



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 16 maja 2019 r.

Poz. 921

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI¹⁾

z dnia 25 kwietnia 2019 r.

w sprawie ustalania uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Ochrony Państwa

Na podstawie art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadku lub choroby pozostających w związku ze służbą (Dz. U. z 2018 r. poz. 1448) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz chorób pozostających w związku z pełnieniem służby w Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej, Służbie Celno-Skarbowej i Służbie Ochrony Państwa, z tytułu których funkcjonariuszowi przysługuje jednorazowe odszkodowanie;
- 2) sposób ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Ochrony Państwa, zwanych dalej „funkcjonariuszami”;
- 3) wykaz norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy, o których mowa w pkt 2.

§ 2. Ustala się wykaz chorób pozostających w związku z pełnieniem służby w Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej, Służbie Celno-Skarbowej i Służbie Ochrony Państwa, z tytułu których funkcjonariuszowi przysługuje jednorazowe odszkodowanie, który jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Ustala się wykaz norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy, który jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia. W wykazie norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy określa się sposób ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu.

2. Stopień uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy ustala się na podstawie wykazu norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy w następujący sposób:

- 1) jeżeli nastąpiły utrata lub uszkodzenie organu, narządu albo układu, których funkcje były już upośledzone przed wypadkiem lub chorobą, stopień uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem uszczerbku na zdrowiu po wypadku lub po przebyciu choroby a stopniem upośledzenia istniejącego wcześniej; jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje organu, narządu albo układu były upośledzone przed wypadkiem lub chorobą, przyjmuje się, że upośledzenia nie było;
- 2) jeżeli nastąpiły wielomiejscowe uszkodzenia kończyny lub jej części, stopień uszczerbku na zdrowiu określa się jako sumę procentów uszczerbku ustalonych dla poszczególnych uszkodzeń, która nie może być wyższa niż procent uszczerbku przewidziany w przypadku utraty uszkodzonej kończyny lub jej części;

¹⁾ Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. poz. 97 i 225).

- 3) jeżeli wypadek lub choroba spowodowały uszkodzenie kilku kończyn, narządów albo układów, ogólny stopień uszczerbku na zdrowiu określa się jako sumę procentów uszczerbku ustalonych dla poszczególnych uszkodzeń, która nie może przekraczać 100%;
- 4) jeżeli procent uszczerbku na zdrowiu jest podany w wykazie norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy z określeniem granic, przy ustalaniu stopnia uszczerbku na zdrowiu bierze się pod uwagę obraz kliniczny, stopień uszkodzenia organu, narządu albo układu oraz towarzyszące mu powikłania;
- 5) jeżeli dla danego przypadku nie ma odpowiedniej pozycji w wykazie norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy, ocenia się ten przypadek według pozycji najbardziej zbliżonej; można przy tym ustalić stopień uszczerbku na zdrowiu jako procent niższy lub wyższy od przewidywanej normy oceny procentowej w danej pozycji, w zależności od różnicy między stanem ocenianym a stanem przewidzianym w odpowiedniej pozycji tego wykazu.

§ 4. 1. Ustalenie stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza następuje według stanu jego zdrowia z dnia ustalenia stopnia uszczerbku, po zakończeniu leczenia.

2. W przypadku gdy uszczerbek na zdrowiu jest niewątpliwy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ustalenie stopnia uszczerbku na zdrowiu jest możliwe przed zakończeniem leczenia funkcjonariusza.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 20 maja 2019 r.²⁾

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji: wz. *R. Szczęch*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 26 czerwca 2014 r. w sprawie ustalania uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biura Ochrony Rządu (Dz. U. poz. 866), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 46 pkt 3 ustawy z dnia 26 stycznia 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o Straży Marszałkowskiej (Dz. U. poz. 730 oraz z 2019 r. poz. 303).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 kwietnia 2019 r. (poz. 921)

Załącznik nr 1

WYKAZ CHOROÓB POZOSTAJĄCYCH W ZWIĄZKU Z PEŁNIENIEM SŁUŻBY W POLICJI, STRAŻY GRANICZNEJ, STRAŻY MARSZAŁKOWSKIEJ, PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ, SŁUŻBIE CELNO-SKARBOWEJ I SŁUŻBIE OCHRONY PAŃSTWA, Z TYTUŁU KTÓRYCH FUNKCJONARIUSZOWI PRZYSŁUGUJE JEDNORAZOWE ODSZKODOWANIE

Poz.	Nazwa choroby pozostającej w związku z pełnieniem służby	Szczególne warunki lub właściwości służby wywołujące chorobę
1	PTSD – zespół stresu pourazowego	Przeżycie wydarzenia o charakterze katastrofalnym, wyjątkowo zagrażającym życiu. Reakcja na stres powodujący kryzys psychiczny odroczone lub przedłużone w czasie. Objawy występują po krótkiej przerwie od zadziałania stresora. Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 6 miesięcy od zdarzenia.
2	Zaburzenia osobowości	Trwała zmiana osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej, katastrofalnej lub po chorobie psychicznej egzogennej.
3	Zaburzenia lękowe	Długotrwałe i nadmierne napięcie nerwowe lub emocjonalne, ujawniające wady psychiczne, usposabiające do nawarstwienia reakcji nerwicowych. Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	1) fobie	
	2) zespół lęku uogólnionego	
	3) zespół lęku panicznego	
	4) zaburzenia mieszane depresyjno-lękowe nawracające	
	5) zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	
4	Psychozy reaktywne odporne na leczenie	Ostry stres spowodowany zdarzeniami w czasie pełnienia służby. Ostry początek choroby – wystąpienie objawów chorobowych do 2 tygodni od zdarzenia.
5	Organiczne zaburzenia psychiczne	Urazy i zatrucia, także mikrourazy i zatrucia podprogowe, neuroinfekcje zaistniałe podczas pełnienia służby wywołujące ujawnienie się reakcji psychotycznych.
6	Zatrucia ostre lub przewlekłe substancjami chemicznymi lub ich następstwa	Narażenie na działanie szkodliwych dla zdrowia substancji chemicznych. Czas wystąpienia objawów chorobowych wynosi: – dla zatruc ostrych – do 3 dni od zatrucia, – dla zatruc przewlekłych – nie określa się.
7	Wywołane narażeniem na pyły lub gazy drażniące przewlekłe trwale obturacyjne zapalenie oskrzeli, powodujące trwale upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc z obniżeniem natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) poniżej 60% wartości należnej	Długotrwałe, trwające minimum 12 miesięcy, narażenie na działanie substancji toksycznych lub drażniących, pyłów, par, aerozoli o właściwościach duszących, drażniących w środowisku służby.
8	Astma oskrzelowa z wyłączeniem astmy o podłożu alergicznym	Długotrwałe, trwające minimum 12 miesięcy, narażenie na dymy, pyły, aerozole, substancje chemiczne i izocyjaniany.

		Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
9	Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	Narażenie na czynniki alergizujące. Czas wystąpienia objawów wynosi, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe, do:
	1) postać ostra	1–3 dni.
	2) postać przewlekła	3 lat.
10	Pylice i inne choroby śródmiąższowe płuc przebiegające z włóknieniem	Długotrwałe narażenie na wdychanie pyłów pochodzenia organicznego i nieorganicznego, które mogą wywołać włóknienie tkanki płucnej.
11	Ostre uogólnione reakcje alergiczne	Narażenie na substancje silnie uczulające. Czas wystąpienia objawów wynosi do 24 godzin.
12	Alergiczny nieżyt nosa lub astma o podłożu alergicznym	Występujące w środowisku służby narażenie na związki akrylowe, amoniak, antymon i jego związki, arsen, selen, tlenki azotu, beryl, chlor, związki siarki, chromiany, bezwodnik ftalowy, furfuroł, tlenek kadmu, kobalt, mangan, naftę i mieszaniny węglowodorów, terpentynę, pirydynę, pięciotlenek wanadu. Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
13	Przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym	Długotrwałe, trwające minimum 12 miesięcy, narażenie na czynniki chemiczne o działaniu żrącym lub drażniącym. Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
14	Zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym	Służba w narażeniu na czynniki alergizujące występujące w środowisku służby szkodliwym dla zdrowia. Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
15	Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat	Narażenie na nadmierne, długotrwałe obciążenie narządu głosu (np. wykładowcy, telefoniści, dyspozytorzy).
	1) guzki głosowe twarde	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 2 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	2) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych	
	3) niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią	

16	Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego	Narażenie na działanie promieniowania jonizującego i ciał promieniotwórczych.
	1) ostra choroba popromienna uogólniona po napromieniowaniu całego ciała lub przeważającej jego części	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 2 miesięcy od narażenia, także po jego ustąpieniu.
	2) ostra choroba popromienna o charakterze zmian zapalnych lub zapalno-martwiczych skóry i tkanki podskórnej	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 2 miesięcy od narażenia, także po jego ustąpieniu.
	3) przewlekłe popromienne zapalenie skóry	Czasu wystąpienia udokumentowanych objawów nie określa się.
	4) przewlekłe uszkodzenie szpiku kostnego	Czasu wystąpienia udokumentowanych objawów nie określa się.
	5) zaćma popromienna	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 10 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	6) nowotwory złośliwe, dla których prawdopodobieństwo indukcji przez promieniowanie jonizujące przekracza 10%	Czas wystąpienia określa się indywidualnie po oszacowaniu ryzyka.
17	Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku służby, uznanych za rakotwórcze u ludzi	Narażenie na długotrwałą styczność z chemicznymi czynnikami rakotwórczymi, np. produktami suchej destylacji węgla, ropy naftowej, łupków bitumicznych, smołowców i innych. Narażenie na działanie czynników i procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym i mutagennym.
	1) rak płuca, rak oskrzela	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych określa się indywidualnie w zależności od okresu latencji nowotworu.
	2) międzybłoniak opłucnej albo otrzewnej	
	3) nowotwór układu krwiotwórczego	
	4) nowotwór skóry	
	5) nowotwór pęcherza moczowego	
	6) nowotwór wątroby	
	7) rak krtani, nowotwór nosa i zatok przynosowych	
	8) inne nowotwory, w których etiologii udowodniono istotny wpływ czynników szkodliwych występujących w środowisku służby	
Uwaga Nowotwory powstałe w następstwie działania promieniowania jonizującego kwalifikuje się według poz. 16 pkt 6.		
18	Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur otoczenia	Działanie ujemnych albo bardzo wysokich temperatur.
	1) udar cieplny albo jego następstwa	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	2) wyczerpanie cieplne albo jego następstwa	
	3) odmroziny	

19	Choroby wywołane służbą w warunkach zmiennego ciśnienia atmosferycznego lub wywołane działaniem przeciążeń grawitacyjnych (przyspieszeń)	Podwyższone lub obniżone ciśnienie atmosferyczne narażające na nagłe zmiany ciśnienia oraz działania przeciążeń grawitacyjnych (np. nurkowie, piloci).
	1) choroba dekompresyjna	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 5 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	2) urazy ciśnieniowe	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 3 dni, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	3) następstwa oddychania mieszaninami gazowymi pod zwiększonym ciśnieniem	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 3 dni, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
20	Zespół wibracyjny	Długotrwałe narażenie na działania drgań mechanicznych (wibracje).
	1) postać naczyniowo-nerwowa	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych w postaci naczyniowo-nerwowej wynosi do 12 miesięcy, w pozostałych wynosi do 3 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	2) postać kostno-stawowa	
	3) postać mieszana: naczyniowo-nerwowa i kostno-stawowa	
21	Przewlekłe choroby układu ruchu oraz obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania czynności służbowych	Długotrwałe obciążenie ograniczonych grup mięśni, wymuszona postawa ciała lub narażenie na często powtarzające się mikrourazy albo powodujące ucisk na pnie nerwów; ruchy monotypowe, wykonywane w szybkim tempie (np. u stenografów, maszynistek) oraz narażenie na stały ucisk i nadmierne obciążenie aparatu kostno-stawowego. Występuje, kiedy działanie mechaniczne przekracza wytrzymałość fizyczną lub wydolność czynnościową elementów dynamiczno-statycznych. Czynności służbowe wykonywane długotrwałe, charakteryzujące się powtarzalnością, rytmicznością, wymuszoną pozycją, uciskiem lub rozciąganiem określonych elementów narządu.
	1) przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	2) przewlekłe zapalenie kaletki maziowej	
	3) przewlekłe uszkodzenie łąkotki lub uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących czynności służbowe w pozycji kucznej lub klęczącej	
	4) przewlekłe zapalenie okołostawowe barku	
	5) przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej	
	6) zmęczeniowe złamanie kości	
	7) martwica kości nadgarstka	
	8) zespół cieśni w obrębie nadgarstka	
	9) zespół kanału Guyona	
	10) zespół rowka nerwu łokciowego	
22	Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkość co najmniej o 45 dB w uchu lepiej słyszącym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1 kHz, 2 kHz i 3 kHz	Narażenie na długotrwałe, trwające minimum 3 lata, działanie hałasu o dużej intensywności lub dźwięków o wysokich i niskich częstotliwościach przekraczające obowiązujące normy narażenia na hałas. Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 2 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.

23	Choroby narządu wzroku wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	Narażenie na długotrwałe działanie promieniowania podczerwonego, nadfioletowego, pola elektromagnetycznego wysokiej częstotliwości, spójnego promieniowania świetlnego generowanego przez układy laserowe, drażniących substancji chemicznych. Długotrwałe wykonywanie czynności wymagających podwyższonej koncentracji wzroku na zminiaturyzowanych elementach lub w warunkach niewystarczającego oświetlenia oraz obsługa elektronicznych monitorów ekranowych.
	1) alergiczne zapalenie spojówek	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	2) ostre zapalenie spojówek wywołane promieniowaniem nadfioletowym	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 24 godzin, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	3) epidemiczne wirusowe zapalenie spojówek lub rogówki	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 12 miesięcy, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	4) zwyrodnienie rogówki wywołane czynnikami drażniącymi	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 3 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	5) zaćma wywołana działaniem promieniowania podczerwonego lub długofalowego nadfioletowego	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 10 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	6) centralne zmiany zwyrodnieniowe siatkówki i naczyńki wywołane krótkofalowym promieniowaniem podczerwonym lub promieniowaniem widzialnym z obszaru widma niebieskiego	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 3 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
24	Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa. Choroby powstałe w wyniku powikłań szczepień ochronnych, wykonanych w związku ze służbą na określonym stanowisku, zapalenie mięśnia sercowego, wsierdza, osierdza w przebiegu chorób o etiologii bakteryjnej, wirusowej lub pasożytniczej (dotyczy również gruźlicy)	Bezpośrednie stykanie się z zakaźnym środowiskiem i materiałem biologicznym. Szczepienia ochronne wykonane na zlecenie właściwych organów w związku z zagrożeniami wynikającymi z warunków służby. Trudne warunki atmosferyczne, polowe, niekorzystne warunki zakwaterowania sprzyjające zachorowaniu.
25	Zaawansowana przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych – stadium minimum C4B według klasyfikacji CEAP	Długotrwała, trwająca ponad połowę dobowego wymiaru czasu służby w okresie powyżej 5 lat, służba w pozycji stojącej lub przymusowej.
26	Choroby skóry	
	1) alergiczne kontaktowe zapalenie skóry	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 30 dni, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	2) kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 30 dni, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.

	3) trądzik olejowy, smarowy lub chlorowy o rozległym charakterze	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 30 dni, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	4) drożdżakowe zapalenie skóry rąk u osób wykonujących służbę w warunkach sprzyjających rozwojowi drożdżaków chorobotwórczych	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 30 dni, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	5) grzybice skóry u osób stykających się z materiałem biologicznym pochodzącym od zwierząt	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 30 dni, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	6) fotodermatozy zawodowe	Czas wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych wynosi do 3 lat, także mimo ustąpienia ekspozycji na czynniki szkodliwe.
	Uwaga Ilekoć w tabeli jest mowa o czasie wystąpienia udokumentowanych objawów, należy przez to rozumieć czas, w jakim powinny ujawnić się objawy chorobowe, aby było możliwe stwierdzenie ich związku z pełnieniem służby i jej szczególnymi warunkami lub właściwościami.	

Załącznik nr 2

WYKAZ NORM OCENY PROCENTOWEJ USZCZERBKU NA ZDROWIU FUNKCJONARIUSZY POLICJI,
STRAŻY GRANICZNEJ, STRAŻY MARSZAŁKOWSKIEJ, PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ, SŁUŻBY
CELNO-SKARBOWEJ I SŁUŻBY OCHRONY PAŃSTWA

Poz.	Treść	Procent uszczerbku na zdrowiu
USZKODZENIA GŁOWY		
1	Uszkodzenie skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych)	
	1) blizny rozległe (powyżej 5 cm długości lub 2,5 cm ²), szpecące, ściągające w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości	1–10
	2) utrata skóry owłosionej	
	a) oskalpowanie poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1–10
	b) oskalpowanie od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11–20
	c) oskalpowanie powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21–30
	Uwaga W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia ocenia się według poz. 1 pkt 1.	
2	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości obrażeń, wgłobień, fragmentacji	1–10
3	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni w zależności od rozmiarów	
	1) poniżej 10 cm ²	1–10
	2) od 10 do 50 cm ²	11–15
	3) powyżej 50 cm ²	16–25
	Uwaga Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, stopień uszczerbku na zdrowiu, oceniony według powyższej zasady, zmniejsza się o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno ocenia się stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.	
4	Nawracający plynotok uszny lub nosowy, przewlekłe zapalenie kości, ropowica podczepcowa leczona operacyjnie – uznane jako utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 – ocenia się dodatkowo w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	1–15
5	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego lub rdzeniowego (uwzględniając skalę Lovetta lub skalę Ashwortha)	
	1) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0–1° według skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	100
	2) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2–3° według skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha)	60–80
	3) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° według skali Lovetta lub 3–2° według skali Ashwortha)	40–60
	4) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4–5° według skali	5–35

Lovetta lub 1° według skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów	
5) porażenie kończyny górnej (0–1° według skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3–4° według skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha)	
a) dominującej	70–90
b) niedominującej	60–80
6) niedowład kończyny górnej (3–4° według skali Lovetta lub 3–2° według skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0–1° według skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	
a) dominującej	70–90
b) niedominującej	60–80
7) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0–1° według skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	
a) dominującej	50–60
b) niedominującej	40–50
8) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2–3° według skali Lovetta lub 3–2° według skali Ashwortha)	
a) dominującej	30–50
b) niedominującej	20–40
9) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3–4° według skali Lovetta lub 3–2° według skali Ashwortha)	
a) dominującej	10–30
b) niedominującej	5–20
10) monoparezy/monoplegie pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0–1° według skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	40–50
11) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2–3° według skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha)	25–40
12) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3–4° według skali Lovetta lub 3–2° według skali Ashwortha)	15–25
13) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4–5° według skali Lovetta lub 1+–1° według skali Ashwortha)	5–15
Uwaga W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego ocenia się dodatkowo według poz. 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu między kończynami dolnymi ocenia się według poz. 5 pkt 10–13 oddzielnie dla każdej kończyny.	
SKALA LOVETTA 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej. 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej. 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej. 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej. 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej. 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej.	

	SKALA ASHWORTHA jest skalą oceniającą spastyczność według stopni 0–4, natomiast w skali rozszerzonej wprowadzono stopień 1+ 0° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego. 1° – nieznaczny/minimalny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny w końcowym zakresie ruchu. 1+° – nieznaczne zwiększenie napięcia mięśniowego wyczuwalne jako opór i zwolnienie w końcowej fazie ruchu (opór o typie scyzorykowym). 2° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego podczas całego ruchu, ale nieutrudniający ruchu; dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu. 3° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania. 4° – kończyna usztywniona w zgięciu lub w wyproście, sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania.	
6	Zespoły pozapiramidowe	
	1) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki drugiej osoby	100
	2) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki drugiej osoby	41–80
	3) średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40
	4) nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju	11–20
	5) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10
7	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe	
	1) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
	2) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41–80
	3) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11–40
	4) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretnie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1–10
8	Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu	
	1) padaczka z bardzo częstymi napadami (z utratą świadomości) – 3 napady w tygodniu i więcej	31–40
	2) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	21–30
	3) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	11–20
	4) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	5–15
	Uwaga Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzenie padaczki jest niewystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). Ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu ocenia się według poz. 9.	
9	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych	
	1) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne utrudniające znacznie lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100

	2) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi lub dużym deficytem neurologicznym ¹⁾	50–80
	3) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu ¹⁾	25–50
	4) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi lub niewielkim deficytem neurologicznym ¹⁾	10–25
	Uwaga Rozpoznanie encefalopatii potwierdza się występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowanym badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym, testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i innych, oraz zmianami w obrazie EEG, TK(CT) lub RM(NMR).	
10	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych	
	1) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia	1–5
	2) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–30
11	Zaburzenia mowy	
	1) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agafią i aleksją	100
	2) afazja całkowita motoryczna	60
	3) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59
	4) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39
	5) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19
12	Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.)	
	1) znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50
	2) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	15–30
13	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący)	
	1) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	21–35
	2) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11–20
	3) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10
	4) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10
14	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego w zależności od stopnia uszkodzenia	
	1) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10
	2) ruchowe	1–10
	3) czuciowo-ruchowe	3–20

¹⁾ Możliwość wystąpienia co najmniej jednego następstwa zaburzenia. W przypadku jednoczesnego wystąpienia wszystkich wymienionych w przepisie następstw zaburzeń ocenia się je według najwyższej wartości procentowego uszczerbku na zdrowiu.

15	Uszkodzenie nerwu twarzowego	
	1) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
	2) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19
	3) izolowane uszkodzenie centralne	2–10
	Uwaga Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej ocenia się według poz. 49. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu ocenia się według poz. 5 lub 9.	
16	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	
	1) niewielkiego stopnia	5–10
	2) średniego stopnia	11–25
	3) znacznego stopnia	26–50
17	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego w zależności od stopnia uszkodzenia	3–15
18	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego w zależności od stopnia uszkodzenia	5–20
	Uwaga Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, ocenia się według poz. 9.	
USZKODZENIA TWARZY		
19	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki)	
	1) oszpecenia (szpecące, rozległe powyżej 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni blizny) bez zaburzeń funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1–5
	2) oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	6–25
	3) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszpecenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji: przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	26–60
	4) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA za każdy 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
20	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich)	
	1) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia w zależności od rozległości uszkodzenia	1–5
	2) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6–15
	3) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10–20
	4) zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	1–6
	5) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	20–30

	Uwaga Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa, ocenia się łącznie według poz. 20. Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, stosuje się ocenę według poz. 19.	
21	Utrata zębów (dotyczy zębów stałych)	
	1) utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,5
	2) utrata korony (co najmniej ½ korony) lub korzenia lub całkowita utrata zęba wraz z korzeniem zębów 4–8	1
	3) utrata korony (co najmniej ½ korony) lub korzenia lub całkowita utrata zęba wraz z korzeniem (siekacze i kły)	2
	Uwaga W przypadku uzupełnienia protetycznego/stomatologicznego ocenia się stan przed wykonaniem uzupełnienia. Przetrwale zęby mleczne w miejscu niewykształconych zębów stałych traktuje się jak zęby stałe.	
22	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia	
	1) nieznacznego stopnia	1–5
	2) średniego stopnia	6–10
	3) znacznego stopnia	11–20
	Uwaga W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku ocenia się dodatkowo według poz. 27 pkt 2, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli w poz. 27 pkt 1. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy ocenia się dodatkowo według punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpeccenie, ocenia się jedynie według poz. 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki następstwa uszkodzeń żuchwy ocenia się oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki dodatkowo według poz. 24.	
23	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpecceniem i utratą zębów w zależności od wielkości ubytków, oszpeccenia i powikłań	
	1) częściowa	10–35
	2) całkowita	40–50
24	Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów	
	1) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1–5
	2) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6–15
25	Ubytek podniebienia	
	1) z zaburzeniami mowy i połykania w zależności od stopnia zaburzeń	10–25
	2) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania w zależności od stopnia zaburzeń	26–40
26	Ubytki i urazy języka w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu	
	1) ubytki języka, w zależności od wielkości uszkodzeń – ubytki niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy	1–3
	2) ubytki języka – ubytki i zniekształcenia średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	4–15
	3) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	16–40
	4) całkowita utrata języka	50

USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU												
27	Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego oka lub obojga oczu											
	1) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego oka lub obojga oczu uszczerbek ocenia się według poniższej tabeli											
	Tabela 27 pkt 1											
	Ostrość wzroku oka prawego →	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
	Ostrość wzroku oka lewego ↓	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 (5/10)	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
2) utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku								1–10				
3) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej								40				
Uwaga Ostrość wzroku określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową pomniejsza się o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. Stopień uszczerbku w poz. 27 pkt 3 obejmuje oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.												
28	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji											
	1) jednego oka							15				
	2) obojga oczu							30				
29	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych											
	1) z zaburzeniami ostrości wzroku							ocenia się według poz. 27 pkt 1				
	2) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, w zależności od stopnia							1–5				
30	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drażących											
	1) z zaburzeniami ostrości wzroku							ocenia się według poz. 27 pkt 1				
	2) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, w zależności od stopnia							1–5				

31	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną			
	1) z zaburzeniami ostrości wzroku	ocenia się według poz. 27 pkt 1		
	2) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, w zależności od stopnia	1–5		
32	Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniższej tabeli			
	Tabela 32 pkt 1			
	Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obojgu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
		Procent uszczerbku na zdrowiu		
	60°	0	0	20–35%
	50°	1–5%	10–15%	35–45%
	40°	5–10%	15–25%	45–55%
	30°	10–15%	25–50%	55–70%
	20°	15–20%	50–80%	70–85%
	10°	20–25%	80–90%	85–95%
	poniżej 10°	25–35%	90–95%	95–100%
33	Półowicze i inne niedowidzenia			
	1) dwuskroniowe		50	
	2) dwunosowe		25	
	3) jednoimienne		25	
	4) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)		1–15	
34	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji			
	1) w jednym oku		15	
	2) w obojgu oczach		30	
	Uwaga W przypadku gdy współistnieją niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo według tabeli z poz. 27 pkt 1 z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oboje oczu.			
35	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku			
	1) w jednym oku		ocenia się według poz. 27 pkt 1 w granicach 5–10%	
	2) w obojgu oczach		ocenia się według poz. 27 pkt 1 w granicach 10–15%	
36	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej w zależności od stopnia i natężenia objawów			
	1) w jednym oku		5–10	
	2) w obojgu oczach		10–15	
37	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe		ocenia się według tabeli z poz. 27 pkt 1 i poz. 32 lub poz. 33 pkt 4, nie mniej niż 3%	
	Uwaga Odwartwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy, ocenia się, odejmując uszczerbek istniejący przed urazem. Odwartwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, czyli po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp., nie uznaje się za pourazowe.			

38	Jaskra – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	ocenia się według tabeli ostrości wzroku z poz. 27 pkt 1 oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia z poz. 32, z zastrzeżeniem że ogólny procent uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu, nie mniej niż 3%			
39	Wytrzeszcz tętniący w zależności od stopnia	35–100			
40	Zaćma pourazowa	ocenia się według tabeli ostrości wzroku z poz. 27 pkt 1			
Uwaga Oceny dokonuje się po zakończeniu leczenia i optymalnej korekcji.					
41	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka				
	1) niewielkie zmiany	1–5			
	2) duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek	6–10			
Uwaga Suma procentu uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć procentu uszczerbku przewidzianego za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obojgu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, ocenia się według poz. 19 lub 22, uzupełniając ocenę o poz. 27 pkt 1.					
USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU					
42	Upośledzenie ostrości słuchu				
	1) przy upośledzeniu ostrości słuchu uszczerbek ocenia się według poniższej tabeli				
	Tabela 42 pkt 1				
	Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu według Rosera (w modyfikacji)				
	Ucho prawe Ucho lewe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	powyżej 70 dB
		Procent uszczerbku na zdrowiu			
	0–25 dB	0	5%	10%	20%
	26–40 dB	5%	15%	20%	30%
	41–70 dB	10%	20%	30%	40%
	powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%
Uwaga Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500 Hz, 1000 Hz i 2000 Hz. Jeżeli różnica między wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz i 4000 Hz. Jeżeli różnica między wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów: 500 Hz, 1000 Hz, 4000 Hz.					
	2) pourazowe, utrwalone szумы uszne w zależności od stopnia nasilenia	1–5			
Uwaga Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu – ocenia się wyłącznie według tabeli z poz. 42 pkt 1, jeżeli zaburzeniom równowagi – według poz. 48.					

43	Urazy małżowiny usznej	
	1) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny w zależności od stopnia uszkodzeń	1–10
	2) całkowita utrata jednej małżowiny	15
	3) całkowita utrata obu małżowin	30
44	Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu	ocenia się według tabeli z poz. 42 pkt 1
45	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe w związku z urazem	
	1) jednostronne	5
	2) obustronne	10
46	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha w zależności od stopnia powikłań	
	1) jednostronne	5–15
	2) obustronne	10–20
47	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej	ocenia się według tabeli z poz. 42 pkt 1
48	Uszkodzenie ucha wewnętrznego	
	1) z uszkodzeniem części słuchowej	ocenia się według tabeli z poz. 42 pkt 1
	2) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1–20
	3) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	21–50
	4) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w zależności od stopnia uszkodzenia	ocenia się według tabeli z poz. 42 pkt 1, zwiększając stopień uszczerbku według poz. 48 pkt 2 lub poz. 48 pkt 3
49	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej	
	1) jednostronne	5–25
	2) obustronne	10–60
USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU		
50	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	5–10
51	Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej w zależności od stopnia uszkodzenia	
	1) niewielka okresowa duszność, chrypka	5–10
	2) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów	11–30
52	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej	
	1) z zaburzeniami głosu w zależności od stopnia	30–55
	2) z bezgłosem	60
53	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła w zależności od stopnia jej zwężenia	
	1) bez niewydolności oddechowej	1–10
	2) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	11–20
	3) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	21–40
	4) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	41–60

54	Uszkodzenie przelyku	
	1) z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1–5
	2) z częściowymi trudnościami w odżywianiu w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, niewymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	6–20
	3) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	21–50
	4) powikłania po uszkodzeniu przelyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki itp.	ocenia się według poz. 54 pkt 3, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o 10–30%
55	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy	
	1) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn	1–5
	2) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia do 50% zakresu ruchomości	6–14
	3) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15–30
	4) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA za każdy 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
Uwaga Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°. Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego ocenia się według poz. 89.		
USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		
56	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania	
	1) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1–5
	2) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe bez lub z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6–10
	3) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11–25
	4) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26–40
	5) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA za każde 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej są zawarte w uwadze w poz. 62.		
57	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet	
	1) blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn	1–5
	2) znaczna lub całkowita utrata brodawki do 45. roku życia	10–15

	3) znaczna lub całkowita utrata brodawki po 45. roku życia	5–10
	4) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku do 45. roku życia	5–15
	5) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku po 45. roku życia	1–10
	6) znaczna lub całkowita utrata sutka do 45. roku życia	15–20
	7) znaczna lub całkowita utrata sutka po 45. roku życia	11–15
	8) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – ocenia się według powyższych punktów, dodając w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1–10
	Uwaga Uszkodzenie lub utratę sutka u mężczyzn ocenia się według poz. 56.	
58	Złamania żeber	
	1) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1–5
	2) z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	6–10
	3) ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11–25
	4) ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26–40
	Uwaga Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej są zawarte w uwadze w poz. 62.	
59	Złamanie mostka	
	1) bez zniekształceń, z potwierdzonym udokumentowanym przewlekłym zespołem bólowym	1–3
	2) ze zrostem w przemieszczeniu w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	4–10
60	Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami	ocenia się według poz. 58 i 59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o 1–15%
61	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.)	
	1) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1–5
	2) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	6–10
	3) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	11–25
	4) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	26–40
62	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc	ocenia się według poz. 61, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o 10–20%

	Uwaga Przy ocenie według poz. 56, 58, 60–62 poza badaniem rentgenowskim uszkodzenia tkanki płucnej stopnie niewydolności oddechowej potwierdza się badaniem spirometrycznym lub badaniem gazometrycznym²⁾. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane według kilku pozycji tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jedną z tych pozycji (oprócz poz. 60 i 62). STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ: – niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV 1% VC 70–80% – w odniesieniu do wartości należnych, – średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV 1% VC 50–70% – w odniesieniu do wartości należnych, – znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV 1% VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.																		
63	Uszkodzenie serca lub osierdzia <table border="1"> <tr> <td data-bbox="277 712 1050 808">1) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości</td><td data-bbox="1050 712 1430 808">5</td></tr> <tr> <td data-bbox="277 808 1050 875">2) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości</td><td data-bbox="1050 808 1430 875">6–15</td></tr> <tr> <td data-bbox="277 875 1050 943">3) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości</td><td data-bbox="1050 875 1430 943">16–25</td></tr> <tr> <td data-bbox="277 943 1050 1010">4) III klasa NYHA, EF 35%–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości</td><td data-bbox="1050 943 1430 1010">26–55</td></tr> <tr> <td data-bbox="277 1010 1050 1077">5) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości</td><td data-bbox="1050 1010 1430 1077">56–90</td></tr> </table> Uwaga Stopień wydolności układu krążenia ocenia się na podstawie badania klinicznego i badań obrazowych serca lub badania EKG wysiłkowego³⁾. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych punktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzenia kurczliwości. KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA <table border="1"> <tr> <td data-bbox="277 1346 437 1442">Klasa I</td><td data-bbox="437 1346 1430 1442">Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.</td></tr> <tr> <td data-bbox="277 1442 437 1547">Klasa II</td><td data-bbox="437 1442 1430 1547">Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.</td></tr> <tr> <td data-bbox="277 1547 437 1653">Klasa III</td><td data-bbox="437 1547 1430 1653">Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.</td></tr> <tr> <td data-bbox="277 1653 437 1783">Klasa IV</td><td data-bbox="437 1653 1430 1783">Choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.</td></tr> </table>	1) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5	2) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6–15	3) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16–25	4) III klasa NYHA, EF 35%–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26–55	5) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56–90	Klasa I	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.	Klasa II	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	Klasa III	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	Klasa IV	Choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.
1) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5																		
2) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6–15																		
3) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16–25																		
4) III klasa NYHA, EF 35%–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26–55																		
5) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56–90																		
Klasa I	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.																		
Klasa II	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.																		
Klasa III	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.																		
Klasa IV	Choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.																		

²⁾ Możliwość przeprowadzenia oceny na podstawie co najmniej jednego ze wskazanych badań.

³⁾ Możliwość przeprowadzenia oceny na podstawie jednego lub wszystkich wskazanych badań.

	DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY Frakcja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.	
	DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) × 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.	
64	Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	
	1) bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym w zależności od rozległości uszkodzeń	1–5
	2) zaburzenia niewielkiego stopnia	6–10
	3) zaburzenia średniego stopnia	11–20
	4) zaburzenia dużego stopnia	21–40
	USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
65	Uszkodzenia powłok brzusznych (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.) okolicy lędźwiowej i krzyżowej w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia	
	1) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące	1–5
	2) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	6–15
	3) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA za każde 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
	Uwaga Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepuklin pachwinowych, pępkowych itp. oraz wszystkich, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu, nie uznaje się za pourazowe.	
66	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita	
	1) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1–5
	2) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	6–10
	3) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	11–40
	4) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67	Trwale przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki	
	1) jelita cienkiego	30–80
	2) jelita grubego	20–60
68	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych) niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	1–10

69	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu			
	1) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1–5		
	2) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60		
70	Uszkodzenia odbytnicy			
	1) pełnościenne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1–5		
	2) wypadanie błony śluzowej	6–10		
	3) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11–30		
71	Uszkodzenia śledziony			
	1) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym)	2		
	2) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5		
	3) utrata u osób powyżej 18. roku życia	15		
	4) utrata u osób do ukończenia 18. roku życia	20		
72	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji			
	1) bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1–5		
	2) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6–15		
	3) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16–40		
	4) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41–60		
Uwaga				
Przetokę trzustkową ocenia się według ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok brzusznych według poz. 72 pkt 2–4.				
Przetokę żółciową ocenia się według ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych według poz. 72 pkt 2–4.				
Zwężenia dróg żółciowych ocenia się według częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie według poz. 72 pkt 2–4.				
KLASYFIKACJA CHILDA-PUGHA – w odniesieniu do wartości należnych				
Parametr		Liczba punktów		
		1	2	3
Albumina (g/dl) w surowicy		>3,5	2,8–3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w surowicy		<25	25–40	>40
Czas protrombinowy (sekunda ponad normę)		<4	4–6	>6
Wodobrzusze		brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii		brak	I–II°	III–V°
STOPIEŃ A – 5–6 pkt				
STOPIEŃ B – 7–9 pkt				
STOPIEŃ C – 10–15 pkt				

USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PLCIOWYCH		
73	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	5–25
74	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	35–75
76	Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła	
	1) niepowodujące zaburzeń funkcji	1–5
	2) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	6–20
77	Uszkodzenie pęcherza w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	
	1) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji	3–5
	2) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	6–15
	3) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16–30
78	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	
	1) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10–25
	2) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26–50
79	Zwężenia cewki moczowej	
	1) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5–15
	2) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16–40
	3) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41–60
	Uwaga Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu potwierdza się badaniami urodynamicznymi.	
80	Całkowita utrata prącia	40
81	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	3–35
82	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	
	1) w wieku do 50. roku życia łącznie	2–20
	2) w wieku po 50. roku życia	1–10
83	Utrata obu jąder lub jajników	
	1) w wieku do 50. roku życia łącznie	40
	2) w wieku po 50. roku życia	20
84	Pourazowy wodniak jądra	
	1) wyleczony operacyjnie	2
	2) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3–10
85	Utrata macicy	
	1) w wieku do 50. roku życia łącznie	40
	2) w wieku po 50. roku życia	15
86	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków	
	1) rozległe blizny, ubytki, deformacje	1–10
	2) wypadanie pochwy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	6–15
	3) wypadanie pochwy i macicy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30

OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH		
87	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi uznane za nieszczęśliwy wypadek	
	1) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim, które nie są oceniane w odrębnych punktach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1–15
	2) z trwałym uszkodzeniem układu krwiotwórczego	10–25
	Uwaga Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym ocenia się według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu. Oceny dokonuje się nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od zdarzenia.	
88	Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) w zależności od stopnia uszkodzenia powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim	1–15
	Uwaga Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym ocenia się według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu. Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – uszkodzenie wzroku i słuchu ocenia się według odpowiednich tabel w poz. 27 pkt 1, poz. 32, poz. 42. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych ocenia się według pozycji odpowiednich dla danej okolicy ciała. Oceny dokonuje się nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od zdarzenia.	
USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA		
89	Uszkodzenie kostno-więzadłowe kręgosłupa szyjnego potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG czynnościowe, TK, RM)	
	1) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1–5
	2) z ograniczeniem ruchomości 26%–50%	6–14
	3) z ograniczeniem ruchomości 51%–75%	15–20
	4) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21–29
	5) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	6) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
	7) obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%	ocenia się według poz. 89 pkt 1–6, dodając w zależności od stopnia zniekształcenia 2–10%
	8) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów lub rotacja ⁴⁾)	ocenia się według poz. 89 pkt 1–7, zwiększając stopień uszczerbku o 1–8%
	9) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp.	ocenia się według poz. 89 pkt 1–8, zwiększając stopień uszczerbku o 5%
	Uwaga Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowo ocenia się według poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy lub uraz w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („whiplash”, „smagnięcia biczem”) z zespołem	

⁴⁾ Możliwość wystąpienia co najmniej jednego rodzaju niestabilności. W przypadku jednoczesnego wystąpienia obu wymienionych w przepisie rodzajów niestabilności ocenia się je według najwyższej wartości procentowego uszczerbku na zdrowiu.

	bólowym bez uszkodzeń korzeni nerwowych, ocenia się wyłącznie według poz. 94. Łączny stopień pourazowego uszczerbku kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%. Zakresy ruchomości: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.	
90	Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM)	
	1) z ograniczeniem ruchomości do 50%	1–9
	2) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10–19
	3) zeszywnienie w pozycji fizjologicznej	20
	4) zeszywnienie w ustawieniu niekorzystnym	25–30
	5) obniżenie wysokości trzonu co najmniej 10%	ocenia się według poz. 90 pkt 1–4, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia zniekształcenia o 1–5%
	6) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów lub rotacja ⁴⁾)	ocenia się według poz. 90 pkt 1–5, zwiększając stopień uszczerbku o 1–7%
	7) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp.	ocenia się według poz. 90 pkt 1–6, zwiększając stopień uszczerbku o 5%
	Uwaga Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowo ocenia się według poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy, ocenia się wyłącznie według poz. 94. Łączny stopień pourazowego uszczerbku kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10–11cm (od C7 do S1) z tego odcinek piersiowy 2–3 cm.	
91	Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM)	
	1) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1–5
	2) z ograniczeniem ruchomości 26–50%	6–14
	3) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15–29
	4) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	5) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
	6) obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10%	ocenia się według poz. 91 pkt 1–5, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia zniekształcenia o 3–12%
	7) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów lub rotacja ⁴⁾)	ocenia się według poz. 91 pkt 1–6, zwiększając stopień uszczerbku o 1–9%
	8) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp.	ocenia się według poz. 91 pkt 1–7, zwiększając stopień uszczerbku o 5%
	Uwaga Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowo ocenia się według poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy – ocenia się wyłącznie według poz. 94. Łączny stopień pourazowego uszczerbku kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. Kręgoszyk rzekomy (zwyródnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10–11cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7–8 cm.	

92	Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa	ocenia się według poz. 89–91
93	Uszkodzenia rdzenia kręgowego	
	1) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów w zależności od stopnia zaburzeń	1–10
	2) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładu w zależności od stopnia zaburzeń	5–30
	3) niewielki niedowład kończyn górnych lub dolnych ⁵⁾ (4° według skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), zespół Browna-Séquarda będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (4° według skali Lovetta lub 1° według skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej (3–4° według skali Lovetta lub 2–1° według skali Ashwortha)	5–30
	4) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych ⁵⁾ (3° według skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Browna-Séquarda będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (3° według skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej (0–2° według skali Lovetta lub 4–3° według skali Ashwortha)	31–60
	5) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych ⁵⁾ (2° według skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), niedowład cztero kończynowy (3° według skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), zespół Browna-Séquarda będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia z niedowładem kończyn (2° według skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha)	61–90
	6) porażenie kończyn górnych lub dolnych (0–1° według skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), głęboki niedowład cztero kończynowy (2° według skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Browna-Séquarda będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia z porażeniem kończyn (0–1° według skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	100
94	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) oraz utrwalone urazowe zespoły bólowe bez uszkodzenia korzeni w zależności od stopnia	
	1) szyjne bólowe	1–4
	2) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
	3) szyjne z obecnością niedowładów w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5–30
	4) piersiowe	1–10
	5) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	1–4
	6) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15

⁵⁾ Możliwość wystąpienia co najmniej jednego rodzaju niedowładu. W przypadku jednoczesnego wystąpienia obu wymienionych w przepisie niedowładów ocenia się je według najwyższej wartości procentowego uszczerbku na zdrowiu.

	7) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5–30
	8) guziczne (w tym złamania kości guzicznej)	1–5
	Uwaga Uszkodzenia wymienione w poz. 94 pkt 1–8 potwierdza się w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Zespół bólowy po urazie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem”) ocenia się wyłącznie według poz. 94 pkt 1 lub poz. 94 pkt 2.	
	USZKODZENIA MIEDNICY	
95	Utrwalone rozejście spojenia łonowego lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu	
	1) utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1–4
	2) utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych z zaburzeniami chodu	5–15
	3) utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego niewielkiego stopnia niewymagające leczenia operacyjnego w zależności od stopnia zaburzeń chodu	2–9
	4) utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie w zależności od stopnia zaburzeń chodu	10–30
	Uwaga Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy, ocenia się według poz. 96 lub 98.	
96	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu	
	1) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1–10
	2) w odcinku przednim obustronnie	5–15
	3) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne’a)	10–30
	4) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20–40
	Uwaga Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne ocenia się według poz. 98.	
97	Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym zwichnięciem stawu lub bez centralnego zwichnięcia stawu w zależności od upośledzenia funkcji stawu	ocenia się według poz. 143
	Uwaga Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem ocenia się według poz. 146.	
98	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej	
	1) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1–3
	2) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4–8

	3) mnogie złamania kości miednicy lub kości krzyżowej bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji ⁶⁾	2–7	
	4) mnogie złamania kości miednicy lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji ⁶⁾	5–15	
	Uwaga Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych		
USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		STRONA	
		DOMINUJĄCA	NIEDOMINUJĄCA
ŁOPATKA			
99	Złamanie łopatki		
	1) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1–5	1–3
	2) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości do 30%	6–12	4–9
	3) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	13–20	10–15
	4) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21–40	16–30
	Uwaga Poz. 99 uwzględnia również ewentualne powikłania neurologiczne.		
OBOJCZYK			
100	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości		
	1) niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 20%	1–8	1–6
	2) deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 20%	9–20	7–15
101	Staw rzekomy obojczyka w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny		
	1) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20%	10–14	8–12
	2) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20%	15–25	13–20
	Uwaga W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym ocenia się wyłącznie według poz. 101.		
102	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji		
	1) brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	1–5	1–3

⁶⁾ Możliwość wystąpienia co najmniej jednego następstwa urazu. W przypadku jednoczesnego wystąpienia wszystkich wymienionych w przepisie następstw urazów ocenia się je według najwyższej wartości procentowego uszczerbku na zdrowiu.

	2) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6–10	4–8
	3) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11–25	9–20
	Uwaga W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wyłącznie według poz. 181. W przypadku nienakładania się deficytów dodatkowo ocenia się według poz. 181.		
103	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości	ocenia się według poz. 100–102, zwiększając stopień uszczerbku o 5%	
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY			
104	Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania głowy, nasady bliższej kości ramiennej, panewki, szyjki łopatki, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.		
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–11	1–7
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	12–19	8–14
	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20–35	15–30
	Uwaga Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego wygojone sztucznym stawem ocenia się według poz. 104, nie mniej niż 10%.		
105	Zastarzale nieodprowadzalne zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20–35	15–30
106	Udokumentowane nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego potwierdzone dokumentacją medyczną, w tym radiologiczną	5–25	5–20
	Uwaga Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie traktuje się jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu ramiennie-łopatkowego. Przy ocenianiu według poz. 106 zbiera się szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznaje się z dodatkową dokumentacją medyczną w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego. Konieczna analiza dokumentacji medycznej i wypadkowej wraz z analizą mechanizmu urazu celem identyfikacji przedmiotowego zdarzenia jako nieszczęśliwego wypadku.		
107	Staw wiotki, 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	Zeszywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym)		
	1) w ustawieniu czynnościowo korzystnym w zależności od ustawienia i funkcji	20–35	15–30
	2) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109	Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	ocenia się według poz. 104 lub poz. 108	
110	Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	ocenia się według poz. 104–109, zwiększając stopień uszczerbku o 5%	

	Uwaga W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wyłącznie według poz. 181. W przypadku nienakładania się deficytów ocenia się dodatkowo według poz. 181.		
111	Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70	65
112	Utrata kończyny wraz z łopatką	75	70
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU RAMIENNO-ŁOPATKOWEGO Zgięcie 0–180°, wyprost 0–60°, odwodzenie 0–90°, unoszenie 90–180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie jest określane jednym terminem – odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0–180°), przywodzenie 0–50°, rotacja zewnętrzna 0–70°, rotacja wewnętrzna 0–100° (pozycja funkcjonalna, swobodna: 20–40° zgięcia, 20–50° odwiedzenia i 30–50° rotacji wewnętrznej).			
RAMIĘ			
113	Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie ramiennie-łopatkowym i łokciowym		
	1) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym do 30%	1–15	1–10
	2) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	16–30	11–25
	3) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp.	ocenia się według poz. 113 pkt 1 lub 2, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od zaburzeń funkcji o 5–15%	
114	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji		
	1) zmiany niewielkie	1–5	1–4
	2) zmiany średnie	6–12	5–9
	3) zmiany duże	13–20	10–15
	Uwaga Według tej pozycji ocenia się jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości ocenia się według poz. 113.		
115	Utrata kończyny w obrębie ramienia		
	1) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
	2) przy dłuższych kikutach	65	60
116	Trwale przepukliny mięśniowe ramienia	ocenia się według poz. 114 pkt 1	
STAW ŁOKCIOWY			
117	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych		
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–5	1–4
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	6–15	5–10
	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16–30	11–25
118	Zesztywnienie stawu łokciowego		
	1) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25	20
	2) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26–30	21–25
	3) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym do 20°	45	40
	4) w innych niekorzystnych ustawieniach w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30–45	25–40

119	Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych		
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–5	1–4
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	6–15	5–10
	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16–30	11–25
	Uwaga Według tej pozycji ocenia się jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości ocenia się według poz. 117.		
120	Cepowy staw łokciowy, utrwalony mimo leczenia w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15–30	10–25
121	Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp.	ocenia się według poz. 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o 5%	
	Uwaga Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°–80° (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia).		
PRZEDRAMIĘ			
122	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji		
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–6	1–5
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	7–15	6–10
	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16–25	11–20
	4) usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15–20	10–15
	5) usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym	21–30	16–25
123	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych		
	1) niewielkie zmiany	1–6	1–5
	2) średnie zmiany	7–15	6–10
	3) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	16–30	11–25
124	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne)		
	1) niewielkie zmiany	1–5	1–4
	2) średnie zmiany	6–10	5–8
	3) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	11–20	9–15
	Uwaga Według tej pozycji ocenia się jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości ocenia się według poz. 122, 123, 125, 126.		
125	Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych		
	1) średniego stopnia	10–20	10–15
	2) dużego stopnia	21–35	16–30
	Uwaga W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym ocenia się wyłącznie według poz. 125.		

126	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych		
	1) średniego stopnia	10–25	10–20
	2) dużego stopnia	26–40	21–35
	Uwaga W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym ocenia się wyłącznie według poz. 126.		
127	Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej	ocenia się według poz. 122–126, zwiększając stopień uszczerbku o 5%	
128	Utrata kończyny w obrębie przedramienia w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do protezowania	55–60	50–55
129	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	55	50
	ZAKRESY RUCHOMOŚCI PRZEDRAMIENIA Nawracanie 0–80°, odwracanie 0–80° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20° nawrócenia).		
NADGARSTEK			
130	Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwichnięcia, złamania w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych		
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–6	1–5
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	7–15	6–10
	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16–25	11–20
131	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka		
	1) w ustawieniu czynnościowo korzystnym w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15–20	10–15
	2) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	21–30	16–25
132	Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami	ocenia się według poz. 130–131, zwiększając stopień uszczerbku o 5%	
133	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	60
	ZAKRESY RUCHOMOŚCI NADGARSTKA Zgięcie dłoniowe 60° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30° (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).		
ŚRÓDRĘCZE			
134	Uszkodzenie śródręcza: kości, części miękkich w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych		
	1) I kość śródręcza (w zależności od funkcji kciuka)		
	a) z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1–6	1–5
	b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	7–12	6–9
	c) z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13–20	10–15
	2) II kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego)		
	a) z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–5	1–3
	b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	6–9	4–6
	c) z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10–15	7–10
	3) III kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych)		
	a) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	1–2	1
	b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3–5	2–4

	4) IV, V kość śródreżcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocenia się osobno dla każdej kości śródreżcza		
	a) z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	1–2	1
	b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3–4	2
KCIUK			
135	Utrata w zakresie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
	1) częściowa lub całkowita utrata opuszki	1–4	1–2
	2) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5–10	3–6
	3) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do $\frac{2}{3}$ długości paliczka podstawnego) w zależności od zmian wtórnych	11–15	7–10
	4) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej $\frac{2}{3}$ długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	16–20	11–15
	5) utrata obu paliczków z kością śródreżczą	21–25	16–20
136	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych		
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1–5	1–3
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26–50%	6–10	4–8
	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51–75%	11–15	9–12
	4) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16–20	13–15
	5) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródreżczą	20–25	15–20
Uwaga Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI KCIUKA – staw śródreżczno-palczkowy 0–60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia), – staw międzypalczkowy 0–80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia), – odwodzenie 0–50°, – przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypalczkowego kciuka a kresą zgięciową stawu śródreżczno-palczkowego palca V: pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm, – opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypalczkowego kciuka a kresą zgięciową stawów śródreżczno-palczkowych na wysokości III stawu śródreżczno-palczkowego: pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm.			
PALEC WSKAZUJĄCY			
137	Utrata w obrębie wskaziciela w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki		
	1) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1–2	1
	2) utrata paliczka paznokciowego	3–5	2–3
	3) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6–9	4–7
	4) utrata paliczka środkowego	10	8
	5) utrata trzech paliczków	15	10
	6) utrata wskaziciela z kością śródreżczą	15–20	10–15

138	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych w zależności od stopnia		
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–3	1–2
	2) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–40%	4–6	3–4
	3) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41–70%	7–11	5–7
	4) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12–15	8–10
	5) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródręcza	15–20	10–15
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY			
139	Palec III, IV i V w zależności od poziomu utraty		
	1) palec III – utrata częściowa lub całkowita opuszki	1–2	1
	2) palec III – utrata paliczka paznokciowego	3	2
	3) palec III – utrata dwóch paliczków	7	5
	4) palec III – utrata trzech paliczków	10	8
	5) palec IV – utrata częściowa lub całkowita opuszki	1	0,5
	6) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	2	1
	7) palec IV – utrata dwóch paliczków	4	2
	8) palec IV – utrata trzech paliczków	7	3
140	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza		
	1) palec III	12	10
	2) palec IV	9	5
	3) palec V	5	4
141	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia		
	1) palec III		
	a) ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1–2	1–2
	b) ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3–5	3–4
	c) ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1–5	1–4
	d) ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6–10	5–8
	2) palec IV		
	a) ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1–2	1
	b) ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3–4	2
	c) ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1–4	1–2
	d) ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5–7	3
	3) palec V		
	a) ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1	1
	b) ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	2	2
	c) ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	2	2
	d) ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	3	3

	Uwaga Łączny stopień pourazowego uszczerbku ręki nie może przekroczyć: 55% – dominującej i 50% – niedominującej. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki.	
	ZAKRESY RUCHOMOŚCI – PALCE II–V: – staw śródrečno-paliczkowy 0–90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia), – staw międzypaliczkowy bliższy 0–100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia), – staw międzypaliczkowy dalszy 0–70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia).	
	USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	
	STAW BIODROWY	
142	Utrata kończyny dolnej	
	1) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
	2) odjęcie powyżej ½ uda	60
143	Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych	
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2–12
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	13–24
	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	24–50
144	Zesztywnienie stawu biodrowego w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki	
	1) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30–35
	2) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	36–45
145	Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp.	ocenia się według poz. 143, zwiększając stopień uszczerbku o 5%
146	Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu	
	1) bez ograniczeń funkcji	15
	2) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16–25
	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26–45
	Uwaga Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlicę kostno-stawową, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę uszczerbku ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wyłącznie według poz. 181. W przypadku nienakładania się deficytów dodatkowo ocenia się według poz. 181.	
	ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU BIODROWEGO Zgięcie 0–120°, wyprost 0–20°, odwodzenie 0–50°, przywodzenie 0–40°, rotacja (obracanie) na zewnątrz 0–45°, rotacja do wewnątrz 0–50°.	

UDO		
147	Złamanie kości udowej w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi kończyny, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych	
	1) skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	3–10
	2) skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	11–20
	3) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21–30
	4) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10–15
	5) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16–30
	6) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	31–40
Uwaga Ocena zmian wtórnych według tej pozycji powinna być zgodna z wartościami uszczerbku opisanymi w poz. 143 i 154 opisującymi procentowo utratę ruchomości w stawach biodrowym i kolanowym z ograniczeniem do 60%.		
148	Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	40–60
149	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od zaburzeń funkcji kończyny	
	1) niewielkiego stopnia	1–5
	2) średniego stopnia	6–10
	3) znacznego stopnia	11–20
Uwaga Według tej pozycji ocenia się wyłącznie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości ocenia się według poz. 147.		
150	Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań	5–30
151	Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym	ocenia się według poz. 147, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o 5–10%
152	Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego	ocenia się według poz. 147–150, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o 10–60%
	Uwaga Łączny stopień uszczerbku ocenianego według poz. 147–152 i poz. 153 nie może przekroczyć 60%.	
153	Utrata kończyny w zależności od długości kikuta i jego przydatności do protezowania	55–60
KOLANO		
154	Złamania kości tworzących staw kolanowy i inne uszkodzenia w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się według poz. 155 i 156	
	1) utrata ruchomości w zakresie 0–40° za każde 2° ubytku ruchu	1
	2) utrata ruchomości w zakresie 41–90° za każde 5°	1
	3) utrata ruchomości w zakresie 91–120° za każde 10° ubytku ruchu	1

	4) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0–15°)	25
	5) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35
155	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się według poz. 154	
	1) niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	1–4
	2) niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	5–12
	3) niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	13–19
	4) niestabilność dwupłaszczyznowa III°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	20–25
	5) pełna niestabilność wielopłaszczyznowa, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	26–35
156	Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki, złamania rzepki, uszkodzenia łąkotec) w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości	ocenia się według poz. 154 i 155, zwiększając stopień uszczerbku o 1–10%
	Uwaga Łączny stopień pourazowego uszczerbku stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%. Kolejno występujących następstw urazu stawu kolanowego nie traktuje się jako efektu odrębnych zdarzeń, ale jako skutek ostatniego rozpoznanego urazu. Do oceny jest konieczny szczegółowy wywiad dotyczący wcześniej rozpoznanych chorób będących konsekwencją przebytego urazu, w celu ustalenia jego związku z aktualnie stwierdzanymi następstwami. Należy zwracać uwagę na mechanizm urazu, obrażenia (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie predyspozycji pod postacią zmian anatomicznych lub chorób. Analiza powinna być oparta o pełną dokumentację medyczną. Uszkodzenie stawu kolanowego wygojone sztucznym stawem ocenia się według poz. 154 i 156, nie mniej niż 15%.	
157	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
	Uwaga Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.	
PODUDZIE		
158	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych	
	1) skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	2–10
	2) skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	11–20
	3) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21–30
	4) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	3–15
	5) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm	16–30
	6) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	31–40

	Uwaga Ocena zmian wtórnych według tej pozycji powinna być zgodna z wartościami uszczerbku opisanymi w poz. 154 i 162 opisującymi procentowo utratę ruchomości w stawach kolanowym i skokowo-goleniowym z ograniczeniem do 40%.	
159	Izolowane złamanie strzałki w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1–3
160	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych	
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–5
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	6–10
	3) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
161	Utrata kończyny w obrębie podudzia w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do protezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny	
	1) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
	2) przy dłuższych kikutach	45–49
	Uwaga W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wyłącznie według poz. 181. W przypadku nienakładania się deficytów ocenia się dodatkowo według poz. 181.	
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA		
162	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego – złamania, skręcenia, zwichnięcia, uszkodzenia więzadeł, torebki stawowej itp. w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości, zmian wtórnych i utrzymujących się dolegliwości	
	1) niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–5
	2) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	6–10
	3) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
	4) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi	zwiększa się ocenę uszczerbku o 5%
163	Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji	
	1) pod kątem zbliżonym do prostego $\pm 5^\circ$	20
	2) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21–30
	3) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości	ocenia się według poz. 163 pkt 1 i 2, zwiększając stopień uszczerbku o 5%
164	Złamania kości skokowej lub piętowej w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji	
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–5
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	6–10
	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
165	Utrata kości skokowej lub piętowej w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań⁶⁾	
	1) częściowa utrata	20–30
	2) całkowita utrata	30–40

166	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi	
	1) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–5
	2) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	6–10
	3) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
167	Złamania kości śródstopia w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych	
	1) I lub V kości śródstopia:	
	a) niewielkie zmiany bez zniekształceń	1–5
	b) znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	6–10
	2) II, III lub IV kości śródstopia:	
	a) niewielkie zmiany bez zniekształceń	1–3
	b) znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	4–7
	3) złamania dwóch kości śródstopia w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	2–10
	4) złamania trzech i więcej kości śródstopia w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3–15
168	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi	ocenia się według poz. 167, zwiększając stopień uszczerbku o 5%
169	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych	
	1) zmiany niewielkie	1–5
	2) średnie zmiany	6–10
	3) duże zmiany	11–15
170	Utrata stopy w całości	45
171	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172	Utrata stopy na poziomie stawu Lisfranka	35
173	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia w zależności od rozległości utraty przodostopia i jakości kikuta	20–30
	Uwaga W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wyłącznie według poz. 181. W przypadku nienakładania się deficytów ocenia się dodatkowo według poz. 181.	
	ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU SKOKOWEGO Zgięcie grzbietowe 0–20°, zgięcie podaszewowe 0–(40–50°), nawracanie 0–10°, odwracanie 0–40°, przywodzenie 0–10°, odwodzenie 0–10°.	
	PALCE STOPY	
174	Utrata w zakresie palucha w zależności od wielkości ubytków, charakteru kikuta	
	1) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1–3
	2) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
	3) utrata w obrębie paliczka podstawnego palucha	5–7
	4) utrata paliczka podstawnego palucha	8

175	Inne uszkodzenia palucha – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, upośledzenia funkcji stopy, ograniczenia ruchomości		
	1) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–2	
	2) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	3–4	
	3) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5–7	
176	Utrata palucha		
	1) wraz z kością śródstopia w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	9–12	
	2) wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	15	
	3) wraz ze wszystkimi innymi palcami stopy	20	
177	Utrata w zakresie palców II, III, IV, V		
	1) częściowa utrata	1	
	2) całkowita utrata	2	
178	Utrata palca V z kością śródstopia		3–8
179	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych		3–5
180	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców		
	1) średnie i znaczne zmiany w obrębie każdego palca	1	
	2) łącznie za wszystkie uszkodzone palce II–V jednej stopy	1–5	
	ZAKRESY RUCHOMOŚCI PALCÓW STOPY Zgięcie 0–40° (czynne), 0–60° (bierne), wyprost 0–45°(czynne), 0–80° (bierne).		
	Uwaga Łączny stopień pourazowego uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.		
PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		STRONA	
		DOMINUJĄCA	NIEDOMINUJĄCA
181	Uszkodzenie częściowe lub całkowite w zależności od stopnia zaburzeń		
	1) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5–15	5–15
	2) nerwu piersiowego długiego	5–15	5–10
	3) nerwu pachowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
	4) nerwu mięśniowo-skórnego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15
	5) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–35	2–30
	6) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–30	2–20
	7) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–15
	8) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–15	1–10

	9) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–35	2–25
	10) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15
	11) nerwu łokciowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–25	1–20
	12) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10–25	5–20
	13) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	10–45	4–40
	14) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1–15	
	15) nerwu zasłonowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1–15	
	16) nerwu udowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1–30	
	17) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	1–20	
	18) nerwu sromowego wspólnego	2–20	
	19) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	5–60	
	20) nerwu piszczelowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–30	
	21) nerwu strzałkowego części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–20	
	22) splotu lędźwiowo-krzyżowego	15–60	
	23) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1–10	
	Uwaga Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).		
182	Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną w zależności od stopnia	10–40	
	Uwaga W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu. Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu stopnia uszczerbku na zdrowiu bierze się pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia. Łączny stopień pourazowego uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – ocenia się według amputacji na wyższym poziomie. Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy za 1% TBSA – 5% uszczerbku, na szyi za 1% TBSA – 2% uszczerbku, na kończynach za 1% TBSA – 1% uszczerbku, na rękach za 1% TBSA – 4% uszczerbku, na tułowie za 3% TBSA – 1% uszczerbku.		
CHOROBY POZOSTAJĄCE W ZWIĄZKU Z PEŁNIENIEM SŁUŻBY			
183	PTSD – zespół stresu pourazowego	10–40	
184	Zaburzenia osobowości	20–40	
185	Zaburzenia lękowe		
	1) fobie	10–30	
	2) zespół lęku uogólnionego	10–40	
	3) zespół lęku panicznego	10–40	
	4) zaburzenia mieszane depresyjno-lękowe nawracające	20–40	
	5) zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	20–40	
186	Psychozy reaktywne odporne na leczenie	20–80	

187	Organiczne zaburzenia psychiczne	40–100
188	Zatrucia ostre lub przewlekłe substancjami chemicznymi lub ich następstw	ocenia się według zasad w poz. 87–88
189	Wywołane narażeniem na pyły lub gazy drażniące przewlekłe trwale obturacyjne zapalenie oskrzeli, powodujące trwałe upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc z obniżeniem natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) poniżej 60% wartości należnej	20–70
190	Astma oskrzelowa z wyłączeniem astmy o podłożu alergicznym	20–40
191	Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	
	1) postać ostra	0–20
	2) postać przewlekła	0–20
192	Pylice i inne choroby śródmiąższowe płuc przebiegające z włóknieniem	20–100
193	Ostre uogólnione reakcje alergiczne	0–20
194	Alergiczny nieżyt nosa lub astma o podłożu alergicznym	0–5
195	Przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym	20–40
196	Zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym	1–5
197	Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat	
	1) guzki głosowe twarde	20–60
	2) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych	20–60
	3) niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią	20–60
198	Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego	
	1) ostra choroba popromienna uogólniona po napromieniowaniu całego ciała lub przeważającej jego części	45–100
	2) ostra choroba popromienna o charakterze zmian zapalnych lub zapalno-martwiczych skóry i tkanki podskórnej	45–100
	3) przewlekłe popromienne zapalenie skóry	45–100
	4) przewlekłe uszkodzenie szpiku kostnego	45–100
	5) zaćma popromienna	45–100
	6) nowotwory złośliwe, dla których prawdopodobieństwo indukcji przez promieniowanie jonizujące przekracza 10%	45–100
199	Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku służby, uznanych za rakotwórcze u ludzi	
	1) rak płuca, rak oskrzela	45–100
	2) międzybłoniak opłucnej albo otrzewnej	45–100
	3) nowotwór układu krwiotwórczego	45–100
	4) nowotwór skóry	20–80
	5) nowotwór pęcherza moczowego	20–100
	6) nowotwór wątroby	20–80
	7) rak krtani, nowotwór nosa i zatok przynosowych	45–100
	8) inne nowotwory, w których etiologii udowodniono istotny wpływ czynników szkodliwych występujących w środowisku służby	20 – 100
	Uwaga Nowotwory powstałe w następstwie działania promieniowania jonizującego kwalifikuje się według poz. 198 pkt 6.	

200	Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur otoczenia	
	1) udar cieplny albo jego następstwa	0–20
	2) wyczerpanie cieplne albo jego następstwa	0–30
	3) odmroziny	0–30
201	Choroby wywołane służbą w warunkach zmiennego ciśnienia atmosferycznego lub wywołane działaniem przeciążeń grawitacyjnych (przyspieszeń)	
	1) choroba dekompresyjna	20–80
	2) urazy ciśnieniowe	20–50
	3) następstwa oddychania mieszaninami gazowymi pod zwiększonym ciśnieniem	20–80
202	Zespół wibracyjny	
	1) postać naczyniowo-nerwowa	20–25
	2) postać kostno-stawowa	26–44
	3) postać mieszana: naczyniowo-nerwowa i kostno-stawowa	45–79
203	Przewlekłe choroby układu ruchu oraz obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania czynności służbowych	
	1) przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki	0–10
	2) przewlekłe zapalenie kaletki maziowej	0–10
	3) przewlekłe uszkodzenie łokotki u osób wykonujących czynności służbowe w pozycji kucznej lub klęczącej	0–10
	4) przewlekłe zapalenie okołostawowe barku	0–15
	5) przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej	0–15
	6) zmęczeniowe złamanie kości	5–45
	7) martwica kości nadgarstka	5–45
	8) zespół cieśni w obrębie nadgarstka	0–30
	9) zespół kanału Guyona	0–30
	10) zespół rowka nerwu łokciowego	5–45
	11) uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących czynności służbowe w pozycji kucznej	5–45
	Uwaga Do oceny stopnia zaawansowania schorzeń z pkt 8–11 konieczne są m.in. wyniki badań EMG.	
204	Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkość co najmniej o 45 dB w uchu lepiej słyszającym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1 kHz, 2 kHz i 3 kHz	ocenia się według poz. 42
205	Choroby narządu wzroku wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	
	1) alergiczne zapalenie spojówek	0–5
	2) ostre zapalenie spojówek wywołane promieniowaniem nadfioletowym	0–10
	3) epidemiczne wirusowe zapalenie spojówek lub rogówki	0–10
	4) zwyrodnienie rogówki wywołane czynnikami drażniącymi	0–30
	5) zaćma wywołana działaniem promieniowania podczerwonego lub długofalowego nadfioletowego	20–40
	6) centralne zmiany zwyrodnieniowe siatkówki i naczyńówki wywołane krótkofalowym promieniowaniem podczerwonym lub promieniowaniem widzialnym z obszaru widma niebieskiego	40–90
	Uwaga Oceny narządu wzroku dokonuje się według poz. 27–41.	

206	Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa. Choroby powstałe w wyniku powikłań szczepień ochronnych, wykonanych w związku ze służbą na określonym stanowisku, zapalenie mięśnia sercowego, wsierdzia, osierdzia w przebiegu chorób o etiologii bakteryjnej, wirusowej lub pasożytniczej (dotyczy również gruźlicy)	0–70
207	Zaawansowana przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych – stadium minimum C4B według klasyfikacji CEAP	20–50
208	Choroby skóry	
	1) alergiczne kontaktowe zapalenie skóry	0–30
	2) kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia	0–30
	3) trądzik olejowy, smarowy lub chlorowy o rozległym charakterze	0–15
	4) drożdżakowe zapalenie skóry rąk u osób wykonujących służbę w warunkach sprzyjających rozwojowi drożdżaków chorobotwórczych	0–30
	5) grzybice skóry u osób stykających się z materiałem biologicznym pochodzącym od zwierząt	0–30
	6) fotodermatozy zawodowe	0–35