wojskowy lekarz sztabowy,

— względnie zastępcy wymienionych pod 2) i 3) jako członkowie.

Przewodniczącego, członków i ich zastępców okręgowej komisji odwoławczej wyznaczają: przewodniczącego i członka wymienionego pod 1) i 3) względnie ich zastępców — dowódca okręgu korpusu, zaś członka, wymienionego pod 2) względnie jego zastępcę — prezes właściwej izby skarbowej.

§ 26. Dla określenia wysokości procentu utraty zdolności zarobkowej służy załącznik do niniejszego rozporządzenia.

§ 27. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem 1 maja 1931 r.

Równocześnie tracą moc obowiązującą rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 kwietnia 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 34, poz. 355), z dnia 19 lutego 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 27, poz. 160) i z dnia 29 sierpnia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 82, poz. 725).

Prezes Rady Ministrów: *W. Sławek*

Minister Spraw Wewnętrznych: *Sławoj Składkowski*

Kierownik Ministerstwa Skarbu: *Ignacy Matuszewski*

Minister Spraw Wojskowych: *J. Piłsudski*

Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 1931 r. (poz. 302).

Skala wysokości utraty zdolności do pracy zarobkowej, spowodowanej uszkodzeniami lub stanami chorobowymi poszczególnych części ciała, względnie leżących w nich narządów.

I. Powłoki zewnętrzne.

- 1) Przewlekłe choroby skóry nieodziałujące ujemnie na stan ogólny, w zależności od umiejscowienia, rozległości wykwitów, częstości nawrotów i stopnia dolegliwości od 10 do 30%
- 2) Przewlekłe lub nieuleczalne choroby skóry, oddziałujące ujemnie na stan ogólny, względnie szpecące lub wzbudzające odrzę, w zależności od umiejscowienia, rozległości wykwitów i stopnia dolegliwości od 30 do 100%
- 3) Blizny, zależnie od umiejscowienia, rozległości i upośledzenia czynności, należy oceniać według norm podanych dla poszczególnych części ciała.
- 4) Nowotwory drobotliwe i złośliwe skóry w zależności od umiejscowienia, ograniczenia sprawności ustroju, oraz wpływu na stan ogólny od 0 do 100%

II. Głowa.

C z a s z k a.

- 5) Uszkodzenia czaszki (ubytki kostne, wgniecenia) bez zaburzeń ze strony ośrodkowego układu nerwowego od 20 do 40%
- 6) Organiczne schorzenia ośrodkowego układu nerwowego z ciężkimi stałymi skutkami chorobowymi, występujące w związku z uszkodzeniem czaszki względnie samoistnie od 50 do 100%
- 7) Padaczka w postaci napadów, uzależniona od uszkodzenia czaszki, względnie samoistna. W zależności od nasilenia i częstotliwości występowania napadów od 35 do 100%
- 8) Zaburzenia psychiczne, występujące w związku z urazem czaszki względnie samoistnie od 40 do 100%
- 9) Ciężkie i przewlekłe postacie nerwic ogólnych z wybitnymi zmianami w usposobieniu i zachowaniu się, występujące w związku z urazem ciała, względnie samoistnie od 20 do 100%

U w a g a: O ile cierpienia wymienione w punktach 6, 7, 8 i 9 zostały spowodowane uszkodzeniem czaszki (ubytek, wgniecenie kości), normy utraty zdolności zarobkowej można podnieść o 15% w stosunku do tychże cierpień, występujących samoistnie.

U c h o.

- 10) Brak małżowiny usznej lub wybitne jej zniekształcenie 10%
- 11) Jednostronna tępość słuchu 10%
- 12) Obustronna tępość słuchu 20%

U w a g a: Za przytępienie słuchu należy uważać szept słyszalny na odległość od 0,5 do 1 metra.

- 13) Jednostronna głuchota 20%
- 14) Obustronna głuchota 50%

U w a g a: Jeżeli przytępieniu słuchu lub głuchocie towarzyszą inne stany chorobowe np.: stały szum w uszach, zawroty głowy, zaburzenia równowagi ciała lub, jeżeli głuchota uniemożliwia pracę zawodową — to normę można podnieść do 100%.

- 15) Przewlekłe niepowikłane zapalenie ucha środkowego 20%

U w a g a: Jeżeli zapalenie ucha środkowego powikłane jest próchnicą kości, to skala może być podwyższona do 50%.

O k o.

- 16) Uszkodzenia i cierpienia przewlekłe powiek, narządów łzowych, upośledzające sprawność wzroku i szpecące, w zależności od zawodu dla jednego oka od 10 do 20%
dla obu oczu od 30 do 60%
- 17) Przewlekłe cierpienia przewodów łzowych od 10 do 30%
- 18) Przewlekłe cierpienia przewodów łzowych, powikłane ropieniem lub stałymi przetokami worka łzowego od 30 do 60%
- 19) Oczopląs, zależnie od ostrości wzroku każdego oka według norm pkt. 22.
- 20) Porażenie mięśni ocznych, w zależności od liczby porażonych mięśni, ograniczenia ruchów oka oraz ograniczenia widzenia na skutek wyłączenia oka porażonego przy patrzeniu od 15 do 25%
- 21) Plamy na rogówce zależnie od wpływu ich na ostrość wzroku według norm pkt. 22.
- 22) Obniżenie ostrości wzroku:
Obniżenie zdolności zarobkowej na skutek zmniejszenia ostrości wzroku należy określać według niżej podanej tablicy Jostena:

Ostrość wzroku	j e d n e g o o k a						
	0,50	0,40	0,30	0,20	0,10	0,00	
drugiego oka	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	35,5	46,0	60,0	73,5	87,0	100,0

U w a g a: Cyfry pierwszej rubryki poziomej oznaczają ostrość wzroku jednego oka, a pionowej drugiego oka. Procent utraty zdolności zarobkowej odpowiada liczbie znajdującej się na skrzyżowaniu poszczególnych rubryk pionowej i poziomej np.: jeżeli ostrość wzroku jednego oka równa się 0,3, a drugiego 0,2 — to obniżenie zdolności do pracy równa się 41,0.

- 23) Zweżenie pola widzenia:
a) Obuoczne zwięźnienie pola widzenia do 10^a około plamek żółtych nawet przy dobrym środkowym widzeniu od 70 do 80%
b) Brak obu odskroniowych pól widzenia do 70%

- c) Brak obu odnosowych połówek pola widzenia do 30%
- d) Brak odnosowej jednej połówki pola widzenia 10%
- e) Brak odskroniowej jednej połówki pola widzenia do 35%
- f) Utrata obu prawych połówek pola widzenia uniemożliwiająca czytanie, zależnie od zawodu do 80%
- g) Wypadanie obu połówek pola widzenia:
górných 10%
dolnych do 50%
- h) Wypadanie ćwierci pola widzenia na jednym oku 10%
- i) Przerwy środkowe w polu widzenia według obniżenia ostrości wzroku pkt. 22.

U w a g a: Przewlekłe zapalne stany głębiej położonych części narządów oceniać należy według stopnia zaburzeń wzroku, podmiotowych dolegliwości, oraz ograniczenia zakresu pracy wymagającego dla zapobiegania pogorszeniom.

N o s.

- 24) Zniekształcenie lub zniszczenie kości nosa lub chrząstki, zamknięcie przez błizny otworów i przewodów nosowych, w zależności od stopnia towarzyszących im objawów (stopień zdolności oddychania nosowego, wydzielina o przykrem dla otoczenia zapachu) od 10 do 40%
- 25) Przewlekłe śluzoropne lub ropne zapalenie jam bocznych nosa od 25 do 60%

U s t a i j a m a u s t n a.

- 26) Uszkodzenia powodujące zwężenie, lub zniekształcenie warg lub ust, ograniczenie ruchów dolnej szczęki, wywołujące zaburzenia w odżywianiu od 0 do 35%
- 27) Przedziurawienie oraz porażenie podniebienia miękkiego lub utrata części tkanek języka, wywołujące zaburzenia w odżywianiu i mowie od 0 do 50%

III. Szyja.

- 28) Skrzywienie szyi pochodzenia mięśniowego, utrudniające ruchy do 30%
- 29) Przewlekłe zapalne stany, drobotliwe nowotwory krtani, wywołujące stałą chrypkę od 10 do 20%
- 30) Uszkodzenia, przewlekłe zapalne stany, nowotwory, drobotliwe krtani, powodujące utrudniony oddech lub wymagające ciągłego noszenia rurki tchawicznej od 40 do 75%

IV. Tułów.

K l a t k a p i e r s i o w a.

- 31) Zniekształcenie klatki piersiowej pourazowe w zależności od następczych zmian w narządach wewnętrznych klatki piersiowej od 30 do 100%
- 32) Przewlekłe nieżyty oskrzeli z rozedmą płuc. Rozstrzeń (ectasis) oskrzeli, dusznica oskrzelowa bez zmian w mięśniu sercowym od 10 do 50%
- 33) Rozedma płuc ze zmianami w mięśniu sercowym i zaburzeniami w oddychaniu od 50 do 100%
- 34) Włókniste zmiany nie przekraczające połowy płatu jednego płuca, względnie w obydwóch płucach, przy dobrym stanie ogólnym, zrosty opłucne bez upośledzenia sprawności mięśnia sercowego od 10 do 50%
- 35) Włókniste zmiany na większej przestrzeni, względnie na mniejszej przy upośledzeniu stanu ogólnego w znacznym stopniu od 50 do 100%
- 36) Zrosty opłucnej z upośledzeniem sprawności mięśnia sercowego od 25 do 100%
- 37) Czynna postępująca gruźlica płuc od 50 do 100%
- 38) Przewlekłe wśródmiąższowe zapalenie płuc na przestrzeni większej, niż jeden płat, marskość płuc, guzy. i nowotwory płuc, opłucnej i śródpiersia od 50 do 100%
- 39) Ciała obce tkwiące w mięszu płuc od 10 do 50%
- 40) Owrzodzenia i stale trwające zwiężenia przelyku od 50 do 100%

U w a g a: Wysokość skali utraty zdolności zarobkowej w chorobach płuc należy uzależniać od ogólnego stanu chorego, szybkości postępowania sprawy chorobowej, oraz uciążliwych dla otoczenia objawów chorobowych (kaszel, obfita, cuchnąca plwocina i t. p.).

- 41) Zaburzenia czynnościowe serca, upośledzające sprawność fizyczną, bez objawów niedomogi mięśnia sercowego od 10 do 50%
- 42) Organiczne wady serca wyrównane od 25 do 40%
- 43) Niewydolność (insufficiencia) mięśnia sercowego na tle zmian organicznych w mięśniu, lub zastawkach i osierdziu. Dusznica bolesna od 50 do 100%
- 44) Ciała obce tkwiące w sercu od 75 do 100%
- 45) Miążdżycza naczyń krwionośnych, rozszerzenie, tętniaki dużych naczyń krwionośnych od 50 do 100%

B r z u c h.

- 46) Zrosty otrzewnej, ciała obce tkwiące w narządach jamy brzusznej od 10 do 75%

- 47) Nowotwory i gruźlica otrzewnej od 50 do 100 %
- 48) Przewlekłe cierpienia narządów jamy brzusznej bez znacniejszego upośledzenia stanu ogólnego od 10 do 40 %
- 49) Przewlekłe cierpienia żołądka, jelit, wątroby, trzustki, przetoki kałowe, sztuczny odbył, ze znacznym upośledzeniem stanu ogólnego od 40 do 100 %
- 50) Uszkodzenia ścian brzucha, upośledzające sprawność ruchów, oraz wysiłek fizyczny od 20 do 30 %
- 51) Przepukliny ścian brzucha:
- a) małe do 15 %
- b) większe, oraz nawrotowe i pooperacyjne, odprowadzalne od 15 do 50 %
- c) bardzo duże ze znaczną zawartością trzew w worku przepuklinowym, oraz przepukliny nieodprowadzalne (przyrośnięte) od 50 do 100 %
- 52) Guzy krwawnicze, wypadanie odbytnicy od 10 do 25 %
- U w a g a: O ile odbytnica stale wypadła i musi być podtrzymywana opaską, jeżeli zachodzą zmiany chorobowe w ściance odbytnicy— to skalę utraty zdolności zarobkowej zwiększać można do 50 %, a nawet i wyżej.
- 53) Szczeliny i przetoki odbytu od 5 do 25 %
- N a r z ą d y m o c z o w e i p ł c i o w e.
- 54) Białkomocz bez upośledzenia sprawności nerek, kamica bez powikłań do 15 %
- 55) Przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych od 15 do 30 %
- 56) Przewlekłe zapalenie nerek bez wybitnych zmian w ustroju od 15 do 50 %
- 57) Przewlekłe zapalenie, lub zwyrodnienie nerek z wybitnymi zmianami w ustroju, marskość nerek na tle miażdżycy, gruźlica nerek, kamica nerkowa powikłana, krwimocz stały, wodo i ropnercze, nowotwory nerek i pęcherza od 50 do 100 %
- 58) Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego z zaburzeniami w oddawaniu moczu od 15 do 30 %
- 59) Przetoki pęcherza moczowego, moczowodów, nerki od 25 do 60 %
- 60) Zwężenie cewki moczowej poniżej 8 N skali Chariere'a, powodujące zaburzenia w oddawaniu moczu do 15 %
- 61) Przetoki cewki moczowej do 15 %
- 62) Przerost gruczołu krokowego, powodujący zaburzenia w oddawaniu moczu do 50 %
- 63) Przewlekły wodniak jądra lub powrózka nasiennego od 10 do 20 %
- 64) Utrata prącia do wieku przekwitania do 50 %
- 65) Utrata obu jąder:
- a) do wieku pokwitania do 50 %
- b) do wieku przekwitania do 30 %
- c) po wieku przekwitania do 15 %
- 66) Wypadanie pochwy lub macicy od 30 do 50 %
- G r z b i e t.**
- 67) Ograniczenie ruchów tułowia pochodzenia mięśniowego (naderwanie lub rozerwanie mięśni lędźwiowych) od 10 do 30 %
- 68) Ograniczenie ruchów kręgosłupa:
- a) umiarkowane do 15 %
- b) większe w poszczególnych odcinkach, względnie we wszystkich kierunkach od 15 do 40 %
- c) znaczne we wszystkich kierunkach, sztywność kręgosłupa od 40 do 75 %
- 69) Ubytki w kręgosłupie:
- a) z nieznaczными zmianami w układzie nerwowym od 25 do 50 %
- b) wywołujące schorzenia rdzenia (porażenie kończyn, nietrzymanie moczu, kału, bóle i t. p.) od 50 do 100 %
- 70) Organiczne schorzenia rdzenia samoistne, jamistość rdzenia, guzy i t. p. od 50 do 100 %
- 71) Przewlekłe nerwobóle lub zapalenia pojedynczych lub licznych nerwów z objawami przedmiotowymi (zmiany w odruchach, zaniki mięśni i t. p.) oraz porażenia obwodowe stałe pojedynczych lub licznych nerwów od 30 do 100 %
- V. Kończyna górna.**
- R ę k a.**
- | | prawa | lewa |
|---|---------------|---------------|
| 72) Utrata kciuka lub zeszywnienie obu jego stawów | od 25 do 33 % | od 20 do 30 % |
| 73) Utrata palca wskazującego i środkowego lub zeszywnienie wszystkich trzech stawów jednego z nich | 15 % | 10 % |
| 74) Utrata pierścienego i małego palca lub zeszywnienie wszystkich trzech stawów jednego z nich | 10 % | 5 % |
| 75) Utrata lub zeszywnienie wszystkich palców | 70 % | 60 % |

	prawa	lewa		prawa	lewa
76) Utrata lub zeszczywnienie wszystkich palców u obu rąk		do 100%	b) pomiędzy stawem barkowym a łokciowym	75%	65%
77) Utrata kciuka i palca wskazującego u jednej ręki i palca wskazującego u drugiej ręki	50%	45%	91) Zesztywnienie stawu barkowego	50%	40%
78) Utrata kciuka, palca wskazującego, środkowego i czwartego albo małego u jednej ręki i palca wskazującego u drugiej ręki	65%	60%	92) Staw barkowy ce-powy	50%	40%
79) Utrata palców jednej ręki, oprócz palca wskazującego i kciuka u drugiej ręki	80%		93) Nawykowe zwichnięcie w stawie barkowym	20%	10%
80) Utrata kciuków i palców wskazujących obu rąk	65%		94) Ograniczenie ruchów w stawie barkowym	25%	20%
81) Utrata ręki	70%	60%	95) Niemożność podnoszenia kończyny powyżej poziomu	25%	20%
82) Zesztywnienie stawu nadgarstkowego przy częściowo zachowanym ruchu palców	do 60%	do 50%	96) Nieprawidłowy zrost złamanego obojczyka lub łopatki, jeżeli wpływa to na zmianę ruchomości kończyny	do 25%	do 20%
Przedramię.			97) Utrata obu rąk lub obu kończyn górnych		100%
83) Utrata przedramienia po staw łokciowy	70%	60%	U w a g a 1): Oceniając uszkodzenia palców należy uwzględnić rodzaj pracy poszkodowanego i uznawać normy niższe, o ile przy wykonywaniu zawodu uszkodzenie to specjalnie nie wpływa na wydajność pracy.		
84) Zesztywnienie stawu łokciowego w pozycji wyprostnej lub zgiętej pod kątem rozwartym	50%	40%	U w a g a 2): Dla mańkutów uwzględnić należy: dla lewej ręki — normy przyjęte dla prawej.		
85) Zesztywnienie w stawie łokciowym pod kątem prostym	40%	30%	VI. Kończyna dolna.		
86) Staw łokciowy ce-powy	60%	50%	St o p a.		
87) Ograniczenie ruchów ręki (zginanie i prostowanie)	20%	15%	98) Utrata palucha		10%
88) Ograniczenie ruchów w stawie nadgarstkowym i łokciowym	do 35%	do 25%	99) Utrata wszystkich palców jednej nogi		20%
89) Zesztywnienie w stawie nadgarstkowym i łokciowym	60%	50%	100) Częściowa utrata główki kości śródstopia	od 30 do 50%	
Ramię i bark.			101) Utrata stopy w stawie skokowym lub poniżej tegoż bez znacniejszego skrócenia kończyny	od 40 do 50%	
90) Utrata kończyny: a) w stawie barkowym	80%	75%	102) Złamanie kości skokowej i piętowej		do 40%
			103) Zupełna sztywność stawu skokowego jednej stopy: a) w położeniu w stosunku do podudzia pod kątem prostym		25%
			b) w położeniu w stosunku do podudzia pod kątem rozwartym		do 40%

Goleń (podudzie).

- 104) Utrata jednego podudzia przy wystarczającej długości kikuta 60%
- 105) Zupełna sztywność stawu kolanowego:
- a) w pozycji wyprostnej 40%
- b) w pozycji zlekka zgiętej pod kątem rozwartym do 25%
- c) w pozycji zgiętej pod kątem prostym lub wygiętej w przeciwną stronę 50%
- 106) Staw kolanowy cepowy 60%
- 107) Rozciągnięcie więzadeł stawu kolanowego do 45%
- 108) Złamanie rzepki z uszkodzeniem ścięgna mięśnia czworogłowego uda od 40 do 50%
- 109) Nieprawidłowo zrosnięte złamanie kości goleni ze skróceniem kończyny:
- a) do 5 cm do 10%
- b) ponad 5 cm z upośledzeniem ruchów kończyny do 45%

U d o.

- 110) Utrata jednego uda:
- a) powyżej połowy 75%
- b) przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym 80%
- 111) Zupełna sztywność stawu biodrowego:
- a) w położeniu wyprostnem kończyny 50%
- b) w położeniu zgiętym kończyny 60%
- 112) Nieprawidłowy zrost złamania kości uda ze skróceniem kończyny:
- a) do 5 cm do 10%
- b) ponad 5 cm z upośledzeniem ruchów do 45%
- 113) Niezrosnięte złamanie 65%
- 114) Utrata obu stóp 75%
- 115) Utrata obu kończyn dolnych 100%
- 116) Zniekształcenie miednicy pourazowe do 25%

U w a g a 1):

Zupełne porażenie kończyn lub ich części równa się ich utracie. Zupełnej utracie odpowiada również zesztynienie stawów, przykurczenie bliznowate, o ile po-

ciągają one za sobą zupełną niemożność posiłkowania się przy pracy uszkodzoną kończyną.

U w a g a 2):

Jeżeli sztuczne kończyny mogą być używane z korzyścią dla chorego — wskazanem jest obniżyć utratę od 10 do 20%.

VII. Inne stany chorobowe.

- 117) Przewlekłe znaczne obrzęki gruczołów chłonnych, niezależnie od ich umiejscowienia od 10 do 50%
- 118) Przewlekłe cierpienia układu chłonnego krwi i narządów krwiotwórczych (białaczka, niedokrwistość złośliwa, ziarniak gruczołów chłonnych, nowotwory złośliwe gruczołów chłonnych) od 50 do 100%
- 119) Przewlekłe cierpienia gruczołów dokrewnych (choroba Basedow'a, obrzęk śluzowaty, akromegalja, moczówka prosta, choroba Addisona, tężyczka). Schorzenia wielogruzołowe od 10 do 100%
- 120) Choroby przemiany materji (cukrzyca, dna, otyłość) od 10 do 100%
- 121) Przewlekłe zapalenie szpiku kostnego i kości z przetokami od 25 do 50%
- 122) Przewlekły reumatyzm stawowy od 10 do 50%
- 123) Zapalenie stawów zniekształcające od 50 do 100%
- 124) Jakiegokolwiek bądź uszkodzenia cielesne, względnie stany chorobowe, niewyszczególnione w powyższych punktach, mogą powodować utratę zdolności do pracy zarobkowej od 0 do 100%, zależnie od stopnia nasilenia stwierdzonego cierpienia, oraz wpływu cierpienia na stan ogólny chorego.

U w a g a o g ó l n a:

W razie stwierdzenia paru uszkodzeń, względnie stanów chorobowych ustala się ogólną utratę zdolności do pracy zarobkowej, spowodowaną przez wszystkie stwierdzone stany chorobowe, uwzględniając ogólny stan badanego.

Ogólna utrata zdolności do pracy nie może przekraczać 100%.