353.

Rozporządzenie Rady Ministrów

z dnia 31 marca 1924 r.

w przedmiocie włączenia gmin: Łączki Jagiellońskie i Wojaszówka do powiatu Krosno.

Na zasadzie art. 1, 2 i art. 3 ust. z dnia 7 lipca 1921 r. w przedmiocie dokonywania zmian granic powiatów na obszarach b. dzielnicy rosyjskiej i austrjacko-węgierskiej, jak również dokonywania w b. dzielnicy austrjacko-węgierskiej zmian obszaru działania samorządowych reprezentacji powiatowych (Dz. U. R. P. № 64, poz. 400) zarządza się co następuje:

§ 1. Gminy Wojaszówka i Łączki Jagiellońskie wraz z wcielonym do niej obszarem dworskim wyłącza się z powiatu politycznego Strzyżów i obszaru działania samorządowej reprezentacji powiatowej Jasło i włącza się do powiatu politycznego i obszaru działania samorządowej reprezentacji powiatowej Krosno.

§ 2. Wykonanie niniejszego rozporządzenia powierza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

§ 3. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1925 r.

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

Minister Spraw Wewnętrznych: *Z. Hübner*

Minister Sprawiedliwości: *Wł. Wyganowski*

354.

Rozporządzenie Rady Ministrów

z dnia 9 kwietnia 1924 roku

w przedmiocie zmiany na terenie Okręgowego Urzędu Ziemskiego w Wilnie wysokości sum, podlegających opodatkowaniu na rzecz Wojskowego Funduszu Ziemskiego.

Na mocy art. 5 ustawy z dn. 6 kwietnia 1922 r. o objęciu władzy państwowej nad Ziemią Wileńską (Dz. U. R. P. № 26, poz. 213) zarządza się co następuje:

§ 1. Punkt 2 § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 11 stycznia 1923 r. w przedmiocie rozciągnięcia na Ziemię Wileńską mocy obowiązującej ustawy z dnia 6 lipca 1920 r. o organizacji Urzędów Ziemskich i ustawy z dn. 10 kwietnia 1921 r. w przedmiocie utworzenia Państwowego Banku Rolnego (Dz. U. R. P. № 6, poz. 37) otrzymuje brzmienie następujące:

„od sumy, podlegającej opodatkowaniu przy obszarze do 50 ha, pobiera się 5% podatku, od nadwyżki przy obszarze ponad 50 ha do 200 ha włącznie — 10%, od nadwyżki przy obszarze ponad 200 ha do 500 ha włącznie — 20%, od nadwyżki przy obszarze ponad 500 ha do 1000 ha włącznie — 25%, wreszcie od nadwyżki przy obszarze ponad 1000 ha — 30%."

§ 2. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów
i Minister Skarbu *W. Grabski*

Minister Spraw Wewnętrznych: *Z. Hübner*

Minister Sprawiedliwości: *Wł. Wyganowski*

Minister Rolnictwa i Dóbr Państwowych: *Janicki*

Minister Reform Rolnych: *Z. Ludkiewicz*

355.

Rozporządzenie Rady Ministrów

z dnia 9 kwietnia 1924 r.

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

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

Rozdział I.

Postanowienia dotyczące wyłącznie funkcjonarjuszów państwowych.

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

§ 2. Do kompetencji komisji lekarskiej I instancji należy:

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

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

Do kompetencji komisji lekarskiej II instancji należy:

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

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

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

Skład komisji lekarskiej II instancji stanowią:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rozdział II.

Postanowienia dotyczące wyłącznie zawodowych wojskowych.

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

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

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

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

1) lekarz wojskowy w stopniu pułkownika lub podpułkownika, jako przewodniczący;
2) (dwuch lekarzy wojskowych (oficerów sztabowych);
3) (
4) przedstawiciel intendentury (oficer sztabowy);
5) przedstawiciel sztabu okręgu (oficer sztabowy) jako członkowie.

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

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

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

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

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

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

§ 16. Do kompetencji komisji wojskowo-lekarskiej należy:

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

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

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

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

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

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

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

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

a) przedstawiciel Ministra Spraw Wojskowych w stopniu generała brygady, lub pułkownika z korpusu oficerów sądowych, względnie jego zastępca w jednym z tych stopni wojskowych — jako przewodniczący;
b) przedstawiciel Ministra Skarbu;
c) wojskowy lekarz sztabowy, względnie zastępcy wymienionych pod b) i c), jako członkowie.

Przewodniczącego, członków i zastępców komisji odwoławczej przy Ministrze Spraw Wojskowych wyznaczają właściwi Ministrowie.

W skład okręgowej komisji odwoławczej wchodzą:

a) przedstawiciel dowódcy okręgu korpusu w stopniu pułkownika lub podpułkownika z korpusu oficerów sądowych, względnie jego zastępca w jednym z tych stopni wojskowych — jako przewodniczący;
b) przedstawiciel właściwej izby skarbowej;
c) wojskowy lekarz sztabowy, względnie zastępcy wymienionych pod b) i c), jako członkowie.

Przewodniczącego, członków i zastępców okręgowej komisji odwoławczej wyznaczają: przewodniczącego i członka wymienionego pod a) i c), względnie ich zastępców dowódca okręgu korpusu, zaś członka wymienionego pod b), względnie jego zastępcę dyrektor właściwej izby skarbowej.

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

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

Minister Spraw Wewnętrznych: *Z. Hübner*

Władza (urząd) *(Strona 1).* Wzór № 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 kwietnia 1924 r., poz. 355.

w _____

L. _____

Badanie lekarskie celem przeniesienia w stan spoczynku.

Do lekarza urzędowego przy Starostwie Komisji Lekarskiej

przy _____

w _____

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

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

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

N. B. Niepotrzebne skreślić.

(Strona 2).

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

Pieczęć i podpis lekarza urzędowego

Pieczęć i podpisy Członków Komisji Lekarskiej.

Władza (urząd)

.....

w.....

L.....

Badanie lekarskie celem stwierdzenia procentu utraty zdolności do pracy zarobkowej.

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

Do Komisji Lekarskiej

przy.....

w .....

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

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

N. B. Niepotrzebne skreślić.

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

Skala według zdolności do pracy zarobkowej według poszczególnych części ciała.

I. Głowa.

1. Uszkodzenia czaszki z ciężkiemi i stałemi objawami chorobowemi, rozstrój umysłowy, niedowład, częste napady epileptyczne, zaburzenia w narządach zmysłów, ciężkie newralgje 100
2. Uszkodzenia czaszki, połączone z silnemi bólami głowy, zmniejszenie siły mięśniowej górnych kończyn, lub stosunkowo nie częstemi atakami epilepsji 70
3. Uszkodzenia czaszki, połączone z mniej poważnemi przypadłościami, jako to: zawroty głowy, bóle i t. p. 30
4. Wstrząśnienie mózgu, które pozostawia po sobie bóle głowy, zawroty, mdłości, niemożność nachylania się i wogóle pracowania w tej pozycji ciała jakiej wymaga zawodowa praca poszkodowanego . 85
5. Wstrząśnienie mózgu z mniej poważnemi następstwami 60
6. Nieuleczalne choroby umysłowe . . . 100
7. Częściowe, dłużej trwające zaburzenia władz umysłowych (osłabienie pamięci i t. p.). . . . 50

II. Oczy.

8. Utrata wzroku na oba oczy (lub utrata obu oczu) 100
9. Utrata wzroku na jedno oko (lub utrata oka) 35

Uwaga: Utratę wzroku w obu oczach należy wtedy uznać za zupełną, jeżeli siła wzroku jest zmniejszoną do tego stopnia, że poszkodowany zaledwie określi bardzo blizkie przedmioty (np. rozróżnia palce ręki, trzymanej przed oczyma badanego).

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

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

Uwaga 1: S. oznacza siłę wzroku—cyfry linji poziomej dla jednego oka, a pionowej dla drugiego oka. Jeżeli np. jednego oka siła wzroku = 0,3, a drugiego np. 0,2 to obniżenie zdolności do pracy pod względem wzroku = 41,0. Obniżenie zdolności do pracy zaczyna się według tej tablicy od utraty więcej niż $^1/_2$ siły wzroku wobec tego, że pracować można mając $^1/_2$ normalnej siły wzroku na oba oczy.

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

ku, jeszcze np. na zboczenia akomodacji, ruchu gałek ocznych i t. p. i na rodzaj pracy poszkodowanego.

III. Uszy.

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

IV. Twarz.

14. Uszkodzenie twarzy z towarzyszącemi zaburzeniami czynnościowemi, jako to: odwrócenie, lub podwinięcie powiek, wywołujące niedostateczne pokrycie oczu, lub łzawienia, zwężenie szpary oczu, zwężenie otworów i przewodów nosowych, zwężenie ust, ograniczenie ruchów dolnej szczęki i t. d. . 35
15. Uszkodzenie kości nosowych, górnej i dolnej szczęki i innych kości twarzy, z towarzyszącemi im zaburzeniami czynnościowemi 35

V. Szyja.

16. Bezpośrednie uszkodzenie krtani i następstwa innych uszkodzeń szyi, wymagające ciągłego noszenia rurki tchawicowej 50
17. Utrata mowy wskutek uszkodzenia narządów głosu i mowy 40
18. Utrudniona wymowa 10
19. Utrudniony oddech wskutek stałych zmian (zwężenie) krtani 40

VI. Klatka piersiowa.

20. Ograniczenie ruchów klatki piersiowej wskutek różnych jej uszkodzeń:
znaczne 40
średnie 20
małe (nieznaczne) 10
21. Zmniejszenie ruchów oddechowych płuca lub zmniejszenie powierzchni oddechowej płuc wskutek zrostów z innemi narządami i t. d.:
znaczne 60
średnie 30
nieznaczne 15
22. Choroby przewlekłe płuc:
znaczne 100
średnie 50
nieznaczne 10
23. Organiczne wady serca, osierdzia i tętnic (przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, tętniaki i in.) 100

VII. Brzuch.

24. Choroby przewlekłe narządów brzusznych z towarzyszacemi zaburzeniami w ich czynności i upadkiem odżywiania (zwężenie żołądka, kiszek, przetoki ich, przewlekłe zapalenie otrzewnej, choroby wątroby i t. p.):
w znacznym stopniu . . . 80
średnie 40
lekkie 10
25. Uszkodzenia ścian brzucha i utrudniające pracę fizyczną 25
26. Przepukliny ścian brzucha, pachwin (biodrowe) 25
27. Wypadanie odbytnicy, macicy . . . 25
Uwaga. Przepukliny wtedy tylko dają prawo do uwzględnienia, gdy są następstwem nieszczęśliwego wypadku (pchnięcia, uderzenia, upadku i t. p., albo nadmiernego wysiłku, przewyższającego znacznie zwykłą pracę) i który mógł wywołać raptownie wszystkie objawy przedmiotowe przepukliny z uwięźnięciem jej, tak, że pomoc lekarska stała się odrazu niezbędną,

VIII. Narządy moczowe i płciowe.

28. Przewlekłe zapalenie nerek 50
29. Zaburzenia w oddawaniu moczu, wskutek uszkodzeń w okolicy narządów moczo-płciowych 15
30. Przetoki kanału lub pęcherza moczowego, utrudniające chodzenie i noszenie ciężarów . . 50
31. Przewlekły wodniak jądra lub sznurka nasiennego 15
32. Utrata prącia (penis) do lat 50 . . . 30
33. Utrata obu jąder w młodym wieku . 50

IX. Grzbiet.

34. Uszkodzenie kręgosłupa, z powstałemi stąd stałemi i przedmiotowemi objawami zaburzenia czynności rdzenia (porażenie kończyn, niemożność zatrzymywania kału i moczu) 100
35. Ograniczenie ruchów kręgosłupa:
w znacznej mierze . . . 50
w średniej 25
w nieznacznej 10
36. Naderwanie i rozerwanie mięśni lędźwiowych:
znaczne 40
średnie 30
nieznaczne 5

X. Kończyny górne.

A. Palce:

		prawa	lewa
37.	a) Palec wielki: utrata palca wielkiego lub zesztywnienie obu jego stawów	35	25
	b) Wskaziciel: utrata palca lub zesztywnienie wszystkich trzech jego stawów	25	15
	c) Średni i czwarty: utrata palca lub zesztywnienie wszystkich trzech jego stawów	10	5
	d) utrata lub zesztywnienie wszystkich palców	75	65
	e) utrata lub zesztywnienie wszystkich palców u obu rąk . .	100	

38. Utrata wielkiego palca i wskaziciela u jednej ręki i wskaziciela u drugiej ręki 65
39. Utrata wielkiego palca, wskaziciela, środkowego, lub czwartego, albo małego u jednej ręki i wskaziciela u drugiej 70

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

41. Utrata wielkich palców i wskazicieli obu rąk 85

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

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

		prawa ręka	lewa ręka
	B. Kiść rąk.		
42.	Utrata całej kiści	75	65
43.	Zesztywnienie stawu promiennego	30	25
44.	Staw promieniowo-nadgarstkowy cepowy	40	30
	C. Przedramię.		
45.	Utrata przedramienia w stawie łokciowym	75	65
46.	Zesztywnienie stawu łokciowego w pozycji rozgiętej i zgiętej pod kątem rozwartym	50	40
47.	Zesztywnienie w stawie łokciowym pod kątem prostym . . .	35	25
48.	Staw łokciowy cepowy	60	50
49.	Utrudnienie ruchów kiści (zginanie i ruchy wyprostne) . . .	25	15
50.	Utrudnienie ruchów w stawie promieniowo nadgarstkowym i łokciowym	30	20
51.	Zesztywnienie w stawie promieniowo nadgarstkowym i łokciowym	60	50
	D. Ramię.		
52.	Utrata ręki w stawie barkowym lub pomiędzy stawem barkowym i łokciowym	75	60
53.	Zesztywnienie stawu barkowego .	60	50
54.	Staw barkowy cepowy	65	50
55.	Utrudnione ruchy w stawie barkowym	30	20
56.	Niemożność podnoszenia ręki powyżej poziomu	40	30
57.	Nieprawidłowy zrost złamanego obojczyka, lub łopatki jeżeli wpływa to na zmniejszenie ruchomości ręki	20	10
58.	Nawykowe zwichnięcie barku .	20	10
59.	Utrata obu kończyn górnych, lub kiści tychże	100	100

XI. Kończyny dolne.

A. Palce.

60. Utrata palca wielkiego 10

61. Utrata wszystkich palców jednej nogi . 25

62. Częściowa utrata główek kości śródstopia 50

B. Stopa.

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

64. Złamanie kości skokowej i piętrowej . 40

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

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

C. Goleń.

67. Utrata jednej goleni 65

68. Zupełna sztywność stawu kolanowego w pozycji wyprostnej 40

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

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

71. Staw kolanowy cepowy 60

72. Rozciągnięcie wiązów stawu kolanowego (staw rozluźniony) 25

73. Złamanie rzepki z uszkodzeniem przyrządu wyprostnego 50

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

D. Udo.

75. Utrata jednego uda 75

76. Zupełna sztywność stawu biodrowego w położeniu wyprostnem kończyny 50

77. Toż samo w położeniu zgiętem kończyny 60

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

79. Niezrośnięte złamanie 65

80. Utrata obu kończyn dolnych, lub obu stóp 100

XII. Kończyny górne i dolne.

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

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

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

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

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

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

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

356.

Rozporządzenie Ministra Robót Publicznych i Ministra Skarbu

z dnia 13 lutego 1924 r.

w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, dotyczące wymiaru i poboru opłat za przeprowadzenie zmian w operacie katastralnym na obszarze województwa poznańskiego i pomorskiego.

Na zasadzie § 38 i 55 ustawy z dn. 8 lutego 1867 r. dotyczącej podziału i poboru podatku gruntowego w sześciu wschodnich prowincjach Państwa i zażaleń przeciw nadmiernemu obciążeniu podatkiem gruntowym (Zb. Ust. pruskich str. 185), § 18 i 23 ustawy z dnia 21 maja 1861 r. o wprowadzenie powszechnego podatku budynkowego (Zb. Ust. prusk. str. 317), § 14, ustęp 2 ustawy z dnia 14 lipca 1893 r. dotyczącej zniesienia bezpośrednich podatków państwowych (Zbiór Ustaw pruskich str. 119), art. 1 punkt 6 ustawy z dnia 29 kwietnia 1919 r. o organizacji i zakresie działania Ministerstwa Robót Publicznych (Dz. P. P. P. № 39 poz. 283), wreszcie ustawy z dnia 6 grudnia 1923 r. o zastosowaniu stałej jednostki do obliczania danin, niektórych innych dochodów publicznych oraz kredytów, udzielanych przez instytucje państwowe i samorządowe (Dz. U. R. P. № 127 poz. 1044) zarządza się co następuje:

§ 1. Tytułem częściowego zwrotu kosztów spowodowanych przeprowadzeniem w operatach katastralnych zmian w posiadaniu opłacają nowonabywcy gruntów i budynków położonych na obszarze województwa poznańskiego i pomorskiego należytości wyszczególnione w § 2 niniejszego rozporządzenia.

Należytość tę oblicza się odrębnie od gruntów i odrębnie od budynków; wymiar należytości uskutecznia się we frankach złotych, płatnych w markach polskich według przerachowania ustalonego przez Ministra Skarbu w myśl ustawy z dn. 6. XII. 1923 r. (Dz. U. R. P. № 127 poz. 1044) a obowiązującego w dniu zapłaty odnośnej należytości.

Pobór tej należytości na rzecz Skarbu Państwa następuje równocześnie z poborem podatku gruntowego i budynkowego na podstawie wymiaru dokonanego przez administrację katastralną.

§ 2. Za przepisanie w operacie katastralnym gruntu lub budynku przypada do uiszczenia należytość, której wysokość zależną jest przy gruntach od wysokości czystego dochodu katastralnego, a przy budynkach od wysokości wartości użytkowej, a mianowicie:

a) przy gruntach o czystym dochodzie katastralnym mniejszym niż

		20	talarów	. .	0.10	fr. zł.
ponad	20 do	40	„	. .	0.20	„ „
„	40 „	60	„	. .	0.30	„ „
„	60 „	80	„	. .	0.40	„ „
„	80 „	100	„	. .	0.50	„ „
„	100 „	200	„	. .	1.00	„ „
„	200 „	300	„	. .	1.50	„ „
„	300 „	400	„	. .	2.00	„ „
„	400 „	500	„	. .	2.50	„ „
większym niż		500	„	. .	3.00	„ „

b) przy budynkach o wartości użytkowej mniejszej niż

		150	mk. złotych	. .	0.10	fr. zł.
ponad	150 do	400	„	. .	0.20	„ „
„	400 „	800	„	. .	0.30	„ „
„	800 „	1200	„	. .	0.40	„ „
większej niż		1200	„	. .	1.00	„ „

Należytość wymierza się od każdego poszczególnego aktu, na mocy którego własność nieruchomości przechodzi od jednego właściciela do drugiego, przyjmując przytem sumę czystego dochodu wszystkich gruntów względnie sumę wartości użytkowych wszystkich budynków, które mają być przepisane każdemu poszczególnemu nabywcy, o ile się je wpisuje na tej samej karcie księgi wieczystej.

Jeżeli zajdzie wypadek przepisania w operacie katastralnym nieruchomości na kilku nowonabywców, a nieruchomości każdemu poszczególnemu nabywcy przypadające mają otrzymać nową kartę w księdze wieczystej, natenczas opłaca każdy nowonabywca z osobna.

Jeżeli pewna nieruchomość zostanie w operacie katastralnym przepisana na nowonabywców w niewydzielonych częściach, natenczas rozdziela się wymierzoną należytość na wszystkich nowonabywców w stosunku odpowiadającym wysokości udziałów.

Przy fizycznym podziale nieruchomości pomiędzy współposiadaczy opłacają należytość wszyscy nowi właściciele, jeżeli nawet nie zachodzi w rzeczywistości zmiana w posiadaniu. O ile wydziela się tylko część dla jednego współposiadacza, natenczas opłaca on tę należytość tylko z wydzielonej sobie części.

§ 3. Nie wymierza się należytości za przepisanie nieruchomości w operacie katastralnym w wypadkach, gdy:

a) nie wykazują one czystego dochodu katastralnego lub wartości użytkowej,

b) wolne są od podatku gruntowego lub budynkowego,

c) przechodzą na własność Skarbu Państwa,