

Warszawa, dnia 26 czerwca 2014 r.

Poz. 839

**OBWIESZCZENIE  
MINISTRA OBRONY NARODOWEJ**

z dnia 6 maja 2014 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej  
w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową  
wskutek wypadku lub choroby**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 197, poz. 1172 i Nr 232, poz. 1378) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 8 sierpnia 2003 r. w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. Nr 163, poz. 1578), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 lutego 2009 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. Nr 30, poz. 197);
- 2) rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 22 grudnia 2010 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. z 2011 r. Nr 9, poz. 45);
- 3) rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 22 listopada 2012 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. poz. 1366).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 lutego 2009 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. Nr 30, poz. 197), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”;

- 2) § 2 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 22 grudnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. z 2011 r. Nr 9, poz. 45), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”;

- 3) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 22 listopada 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. poz. 1366), które stanowią:

„§ 2. Sprawy wszczęte i niezakończone przez właściwe wojskowe komisje lekarskie przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia rozpatrują wojskowe komisje lekarskie według właściwości określonej w § 2–11 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.”.

Minister Obrony Narodowej: *T. Siemoniak*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Obrony Narodowej  
z dnia 6 maja 2014 r. (poz. 839)

## **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OBRONY NARODOWEJ**

z dnia 8 sierpnia 2003 r.

### **w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby**

Na podstawie art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 11 kwietnia 2003 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą wojskową (Dz. U. z 2014 r. poz. 213) zarządza się, co następuje:

#### Rozdział 1

#### **Przepisy ogólne**

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) właściwość i tryb postępowania wojskowych komisji lekarskich, w tym sposób ustalania uszczerbku na zdrowiu żołnierzy oraz związku ich śmierci ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby, sposób ustalania zwiększenia uszczerbku na zdrowiu, terminy badań lekarskich, tryb kierowania na te badania, tryb wydawania orzeczeń i ich zatwierdzania, niezbędne elementy orzeczenia, a także tryb rozpatrywania odwołań i sprzeciwów od tych orzeczeń oraz ich uchylania w trybie nadzoru;
- 2) niezbędną dokumentację lekarską i inne dokumenty, w tym dotyczące przebiegu i warunków służby wojskowej żołnierzy, mogące stanowić podstawę orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej;
- 3) wykaz norm oceny uszczerbku na zdrowiu oraz wzór skierowania do wojskowych komisji lekarskich, jak również wzory orzeczeń wydawanych przez te komisje w sprawach uszczerbku na zdrowiu lub śmierci żołnierzy wskutek wypadku lub choroby.

#### Rozdział 2

#### **Właściwość i tryb postępowania wojskowych komisji lekarskich**

§ 2.<sup>1)</sup> 1. Do orzekania o stopniu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową są właściwe:

- 1) rejonowe wojskowe komisje lekarskie w Bydgoszczy, Elku, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Żaganiu,
- 2) Rejonowa Wojskowa Komisja Lotniczo-Lekarska w Warszawie,
- 3) Rejonowa Wojskowa Komisja Morsko-Lekarska w Gdańsku,
- 4) Centralna Wojskowa Komisja Lekarska w Warszawie

– zwane dalej „wojskowymi komisjami lekarskimi”.

2. Jeżeli w rozporządzeniu jest mowa o uszczerbku na zdrowiu, rozumie się przez to stały uszczerbek na zdrowiu lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu.

3. Właściwość miejscową wojskowych komisji lekarskich, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, ustala się:

- 1) w stosunku do żołnierzy czynnej służby wojskowej – ze względu na miejsce stacjonowania jednostki wojskowej lub pododdziału jednostki wojskowej, w której pełnią służbę;
- 2) w stosunku do pozostałych osób – ze względu na miejsce ich stałego zamieszkania.

---

<sup>1)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 22 listopada 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. poz. 1366), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.

4. Właściwość miejscowa wojskowych komisji lekarskich, o których mowa:

- 1) w ust. 1 pkt 2,
- 2) w ust. 1 pkt 3 w zakresie orzekania w stosunku do żołnierzy niezawodowych oraz żołnierzy zawodowych zajmujących stanowiska służbowe na okrętach oraz w jednostkach Marynarki Wojennej

– obejmuje terytorium całego kraju.

§ 3.<sup>2)</sup> Do rejonowych wojskowych komisji lekarskich, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, stosownie do ich właściwości miejscowej, należy orzekanie o:

- 1) stopniu uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej lub choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami tej służby oraz o związku śmierci ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby w stosunku do:
  - a) żołnierzy niezawodowych, w tym również w służbie kandydackiej,
  - b) żołnierzy zawodowych,
  - c) żołnierzy rezerwy i żołnierzy w stanie spoczynku;
- 2) stopniu uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej oraz o związku śmierci ze służbą wojskową wskutek wypadku w stosunku do osób powołanych do czynnej służby wojskowej lub z niej zwolnionych, które uległy wypadkowi w czasie bezpośredniej drogi do jednostki wojskowej lub z powrotem.

§ 4. (uchylony).<sup>3)</sup>

§ 5. (uchylony).<sup>3)</sup>

§ 6.<sup>4)</sup> Do Rejonowej Wojskowej Komisji Lotniczo-Lekarskiej w Warszawie należy orzekanie o stopniu uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej lub choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami tej służby oraz o związku śmierci ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby w stosunku do żołnierzy zawodowych – członków personelu latającego, personelu naziemnego zabezpieczenia lotów i personelu służby inżynieryjno-lotniczej.

§ 7. (uchylony).<sup>5)</sup>

§ 8.<sup>6)</sup> Do Rejonowej Wojskowej Komisji Morsko-Lekarskiej w Gdańsku należy:

- 1) orzekanie w sprawach, o których mowa w § 3, w stosunku do osób wymienionych w tym przepisie, zgodnie z właściwością miejscową określoną w § 2 ust. 3;
- 2) orzekanie o stopniu uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej lub choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami tej służby oraz o związku śmierci ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby w stosunku do żołnierzy niezawodowych oraz żołnierzy zawodowych zajmujących stanowiska służbowe na okrętach oraz w jednostkach Marynarki Wojennej, zgodnie z właściwością miejscową określoną w § 2 ust. 4 pkt 2.

§ 9. (uchylony).<sup>7)</sup>

§ 10. (uchylony).<sup>7)</sup>

§ 11. Do Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej należy:

- 1) sprawowanie służbowego i merytorycznego kierownictwa oraz nadzoru nad działalnością wojskowych komisji lekarskich w sprawach orzecznich dotyczących ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej lub choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami tej służby oraz związku śmierci ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby, rozstrzyganie kwestii spornych lub nasuwających szczególne wątpliwości oraz wydawanie w tym przedmiocie wiążących zaleceń;

<sup>2)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

<sup>3)</sup> Przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

<sup>4)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

<sup>5)</sup> Przez § 1 pkt 5 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

<sup>6)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 6 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

<sup>7)</sup> Przez § 1 pkt 7 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

- 2)<sup>8)</sup> rozpatrywanie odwołań od orzeczeń pozostałych wojskowych komisji lekarskich, zajmowanie stanowiska wobec sprzeciwów do projektów orzeczeń i orzeczeń wojskowych komisji lekarskich i zatwierdzanie orzeczeń i określonych projektów orzeczeń wydawanych przez pozostałe wojskowe komisje lekarskie w sprawach, o których mowa w pkt 1;
- 3) analiza całokształtu zagadnień związanych z orzecznictwem wojskowo-lekarskim i działalnością orzeczniczo-lekarską wojskowych komisji lekarskich w sprawach, o których mowa w pkt 1;
- 4) współpraca z organami wojskowymi i Wojskową Izbą Lekarską oraz instytucjami naukowo-badawczymi i orzeczniczo-lekarskimi spoza wojska w zakresie orzecznictwa wojskowo-lekarskiego w sprawach, o których mowa w pkt 1.

### Rozdział 3

#### **Kierowanie do wojskowych komisji lekarskich**

§ 12. Do wojskowych komisji lekarskich kieruje się z urzędu lub na prośbę osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia lekarskiego.

§ 13. 1. Skierowanie do wojskowej komisji lekarskiej zarządza:

- 1) dowódca jednostki wojskowej – w stosunku do żołnierzy pełniących czynną służbę wojskową w podległej jednostce;
- 2) bezpośredni przełożony – w stosunku do dowódcy jednostki wojskowej;
- 3) właściwy szef wojewódzkiego sztabu wojskowego – w pozostałych przypadkach.

2. Za dowódcę jednostki wojskowej w rozumieniu ust. 1 uważa się również:

- 1) szefa (komendanta) jednostki organizacyjnej Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub dyrektora (szefa) komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej albo dyrektora (kierownika) innej jednostki organizacyjnej podległej lub nadzorowanej przez Ministra Obrony Narodowej;
- 2) wojskowego komendanta uzupełnień, właściwego ze względu na miejsce wypadku osoby powołanej do czynnej służby wojskowej, która uległa wypadkowi w czasie odbywania drogi z miejsca zamieszkania do jednostki wojskowej lub z powrotem;
- 3) kierownika studium wojskowego szkoły wyższej – jeżeli wypadkowi uległ student w związku z odbywaniem szkolenia w ramach studium wojskowego;
- 4) kierownika jednostki organizacyjnej poza resortem obrony narodowej – jeżeli wypadkowi uległ żołnierz wyznaczony do pełnienia służby w tej jednostce.

3. Skierowanie do wojskowej komisji lekarskiej mogą zarządzić także: przewodniczący Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej oraz przewodniczący rejonowej wojskowej komisji lekarskiej, Wojskowej Komisji Lekarskiej Sił Powietrznych i Wojskowej Komisji Lekarskiej Marynarki Wojennej – w stosunku do każdego żołnierza w sprawach rozpatrywanych przez te komisje.

§ 14. 1. Organ wojskowy kierujący żołnierza do wojskowej komisji lekarskiej jest obowiązany przekazać tej komisji wszelkie informacje oraz dokumenty, które dotyczą wypadku lub zachorowania żołnierza i mogą mieć znaczenie dla ustalenia związku choroby ze służbą wojskową.

2. Na wniosek przewodniczącego wojskowej komisji lekarskiej organy wojskowe, o których mowa w ust. 1, są obowiązane dostarczyć komisji również inne dokumenty niezbędne do wydania orzeczenia.

§ 15. Wzór karty skierowania do wojskowej komisji lekarskiej określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

### Rozdział 4

#### **Orzekanie przez wojskowe komisje lekarskie i tryb zatwierdzania orzeczeń**

§ 16. 1. Wojskowa komisja lekarska wydaje orzeczenie po przeprowadzeniu badania lekarskiego, wykorzystując:

- 1) odpis przebiegu służby wojskowej z akt personalnych żołnierza;

<sup>8)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 8 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

- 2)<sup>9)</sup> informację o warunkach i przebiegu służby wojskowej dla celów wojskowych komisji lekarskich;
- 3) historię chorób leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego;
- 4) wyniki pomiarów czynników szkodliwych występujących w danym środowisku służby;
- 5) książkę zdrowia żołnierza;
- 6) protokół powypadkowy.

1a.<sup>10)</sup> Informację, o której mowa w ust. 1 pkt 2, uwzględniającą wykryte schorzenia i przebyte urazy z ich przebiegiem i wynikiem leczenia, a także czynniki ryzyka wynikające ze szczególnych właściwości lub warunków służby na zajmowanych stanowiskach, sporządza lekarz jednostki na podstawie badania lekarskiego, karty opisu stanowiska służbowego, karty badań profilaktycznych i okresowych oraz dokumentacji medycznej i orzeczniczo-lekarskiej żołnierza.

1b.<sup>10)</sup> Wzór informacji, o której mowa w ust. 1 pkt 2, określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

2. W uzasadnionych przypadkach wojskowa komisja lekarska może wydać orzeczenie wyłącznie na podstawie posiadanej dokumentacji lekarskiej.

3. Orzeczenie wydaje się niezwłocznie po skompletowaniu dokumentacji i po przeprowadzeniu niezbędnych badań.

4.<sup>11)</sup> Orzeczenie o stopniu uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej albo choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej wydaje się po zakończeniu leczenia, jednakże nie później niż przy zwolnieniu ze służby wojskowej. Orzeczenie o stopniu uszczerbku na zdrowiu może być wydane również przed zakończeniem leczenia, jeżeli uszczerbek na zdrowiu jest niewątpliwy.

5. Wojskowa komisja lekarska orzeka o stopniu uszczerbku na zdrowiu z urzędu, jeżeli podczas badania stwierdziła chorobę powstałą w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej.

6. Jeżeli wojskowa komisja lekarska nie może wydać orzeczenia z powodu braku dostatecznych dowodów, w szczególności dotyczących schorzeń i śmierci oraz jej związku ze służbą wojskową, powiadamia o tym zainteresowaną osobę, informując ją o konieczności dostarczenia dokumentów będących w jej posiadaniu, w terminie nieprzekraczającym 14 dni. Komisja może także zobowiązać organ kierujący do dostarczenia brakujących dokumentów w terminie nieprzekraczającym 14 dni.

7. Po upływie terminu wyznaczonego do dostarczenia brakujących dokumentów wojskowa komisja lekarska może wydać orzeczenie na podstawie posiadanych dokumentów.

§ 17. 1. Stopień uszczerbku na zdrowiu ustala się w procentach, według stanu zdrowia żołnierza w dniu wydania orzeczenia, zgodnie z „Wykazem ustalającym normy oceny uszczerbku na zdrowiu”, stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których funkcje przed wypadkiem lub chorobą były już wcześniej upośledzone, stopień uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stopniem uszczerbku na zdrowiu po wypadku lub przebyciu choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej a stopniem upośledzenia istniejącego wcześniej. Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu organ, narząd albo układ były upośledzone przed wypadkiem lub chorobą powstałą w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej, przyjmuje się, że wcześniejszego upośledzenia funkcji nie było.

3. Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny lub jej części ogólny stopień uszczerbku na zdrowiu równa się sumie procentów uszczerbku ustalonych dla poszczególnych uszkodzeń, z tym że procent ten nie może być wyższy od procentu przewidzianego dla utraty uszkodzonej kończyny lub jej części.

4. Jeżeli wypadek albo choroba pozostająca w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej spowodowały uszkodzenie kilku kończyn, narządów albo układów, ogólny stopień uszczerbku na zdrowiu równa się sumie procentów uszczerbków ustalonych dla poszczególnych uszkodzeń, z ograniczeniem do 100%.

<sup>9)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 9 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

<sup>10)</sup> Dodany przez § 1 pkt 9 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

<sup>11)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 9 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

5. Jeżeli procent uszczerbku na zdrowiu określony jest w wykazie, o którym mowa w ust. 1, w granicach od – do, przy ustalaniu stopnia uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę obraz kliniczny, stopień uszkodzenia czynności organu, narządu albo układu oraz towarzyszące powikłania.

6. Jeżeli dla danego przypadku brak jest odpowiedniej pozycji w wykazie, o którym mowa w ust. 1, należy ocenić ten przypadek według pozycji najbardziej zbliżonej. Można przy tym ustalić stopień uszczerbku na zdrowiu w procencie niższym lub wyższym od przewidywanego w danej pozycji, w zależności od różnicy występującej między ocenianym stanem a stanem przewidzianym w odpowiedniej pozycji tego wykazu.

§ 18. 1. Związek śmierci żołnierza ze służbą wojskową wskutek wypadku ustala się na podstawie akt postępowania powypadkowego i dokumentacji lekarskiej.

2. Związek śmierci żołnierza ze służbą wojskową wskutek choroby ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej oraz opisu przebiegu i warunków pełnienia służby przez żołnierza.

§ 19. 1. Orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej dotyczące ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu żołnierza powinno:

- 1) zawierać określenie następstw wypadku lub rozpoznanie choroby, łącznie z towarzyszącymi powikłaniami;
- 2) określać procentowy stopień uszczerbku na zdrowiu;
- 3) ustalać, czy stwierdzony uszczerbek na zdrowiu żołnierza pozostaje w związku ze służbą wojskową.

2. Wzór orzeczenia w sprawie ustalenia dla celów odszkodowawczych uszczerbku na zdrowiu określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

3. Orzeczenie dotyczące żołnierza zmarłego powinno:

- 1) zawierać przyczynę śmierci;
- 2) ustalać, czy śmierć żołnierza pozostaje w związku ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby.

4. Wzór orzeczenia w sprawie ustalenia związku śmierci ze służbą wojskową określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 20. Orzeczenia, o których mowa w § 19 ust. 1 i 3, powinny ponadto zawierać:

- 1) szczegółowe uzasadnienie;
- 2) podpisy wszystkich członków komisji biorących udział w wydaniu orzeczenia oraz pieczęć urzędową komisji.

§ 21. Wojskowa komisja lekarska, orzekając o związku choroby ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej, kieruje się kryteriami zawartymi w wykazie chorób określonym na podstawie art. 6 ustawy z dnia 11 kwietnia 2003 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą wojskową, zwanej dalej „ustawą”.

§ 22. 1.<sup>12)</sup> Wojskowa komisja lekarska orzeka w składzie trzech lekarzy; orzeczenie podpisują wszyscy członkowie komisji.

2. Członek komisji, o której mowa w ust. 1, mający odrębne zdanie, może wnieść na piśmie sprzeciw od orzeczenia z podaniem uzasadnienia. Przewodniczący komisji przesyła ten sprzeciw łącznie z orzeczeniem i pozostałymi dokumentami do wojskowej komisji lekarskiej wyższego szczebla, która jest obowiązana zająć stanowisko w sprawie w terminie 7 dni od dnia otrzymania sprzeciwu.

§ 23. Po wydaniu orzeczenia przewodniczący wojskowej komisji lekarskiej zawiadamia o jego treści, na piśmie, osobę zainteresowaną.

§ 24. 1. Orzeczenia wojskowych komisji lekarskich ustalające:

- 1) związek śmierci ze służbą wojskową,
- 2) uszczerbek na zdrowiu żołnierza wskutek wypadku lub choroby

– podlegają zatwierdzeniu przez wojskową komisję lekarską wyższego szczebla.

<sup>12)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 22 grudnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. z 2011 r. Nr 9, poz. 45), które weszło w życie z dniem 27 stycznia 2011 r.



2.<sup>13)</sup> Po upływie terminu do wniesienia odwołań od orzeczeń, o których mowa w ust. 1, orzeczenia przesyła się do Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej w celu zatwierdzenia.

3. W razie niezatwierdzenia orzeczenia, o którym mowa w ust. 1, wojskowa komisja lekarska wyższego szczebla:

- 1) wydaje nowe orzeczenie albo
- 2) zarządza ponowne rozpatrzenie sprawy i wydanie nowego orzeczenia przez komisję, której orzeczenie nie zostało zatwierdzone.

4. Orzeczenie zatwierdzone jest ostateczne.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 3 pkt 1, zainteresowanej osobie przysługuje odwołanie do Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej, a jeżeli orzeczenie wydała ta komisja – do Ministra Obrony Narodowej lub organu przez niego określonego.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, zainteresowanej osobie przysługuje odwołanie do wojskowej komisji lekarskiej wyższego szczebla.

7. Orzeczenie doręcza się zainteresowanemu żołnierzowi, a w razie śmierci żołnierza – osobie uprawnionej do odszkodowania, wymienionej w art. 12 ustawy.

§ 25. Treść orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej wpisuje się do książki zdrowia żołnierza (emeryta, rencisty wojskowego).

## Rozdział 5

### **Rozpatrywanie odwołań i sprzeciwów od orzeczeń wojskowych komisji lekarskich**

§ 26. 1. Od orzeczenia wydanego w pierwszej instancji służy stronie odwołanie na zasadach określonych w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 oraz z 2014 r. poz. 183).

2. Odwołanie wnosi się do właściwej wojskowej komisji lekarskiej wyższego szczebla, o której mowa w § 24 ust. 2, za pośrednictwem komisji, która wydała orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia doręczenia zawiadomienia wymienionego w § 23.

§ 27. 1.<sup>14)</sup> Wojskowe komisje lekarskie rozpatrują odwołania w składzie trzech lekarzy.

2. Wojskowa komisja lekarska rozpatrująca odwołanie orzeka na podstawie dokumentacji znajdującej się w aktach orzeczniczo-lekarskich. W razie potrzeby komisja może przeprowadzić ponowne badanie lekarskie, a także skierować badanego na obserwację szpitalną. Komisja może również przeprowadzić dodatkowe postępowanie w celu uzupełnienia dowodów i materiałów w sprawie albo zlecić przeprowadzenie tego postępowania komisji, która wydała orzeczenie.

§ 28.<sup>15)</sup> Przepis § 27 stosuje się odpowiednio do rozpatrywania sprzeciwów, z tym że Centralna Wojskowa Komisja Lekarska rozpatruje sprzeciw w składzie pięciu lekarzy.

§ 29. 1. Wojskowa komisja lekarska, która wydała orzeczenie w trybie określonym w § 24 ust. 3, § 27 lub § 28, zawiadamia na piśmie właściwą komisję lekarską o utrzymaniu w mocy orzeczenia lub jego uchyleniu oraz o trybie wydania nowego orzeczenia; do komisji przesyła się również nowe orzeczenie oraz dokumentację orzeczniczo-lekarską.

2. Przewodniczący wojskowej komisji lekarskiej, która wydała orzeczenie w trybie określonym w § 24 ust. 3, § 27 lub § 28, przesyła orzeczenie osobie badanej, organowi wojskowemu właściwemu do ustalania prawa do odszkodowania, dowódcy macierzystej jednostki wojskowej badanego, a w przypadku orzeczeń wydawanych w stosunku do emerytów lub rencistów wojskowych – także wojskowemu organowi emerytalnemu.

## Rozdział 6

### **Uchylenie orzeczeń wojskowych komisji lekarskich w trybie nadzoru**

§ 30. 1. Minister Obrony Narodowej może w trybie nadzoru uchylić każde orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej sprzeczne z prawem lub wydane z pominięciem istotnych okoliczności faktycznych.

<sup>13)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 10 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 1.

<sup>14)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

<sup>15)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

2. Uprawnienie, o którym mowa w ust. 1, przysługuje również przewodniczącemu Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej.

§ 31. 1. W razie uchylecia orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej organ, o którym mowa w § 30, zarządza ponowne rozpatrzenie sprawy przez wyznaczoną wojskową komisję lekarską, udzielając jej wiążących zaleceń.

2. Wyznaczona wojskowa komisja lekarska, wydając nowe orzeczenie, zawiadamia o tym wojskową komisję lekarską, której orzeczenie zostało uchylone, organ, który wydał decyzję w trybie nadzoru, oraz odpowiednio właściwy wojskowy organ emerytalny lub organ wojskowy właściwy do ustalenia prawa do odszkodowania.

## Rozdział 7

### Przepis końcowy

§ 32. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia<sup>16)</sup>.<sup>17)</sup>

<sup>16)</sup> Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 18 września 2003 r.

<sup>17)</sup> Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia utraciły moc: rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 26 marca 1973 r. w sprawie ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. Nr 13, poz. 93, z 1976 r. Nr 41, poz. 242 oraz z 1992 r. Nr 57, poz. 278) oraz rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 czerwca 1992 r. w sprawie zasad określania zdolności do czynnej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. Nr 57, poz. 278, z 1994 r. Nr 31, poz. 113 oraz z 2000 r. Nr 97, poz. 1059) w zakresie, w jakim dotyczyło ono właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w przedmiocie ustalania uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierza ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby.



Załączniki do rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej  
z dnia 8 sierpnia 2003 r.

**Załącznik nr 1***WZÓR*

..... dnia ..... 20 .... r.  
(pieczęć nagłówkowa jednostki wojskowej)

**KARTA SKIEROWANIA**

Do .....  
(nazwa wojskowej komisji lekarskiej)

w celu .....

1. Nazwisko, imię i imiona rodziców .....

2. Stopień wojskowy ..... 3. Miejsce i data urodzenia .....

4. Przydział służbowy .....  
(jednostka, zajmowane stanowisko)

5. Data wstąpienia do służby wojskowej .....

6. Wcielony przez WKU .....

7. Rozpoznanie lekarskie .....

8. Uwagi .....

..... mp. ....  
(lekarz jednostki) (organ kierujący)



8. Padaczka:
- a) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia, wymagających opieki innej osoby 100
  - b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia 30–70
  - c) padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów 20–40
- Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany eeg., dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):
- a) otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję 100
  - b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia 50–70
  - c) encefalopatie bez zmian charakterologicznych 30
- Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie eeg. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.
10. Zaburzenia adaptacyjne będące następstwem urazów i wypadków, w których nie doszło do trwałych uszkodzeń OUN:
- a) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym 5–10
  - b) ujawnienie się psychozy w następstwie ciężkiego stresu 50–80
11. Zaburzenia mowy:
- a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją 80
  - b) afazja całkowita motoryczna 60
  - c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się 40
  - d) afazja nieznacznego stopnia 20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
- a) znacznie upośledzające czynność ustroju 60
  - b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju 30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
- a) nerwu okoruchowego:
    - w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia 5–15
    - w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia 10–30
  - b) nerwu błotkowego 3
  - c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia 1–15
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia 10–20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego – w zależności od stopnia uszkodzenia 10–20
- Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49.
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i funkcji przewodu pokarmowego 10–50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia 5–15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia 10–20

**B. Uszkodzenia twarzy**

19. Uszkodzenie powłok twarzy (blizny i ubytki):
- a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1–10
  - b) oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji 10–30
  - c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmu, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiaru blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji 30–60
20. Uszkodzenia nosa:
- a) uszkodzenie nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia 1–10
  - b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania 5–20
  - c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10–25
  - d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
  - e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa) 30
- Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół objętych uszkodzeń poz. 19, należy stosować ocenę według tej pozycji (tj. według poz. 19).
21. Utrata zębów:
- a) siekacze i kły – za każdy ząb 1
  - b) pozostałe zęby począwszy od dwóch – za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania) 1
22. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań 15–30
23. Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):
- a) szczęki 40
  - b) żuchwy 50
24. Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:
- a) bez zaburzeń czynności stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk 1–5
  - b) z zaburzeniami czynności stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk 5–10
25. Ubytek podniebienia:
- a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń 10–30
  - b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń 25–40
26. Ubytki języka:
- a) bez zaburzeń mowy i połykania 3
  - b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń 5–15
  - c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń 15–40
  - d) całkowita utrata języka 50

**C. Uszkodzenia narządu wzroku**

27. a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku lewego oka \ Ostrość wzroku prawego oka	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (1/2)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
	Procent uszczerbku na zdrowiu										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (1/2)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

- b) utrata wzroku jednego oka z wyluszczeniem gałki ocznej 38
28. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:
- a) jednego oka 15
- b) obojga oczu 30
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:
- a) rozdarcie naczyniówki jednego oka według tabeli ostrości wzroku (poz. 27 lit. a)
- b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego "
- c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka "
- d) zanik nerwu wzrokowego "
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:
- a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) według tabeli ostrości wzroku (poz. 27 lit. a)
- b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) "
- c) ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku "
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.) "

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według niżej podanej tabeli:

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0%	0%	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

33. Połowicze niedowidzenia:

- |                       |    |
|-----------------------|----|
| a) dwuskroniowe       | 60 |
| b) dwunosowe          | 30 |
| c) jednoimienne       | 25 |
| d) jednoimienne górne | 10 |
| e) jednoimienne dolne | 40 |

34. Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, bezsoczewkowość pourazowa, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:

- |                 |    |
|-----------------|----|
| a) w jednym oku | 25 |
| b) w obu oczach | 40 |

35. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:

- |                    |    |
|--------------------|----|
| a) w jednym oku    | 15 |
| b) w obojgu oczach | 30 |

36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):

- |                 |    |
|-----------------|----|
| a) w jednym oku | 10 |
| b) w obu oczu   | 15 |

37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać według tabeli ostrości wzroku (poz. 27 lit. a) oraz według tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia (poz. 32)

38. Jaskra – oceniać według tabeli ostrości wzroku (poz. 27 lit. a) oraz według tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia (poz. 32), z zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu.

39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia

50–100

40. Zaćma urazowa

według tabeli  
ostrości  
wzroku  
(poz. 27 lit. a)

41. Przewlekłe zapalenie spojówek

10



**D. Uszkodzenie narządu słuchu**

42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli:

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu według Rosera (w mod.)				
ucho lewe \ ucho prawe	0–25 dB	26 do 40 dB	41 do 70 dB	pow. 70 dB
0–25 dB	0%	5%	10%	20%
26 do 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 do 70 dB	10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%

Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.

43. Urazy małżowiny usznej:

- |   |      |
|---|------|
| a) utrata części małżowiny  | 5    |
| b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) – w zależności od stopnia | 5–10 |
| c) utrata jednej małżowiny  | 15   |
| d) utrata obu małżowin  | 25   |

44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:

- |  |   |
|--|---|
| a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu | oceniać według tabeli ostrości słuchu (poz. 42) |
| b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu   | "   |

45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:

- |                 |    |
|-----------------|----|
| a) jednostronne | 5  |
| b) obustronne   | 10 |

46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:

- |                 |       |
|-----------------|-------|
| a) jednostronne | 5–15  |
| b) obustronne   | 10–20 |

47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu

oceniać według tabeli ostrości słuchu (poz. 42)

48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

- |   |   |
|---|---|
| a) z uszkodzeniem części słuchowej  | oceniać według tabeli ostrości słuchu (poz. 42) |
| b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia             | 20–50   |
| c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia | 30–60   |

49. Uszkodzenie nerwu twarzowego, łącznie z pęknięciem kości skalistej:
- a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia 25–40
  - b) dwustronne 60
- E. Uszkodzenie szyi, krtani, tchawicy i przełyku**
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji 5–25
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia 10–30
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:
- a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia 35–50
  - b) z bezgłosem 60
53. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia 20–60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:
- a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywienia 10–30
  - b) odżywianie tylko płynami 50
  - c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia uszkodzenia i ustawienia głowy 10–30
- Uwaga: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać według poz. 89.
- F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa**
56. Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości klatki piersiowej 10–30
57. Utrata gruczołu piersiowego w części lub w całości 10–25
58. Uszkodzenia przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):
- a) z obecnością zniekształceń klatki piersiowej i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc 10
  - b) z obecnością zniekształceń klatki piersiowej i zmniejszeniem pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej 15–25
59. Złamanie mostka ze zniekształceniem 10
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka 20
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):
- a) bez niewydolności oddechowej 10
  - b) z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia 20–40
62. Uszkodzenia tkanki płucnej powikłane przetokami, ropniem płuc – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej 40–80
- Uwaga: Przy orzekaniu według poz. 60 i 61 stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej potwierdzić badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:
- a) z wydolnym układem krążenia 10
  - b) z objawami względnej wydolności układu krążenia 30
  - c) z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności 40–90
- Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniać należy na podstawie badania radiologicznego, elektrokardiograficznego i badania ECHO.
64. Przepukliny przeponowe w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia 20–40

**G. Uszkodzenia brzucha i ich następstwa**

65.	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki itd.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	5–30
Uwagi:	1) Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych).	
	2) Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	
66.	Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a)	bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywienia	10
b)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	15–50
67.	Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a)	jelita cienkiego	30–80
b)	jelita grubego	20–50
68.	Przetoki okołodbytnicze	15
69.	Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70.	Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10–30
71.	Utrata śledziony:	
a)	bez zmian w obrazie krwi	15
b)	ze zmianami w obrazie krwi lub ze zrostami otrzewnowymi	30
72.	Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a)	bez zaburzeń ich czynności	5–10
b)	z zaburzeniami ich czynności w zależności od stopnia	20–60
<b>H. Uszkodzenie narządów moczowo-płciowych</b>		
73.	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia	10–25
74.	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75.	Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40–75
76.	Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła	20
77.	Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10–30
78.	Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczania się moczem	20–50
79.	Zwężenie cewki moczowej:	
a)	powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b)	z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30–50
c)	z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50–60
80.	Utrata prącia	40
81.	Częściowa utrata prącia	20
82.	Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83.	Utrata obu jąder lub obu jajników	40

- |     |   |    |
|-----|---|----|
| 84. | Wodniak jądra   | 10 |
| 85. | Utrata macicy:  |    |
|     | a) w wieku do 50 lat  | 40 |
|     | b) w wieku powyżej 50 lat                                   | 20 |
| 86. | Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych: |    |
|     | a) pochwy   | 10 |
|     | b) pochwy i macicy  | 30 |

### **I. Ostre zatrucia i ich następstwa**

(Orzekać nie wcześniej niż po 6 miesiącach)

- |     |  |       |
|-----|--|-------|
| 87. | Nagłe zatrucie gazami lub/i substancjami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):   |       |
|     | a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań  | 10    |
|     | b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia | 10–25 |
|     | Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.                       |       |
| 88. | Nagłe zatrucie pokarmami powodujące uszkodzenie narządów mięszzowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia  | 5–15  |
|     | Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych należy oceniać według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.                        |       |

### **J. Uszkodzenie kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa**

- |     |  |       |
|-----|--|-------|
| 89. | Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:  |       |
|     | a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni   | 15    |
|     | b) całkowite zeszywnienie  | 25    |
|     | c) całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy  | 40    |
| 90. | Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym:  |       |
|     | a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji powyżej 20 stopni lub zginania do 50 cm  | 15    |
|     | b) całkowite zeszywnienie  | 25    |
|     | c) całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem tułowia  | 40    |
| 91. | Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji  | 3–10  |
| 92. | Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu               | 10    |
| 93. | Uszkodzenia rdzenia kręgowego:   |       |
|     | a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn                                     | 100   |
|     | b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch lasek                               | 70    |
|     | c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce   | 40    |
|     | d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym) | 100   |
|     | e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)  | 70    |
|     | f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)   | 30    |
|     | g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)   | 40    |
|     | h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń  | 10–30 |

94. Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:
- |                       |      |
|-----------------------|------|
| a) szyjne             | 5–20 |
| b) piersiowe          | 5–10 |
| c) lędźwiowo-krzyżowe | 5–25 |
| d) guziczne           | 5    |

#### K. Uszkodzenia miednicy

95. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwanie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu 10–35
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:
- |  |       |
|--|-------|
| a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)    | 5–20  |
| b) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne’a) | 15–45 |
97. Złamanie dna panewki – w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających:
- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| a) bez zwichnięcia centralnego | 10–20 |
| b) ze zwichnięciem centralnym  | 20–40 |
98. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji 5–20

Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

#### L. Uszkodzenia kończyny górnej

Uwaga: Przy uszkodzeniu kończyn górnych u osób leworęcznych stopień uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzenia ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.

##### Łopatką

99. Złamanie łopatki:
- |   |                |              |
|---|----------------|--------------|
| a) wygojone złamania łopatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny | 5              |              |
| b) wygojone z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia    | prawa<br>10–40 | lewa<br>5–30 |

Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

##### Obojczyk

100. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów
- |  |               |              |
|--|---------------|--------------|
|  | prawy<br>5–25 | lewy<br>5–20 |
|--|---------------|--------------|
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny
- |  |    |    |
|--|----|----|
|  | 25 | 20 |
|--|----|----|
102. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia zdolności dźwigania i stopnia zniekształcenia
- |  |      |      |
|--|------|------|
|  | 5–25 | 5–20 |
|--|------|------|
103. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według poz. 101–102, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu o
- |  |   |  |
|--|---|--|
|  | 5 |  |
|--|---|--|

Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.

## Bark

104. Przewlekłe zmiany stawu barkowego – w zależności od stopnia ograniczenia funkcji i przykurczu	prawy 5–30	lewy 5–25
105. Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20–30	15–30
106. Nawykowe zwichnięcia barku potwierdzone zaświadczeniami lekarskimi i rtg	25	20
107. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	25–40	20–35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen ocenia się według norm neurologicznych.		
108. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) – w zależności od ustawienia i funkcji	20–35	15–30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	5–15	5–10
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według poz. 104–109, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	5–35	5–25
	prawa	lewa
111. Utrata kończyny w barku	75	70
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	80	70

## Ramię

113. Złamania kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:	prawa	lewa
a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5–15	5–10
b) ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15–30	10–25
c) złamanie powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30–55	25–50
114. Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) mięśnia dwugłowego	5–15	5–10
b) uszkodzenia innych mięśni ramienia	5–20	5–15
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
116. Przepukliny mięśniowe ramienia	3	3

## Staw łokciowy

117. Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej – w zależności od zaburzeń osi i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym:	prawa	lewa
a) bez większych przemieszczeń, zniekształceń i ograniczenia ruchomości	5–15	5–10
b) z dużym zniekształceniem i ze znacznym przykurczem	15–30	10–25



118. Zesztywnienie stawu łokciowego:	prawy	lewy
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°–110°)	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°–180°)	50	45
d) w innych ustawieniach – zależnie od przydatności czynnościowej kończyny	30–45	25–40
119. Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprosty i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a) przy niemożności zgięcia do 90°	10–30	5–25
b) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	5–20	5–15
Uwaga: wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego należy oceniać według poz. 117–119.		
120. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15–30	10–25
121. Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według poz. 117–120, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu o		5

#### Przedramię

122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:	prawy	lewy
a) ze zniekształceniem	5–15	5–10
b) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe itp.)	15–25	10–20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:	prawe	lewe
a) ze zniekształceniem i zaznaczonymi zaburzeniami funkcji	5–15	3–10
b) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe itp.)	5–35	10–30
	prawy	lewy
124. Staw rzekomy kości promieniowej	30	25
125. Staw rzekomy kości łokciowej	20	15
	prawe	lewe
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia	40	35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według poz. 122–126, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań		5–15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do protezowania	prawa 55–65	lewa 50–60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	prawe 55	lewe 50

#### Nadgarstek

130. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwicznienia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) – w zależności od ustawienia, zakresu ruchów, objawów bólowych i troficznych oraz funkcji palców:	prawy	lewy
a) ograniczenie ruchomości	5–10	3–8
b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10–20	8–15
c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20–30	15–25

131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15–30	10–25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25–45	20–40
132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według poz. 130 i 131, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o		1–10
		prawa      lewa
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50

**M. Śródrezcze i palce****Kciuk**

134. Złamania i zwichnięcia kciuka (pierwszej kości śródrezcza i paliczków kciuka) – w zależności od ustawienia, zniekształcenia i stopnia zaburzeń funkcji kciuka:	prawy	lewy
a) z przemieszczeniem	5–10	3–8
b) z dużym przemieszczeniem i zniekształceniem	10–20	8–15
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
135. Utraty w obrębie kciuka:	prawy	lewy
a) utrata opuszki	5	3
b) utrata paliczka paznokciowego	10	8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	15	10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródrezcza	20	15
e) utrata obu paliczków z kością śródrezcza	30	25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji	3–10	1–8
b) znaczne ograniczenie funkcji	10–20	8–15
c) upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty kciuka	20–30	15–25

**Palec wskazujący**

137. Utraty w obrębie palca wskazującego:	prawy	lewy
a) utrata opuszki	5	3
	prawy	lewy
b) utrata paliczka paznokciowego	7	5
c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	prawy	lewy
	8	5
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	12	10
e) utrata trzech paliczków	17	15
f) utrata palca wskazującego z kością śródrezcza	23	20

138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego oraz II kości śródreżca (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:	prawy	lewy
a) ograniczenie funkcji – w zależności od stopnia	3–8	1–5
b) znaczne ograniczenie funkcji – w zależności od stopnia	8–12	5–10
c) bezużyteczność palca graniczącą z utratą wskaziciela	17	15
Palec trzeci, czwarty i piąty		
	prawy	lewy
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) palca III i IV – za każdy paliczek	3	2
b) palca V – za każdy paliczek	1	1
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12	8
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V i odpowiednich kości śródreżca (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:	prawy	lewy
a) ograniczenie funkcji palca – w zależności od stopnia	2	1
b) znaczne ograniczenie funkcji palca – w zależności od stopnia	4	3
c) bezużyteczność palca graniczącą z utratą	7	5

Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą ilość palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.

#### N. Uszkodzenie kończyny dolnej

##### Biodro

142. Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie okolicy podkrętarzowej	85
143. Przykurcze i ograniczenia ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich – w zależności od stopnia	5–25
144. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20–35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30–60
145. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższej nasady kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych oraz dolegliwości subiektywnych:	
a) ze zmianami miernego stopnia	5–20
b) ze zmianami dużego stopnia	20–40
c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40–65
146. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według poz. 142–145, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o	5–15

Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenia kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.

## Udo

147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:
- a) z nieznacznymi zmianami i skröceniami do 4 cm 5–15
  - b) z miernymi zmianami i skröceniem do 6 cm 15–30
  - c) ze skröceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami 30–40
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skröcenia i zaburzeń wtórnych 40–60
149. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp. 5–20
150. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych 5–30
151. Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi ocenia się według poz. 147–150, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o 1–10
152. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według poz. 147–150, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o 10–65
- Uwaga: Łączny stopień uszczerbku na zdrowiu ocenianego według poz. 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.
153. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania 50–70

## Kolano

154. Zesztywnienie stawu kolanowego:
- a) w pozycji funkcjonalnie korzystnej 0°–15° 30
  - b) przy większych stopniach zgięcia lub przy przeproście powyżej –10° (minus 10°) stosuje się ocenę według lit. a – zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu za każde 4° odchylenia ponad granicę 15° lub –10° o 1
155. Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) – w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji:
- a) utrata ruchomości w zakresie 0°–40° za każde 2° ubytku ruchu 1
  - b) utrata ruchomości w zakresie 40°–90° za każde 5° ubytku ruchu 1
  - c) utrata ruchomości w zakresie 90°–120° za każde 10° ubytku ruchu 1
- Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°–120°.
156. Inne następstwa uszkodzeń kolana: skröcenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. – w zależności od stopnia 1–20
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego 65

## Podudzie

158. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:
- a) ze zmianami lub skröceniem do 4 cm 5–15
  - b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skröceniem od 4 cm do 6 cm 15–25
  - c) ze skröceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych 25–50

159. Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	3
160. Uszkodzenia tkanek miękkich, podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych i zniekształceń stopy	5–20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	60
b) przy dłuższych kikutach	40–55

#### Stawy skokowe, stopa

162. Ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranień, ciał obcych, blizn itp.) – w zależności od ich stopnia dolegliwości:	
a) bez zniekształceń	1–15
b) ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy	15–25
c) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp.	25–40
163. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10–20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20–40
164. Złamanie kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	5–15
b) znacznego stopnia lub z powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	15–30
165. Utrata kości piętowej lub skokowej	40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	5–10
b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10–20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	5–15
b) złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	3–10
c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10–20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według poz. 167, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o	1–10
169. Inne uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowate i zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności	1–15
170. Utrata stopy w całości	50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172. Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20–30

#### Palce stopy

174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	5
175. Utrata całego palucha	7

176. Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10–20
177. Utrata palców II–V w części lub w całości – za każdy palec	2
178. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5–10
179. Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3–5
180. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1–5

#### O. Porażenia i niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych

181. Uszkodzenia częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5–15	
	prawy	lewy
b) nerwu piersiowego długiego	5–10	5–15
c) nerwu pachowego	10–20	15–25
d) nerwu mięśniowo-skórnego	10–25	5–20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15–45	5–35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	10–30	5–25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5–25	5–15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5–15	1–10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10–40	5–30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5–25	5–15
k) nerwu łokciowego	10–30	5–20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	15–25	10–20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25–45	20–40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1–15	
o) nerwu zasłonowego	5–15	
p) nerwu udowego	10–30	
r) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10–20	
s) nerwu sromowego wspólnego	5–25	
t) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20–60	
u) nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10–40	
v) nerwu strzałkowego	10–20	
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	40–70	
x) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1–10	

Uwaga: Według poz. 181 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych.

W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

182. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	prawy	lewy
	30	50



**P. Choroby powstałe w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej**

183. Skutki zatruc ostrych i przewlekłych oraz ich następstwa wywołane substancjami chemicznymi 0–100
- Uwaga: Procent uszczerbku na zdrowiu ustala się w zależności od rodzaju substancji chemicznej, rodzaju uszkodzenia, tj. zespołu objawów klinicznych i stopnia upośledzenia sprawności ustroju obniżającego zdolność do służby (pracy).
- Przy ocenie należy również posługiwać się ustaleniami określonymi w poz. 87 i 88 wraz z uwagami zawartymi w tych pozycjach.
184. Pylice płuc:
- a) pylice płuc bez zaburzenia sprawności układu oddechowego stanowiące profilaktyczne przeciwwskazanie do pracy w narażeniu na działanie pyłu zwłókniającego w stężeniach przekraczających NDS 10–20
  - b) pylice płuc z zaburzeniami sprawności wentylacyjnej lub wymiany gazów w płucach z ograniczeniem wydolności wysiłkowej układu oddechowego 21–60
  - c) pylice płuc z objawami przewlekłego serca płucnego lub niewydolności oddechowo-kръżeniowej 61–100
185. Przewlekłe nieodwracalne schorzenia układu oddechowego powstałe w następstwie działania substancji: toksycznych, drażniących, uczulających (alergenów) lub czynników mechanicznych:
- a) przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego (PNChUO) w okresie wydolności układu oddechowego, stanowiące profilaktycznie uzasadnione przeciwwskazania do dalszej pracy w narażeniu na kontakt z czynnikami zawodowymi, uszkadzającymi układ oddechowy 10–20
  - b) PNChUO (łącznie z rozedmą płuc) w okresie względnej wydolności układu oddechowego (ograniczenie wydolności wentylacyjnej po obciążeniu wysiłkiem fizycznym) 20–40
  - c) PNChUO (łącznie z rozedmą płuc i innymi chorobami układu oddechowego) w okresie niewydolności oddechowej 40–80
  - d) rozwinięty, zaawansowany, przewlekły zespół płucno-sercowy w okresie niewydolności układu krръżeniowo-oddechowego, który może wymagać opieki innych osób 80–100
186. Choroby spowodowane działaniem promieni jonizujących i ciał promieniotwórczych (również nowotwory, choroby narządu wzroku i skóry spowodowane działaniem tych czynników) 0–100
187. Trwałe uszkodzenie zdrowia w wyniku oddziaływania pola elektromagnetycznego wielkiej częstotliwości w zakresie mikrofal i fal radiowych 0–100
188. Choroby wywołane działaniem wysokich lub niskich temperatur otoczenia: 0–100
- a) udar cieplny lub jego następstwa
  - b) wyczerpanie cieplne albo jego następstwa
  - c) odmrożenia lub trwałe skutki odmrożeń
189. Zespół wibracyjny:
- a) choroba wibracyjna wyrównana (postać parestezyjno-czuciowa, wstępne stadium zmian naczyniowych, drobne zmiany kostne wykryte radiologicznym badaniem układu kostno-stawowego), stanowiąca przeciwwskazanie do służby (pracy) w narażeniu na działanie wibracji 25–40
  - b) choroba wibracyjna niewyrównana 45–80
190. Przewlekłe choroby układu ruchu powstałe w warunkach służby (pracy) związanej z wymuszoną postawą ciała, nadmiernym przeciążeniem i mikrourazami: złamania powolne, zapalenie pochewek ścięgniętych i kaletek maziowych, uszkodzenia i zwyrodnienia łąkotek, zmiany zapalne mięśni i przyczepów ścięgniętych, martwica kości nadgarstka i uszkodzenia krążka międzykręgowego, przeciążeniowe zmiany zwyrodnieniowe 5–50
191. Choroby narządu wzroku wywołane zawodowymi czynnikami fizycznymi lub chemicznymi 0–100
- Uwaga: Przy ocenie uszczerbku na zdrowiu należy posilkować się ustaleniami określonymi w poz. 27–40.

192.	Uszkodzenia narządu słuchu związane z długotrwałym narażeniem na działanie nadmiernego hałasu	0–50
	Uwaga: Oceny uszczerbku na zdrowiu należy dokonywać w oparciu o ustalenia zawarte w tabeli ostrości słuchu (poz. 42).	
193.	Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym długotrwałym wysiłkiem głosowym:	
	a) guzki głosowe twarde	10–30
	b) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych	10–40
	c) <sup>18)</sup> niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią	10–30
194.	Choroby skóry i błon śluzowych spowodowane warunkami służby (pracy) w zależności od lokalizacji, rozległości i natężenia zmian	0–50
195.	Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie styczości z czynnikami rakotwórczymi:	20–100
	a) nowotwory skóry	
	b) nowotwory dróg moczowych	
	c) nowotwory układu oddechowego	
	Uwaga: Stopień uszczerbku na zdrowiu określa się w zależności od lokalizacji zmian nowotworowych i ich zaawansowania.	
196.	Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego lub obniżonego ciśnienia atmosferycznego oraz w warunkach działania przyspieszeń	0–100
197.	Następstwa chorób zakaźnych i inwazyjnych, o których mowa w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach, oraz ich przewlekłe następstwa w przypadkach, gdy źródło choroby znajdowało się w środowisku służby	0–100
198.	Żylaki podudzi z rozległymi, trudno gojącymi się owrzodzeniami	20–50
199. <sup>19)</sup>	Zaburzenia reaktywne odporne na leczenie, powstałe w szczególnych warunkach służby wojskowej:	
	a) zaburzenia stresowe pourazowe – PTSD	5–20
	b) psychozy reaktywne	20–100
	c) trwałe potraumatyczne zmiany osobowości	5–20
200.	Zespoły i złamania przeciążeniowe	5–30

<sup>18)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 lutego 2009 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby (Dz. U. Nr 30, poz. 197), które weszło w życie z dniem 12 marca 2009 r.

<sup>19)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 18.

## WZÓR

**ORZECZENIE Nr .....**  
**w sprawie ustalenia dla celów odszkodowawczych uszczerbku na zdrowiu**

.....  
 (nazwa wojskowej komisji lekarskiej)

Dnia ..... 20 ..... r. komisja w składzie:

przewodniczący: .....

członkowie: 1) .....

2) .....

na zarządzenie .....

przeprowadziła badanie lekarskie i wydała niniejsze orzeczenie

1. Nazwisko i imię, imiona rodziców .....

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Stopień wojskowy ..... 4. Przydział służbowy .....

5. Data powołania do służby wojskowej .....

6. Miejsce zamieszkania .....

7. Określenie choroby lub następstw wypadku .....

.....

.....

8. Uszczerbek na zdrowiu spowodowany chorobą lub wypadkiem z dnia .....

wynosi .....

.....

9. Uzasadnienie .....

.....

.....

mp.

Członkowie

Przewodniczący

1. ....

2. ....

Decyzja komisji uprawnionej do zatwierdzania orzeczeń:

.....  
 (nazwa wojskowej komisji lekarskiej)

w dniu ..... orzeczenie zatwierdziła / orzeczenia nie zatwierdziła\*

mp.

Przewodniczący: .....

Członkowie: 1) .....

2) .....

\* Niepotrzebne skreślić.

Uwaga: Orzeczenie sporządza się pismem maszynowym w 5 egzemplarzach. Po zatwierdzeniu orzeczenie przesyła się:

- 1 egzemplarz do zainteresowanego żołnierza,
- 1 egzemplarz do właściwego wojewódzkiego sztabu wojskowego,
- 1 egzemplarz do dowódcy jednostki, w której żołnierz pełni służbę,
- 1 egzemplarz do komisji sporządzającej orzeczenie,
- 1 egzemplarz pozostaje w aktach komisji zatwierdzającej.

## WZÓR

## ORZECZENIE Nr .....

.....  
(nazwa wojskowej komisji lekarskiej)

## w sprawie ustalenia związku śmierci ze służbą wojskową .....

Dnia ..... 20 ..... r. komisja w składzie:

przewodniczący: .....

członkowie: 1) .....

2) .....

na zarządzenie .....

wydała niniejsze orzeczenie:

1. Nazwisko i imię, imiona rodziców .....

2. Data i miejsce urodzenia ..... data śmierci .....

3. Stopień wojskowy ..... 4. Przydział służbowy .....

5. Data powołania do służby wojskowej .....

6. Miejsce zamieszkania .....

7. Przyczyna zgonu .....

.....  
.....

8. Związek śmierci ze służbą wojskową .....

.....  
.....

9. Uzasadnienie .....

.....  
.....

mp.

Członkowie

Przewodniczący

1. ....

2. ....

## Decyzja komisji uprawnionej do zatwierdzania orzeczeń:

.....  
(nazwa wojskowej komisji lekarskiej)

w dniu ..... orzeczenie zatwierdziła / orzeczenia nie zatwierdziła\*

mp.

Przewodniczący: .....

Członkowie: 1) .....

2) .....

\* Niepotrzebne skreślić.

Uwaga: Orzeczenie sporządza się pismem maszynowym w 5 egzemplarzach dla żołnierzy zawodowych, a w 4 egzemplarzach dla żołnierzy niezawodowych. Po zatwierdzeniu orzeczenie przesyła się:

- 1 egzemplarz do wojskowego organu emerytalnego (dotyczy żołnierzy zawodowych),
- 1 egzemplarz do właściwego WSzW,
- 1 egzemplarz osobie uprawnionej, wymienionej w art. 12 ustawy z dnia 11 kwietnia 2003 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą wojskową (Dz. U. z 2014 r. poz. 213),
- 1 egzemplarz do komisji sporządzającej orzeczenie,
- 1 egzemplarz pozostaje w aktach komisji zatwierdzającej.

