

- niedowład, porażenia upośledzające sprawność, ruchy mimowolne,
- m) poważną niewydolność krążeniowo-oddechową w przebiegu wszelkich chorób ją wywołujących,
 - n) dusznicę bolesną z częstymi atakami bólów dławicowych i niepokoju oraz nadciśnienie tętnicze trzeciego i czwartego stopnia z następstwem zmian narządowych,
 - o) dychawicę oskrzelową,
- 3) osoby, które w związku z trwałym kalectwem mają ograniczoną w znacznym stopniu zdolność poruszania się lub wymagające opieki, oraz osoby, które z uwagi na rodzaj kalectwa wymagają specjalnego przystosowania pomieszczenia, to jest zainstalowania w zajmowanym lokalu specjalnych urządzeń, ułatwiających samoobsługę albo niezbędnych do prowadzenia rehabilitacji (usprawnienia) w warunkach domowych,
 - 4) osoby, których stan zdrowia z innych względów niż wymienione w pkt 1—3 uniemożliwia wspólne przebywanie w jednym pomieszczeniu.

§ 2. 1. Z wnioskiem o wydanie opinii o stanie zdrowia, który może uprawniać do korzystania z dodatkowej powierzchni mieszkalnej, występuje:

- 1) osoba określona w § 1, zwana dalej „chorym”, bądź jej opiekun albo
- 2) osoba zamieszkująca wspólnie z chorym.

2. Wniosek powinien zawierać:

- 1) wymienienie choroby lub określenie stanu zdrowia, ze względu na który chory ubiega się o dodatkową powierzchnię mieszkalną,

2) adres poradni lub innej komórki organizacyjnej służby zdrowia, pod której opieką chory pozostaje w związku z okolicznościami określonymi w pkt 1, oraz miejsce zamieszkania chorego.

3. Wniosek składa się do zespołu opieki zdrowotnej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania danej osoby.

4. Zespół opieki zdrowotnej w oparciu o przedstawiony wniosek oraz o dokumentację lekarską przygotowuje komisyjnie opinię o stanie zdrowia chorego, a w wypadkach budzących wątpliwości wyznacza termin badania lekarskiego.

5. Opinia o stanie zdrowia chorego powinna zawierać wyłącznie stwierdzenie o istnieniu lub braku warunków uzasadniających korzystanie z dodatkowej powierzchni mieszkalnej ze względu na stan zdrowia.

6. Opinia, o której mowa w ust. 5, powinna być wydana w terminie 4 tygodni od daty wpłynięcia wniosku, a następnie bezzwłocznie przesłana do organu administracji państwowej stopnia powiatowego i do wiadomości zainteresowanego.

§ 3. 1. Uprawnienia do korzystania z dodatkowej powierzchni mieszkalnej nabyte na mocy przepisów dotychczasowych zachowują swą ważność.

2. Sprawy wszczęte przed wejściem w życie zarządzenia, a nie zakończone ostateczną decyzją, rozpatruje się na podstawie niniejszego zarządzenia.

§ 4. Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 1953 r. w sprawie przyznawania uprawnień do korzystania z dodatkowej powierzchni mieszkalnej ze względu na stan zdrowia (Monitor Polski Nr A-38, poz. 476).

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: *M. Śliwiński*

257

ZARZĄDZENIE MINISTRÓW ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ ORAZ FINANSÓW

z dnia 18 grudnia 1974 r.

w sprawie ustalania następstw nieszczęśliwych wypadków objętych obowiązkowymi ubezpieczeniami komunikacyjnymi.

Na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 1958 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych (Dz. U. z 1958 r. Nr 72, poz. 357 i z 1964 r. Nr 16, poz. 94) oraz § 40 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 listopada 1974 r. w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych (Dz. U. Nr 46, poz. 274) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustalania następstw nieszczęśliwych wypadków objętych obowiązkowymi ubezpieczeniami komunikacyjnymi dokonują lekarze orzekający, ustanawiani przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń lub „Wartę” Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. — zwane dalej zakładem ubezpieczeń, w porozumieniu z organem administracji państwowej właściwym ze względu na zakład społeczny służby zdrowia zatrudniający lekarza.

§ 2. Stopień trwałego inwalidztwa określa się w procentach podanych w tabeli norm ustalania trwałego inwa-

lidztwa wypadkowego, zwanej dalej tabelą; tabela podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

§ 3. 1. Przy ustalaniu stopnia trwałego inwalidztwa lekarz orzekający podaje w orzeczeniu rozpoznanie oraz wyrażony w procentach stopień naruszenia czynności organu, narządu lub układu, łącznie z towarzyszącymi powikłaniami, zgodnie z odpowiednią pozycją tabeli.

2. Jeżeli dla danego przypadku brak jest odpowiedniej pozycji w tabeli, lekarz ocenia dany przypadek według pozycji najbardziej zbliżonej. Ustalenie to wymaga szczegółowego uzasadnienia.

3. Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny ogólny stopień trwałego inwalidztwa stanowi suma procentów inwalidztwa ustalonych za poszczególne uszkodzenia według norm przewidzianych w tabeli, z tym że suma

ta nie może być wyższa od procentu przewidzianego za utratę uszkodzonej części kończyny.

4. W razie uszkodzenia kilku kończyn albo narządów, ogólny stopień trwałego inwalidztwa stanowi suma procentów inwalidztwa ustalonych za poszczególne uszkodzenia według norm przewidzianych w tabeli, z tym że suma ta nie może być wyższa niż 100%.

§ 4. 1. Stopień trwałego inwalidztwa ustala się po zakończeniu leczenia, według stanu w chwili badania uszkodzonego. W razie dłuższego leczenia stopień trwałego inwalidztwa ustala się nie później niż w 24 miesiącu od dnia nieszczęśliwego wypadku. W razie zgłoszenia wypadku po tym terminie, stopień trwałego inwalidztwa ustala się niezwłocznie, chociażby leczenie nie zostało zakończone. Przez leczenie należy rozumieć również zalecone przez lekarza stosowanie zabiegów usprawniających.

2. Ustalenie stopnia trwałego inwalidztwa może być dokonane przed zakończeniem leczenia, jeżeli trwałe inwalidztwo jest oczywiste.

3. Przy zaleceniu stosowania przedmiotów ortopedycznych (protez) lub środków pomocniczych uwzględnia się zarówno możliwość złagodzenia skutków wypadku, jak i wymagania estetyczne; zalecenie może dotyczyć w szczególności: protez kończyn, aparatów, gorsetów i obuwia ortopedycznego, wózków inwalidzkich, przedmiotów uzupełniających przedmioty ortopedyczne, okularów, protez ocznych, pasów przepuklinowych i brzusznych, protez zębowych lub innych przedmiotów niezbędnych w procesie leczenia i rehabilitacji, ujętych w wykazie typowych środków pomocniczych ogłoszonym przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

§ 5. 1. Orzeczenie lekarskie stanowi podstawę do wydania przez zakład ubezpieczeń decyzji w sprawie świadczeń z obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych.

2. Orzeczenie lekarskie wydaje się na podstawie:

- 1) bezpośredniego badania uszkodzonego,
- 2) dokumentu stwierdzającego okoliczności wypadku,
- 3) innych zebranych w danej sprawie orzeczeń lekarskich, zaświadczeń zakładów społecznych służby zdrowia, historii choroby, wyników przeprowadzonych badań pomocniczych (analizy, rentgenogramy itd.).

3. Orzeczenie lekarskie powinno zawierać w szczególności:

- 1) ustalenie związku przyczynowego między trwałym inwalidztwem lub śmiercią a nieszczęśliwym wypadkiem,
- 2) rozpoznanie naruszenia czynności organu, narządu lub układu,
- 3) stopień trwałego inwalidztwa oraz numer pozycji w tabeli,
- 4) w miarę potrzeby zalecenie stosowania protez lub środków pomocniczych (§ 4 ust. 3),
- 5) uzasadnienie zastosowania zbliżonej pozycji tabeli (§ 3 ust. 2).

4. Jeżeli w związku z wydanym orzeczeniem lekarskim niezbędne jest uzyskanie dodatkowych wyjaśnień, lekarz wydaje opinię.

5. Jeżeli przedstawiona dokumentacja nie jest wystarczająca do wydania orzeczenia lub opinii, lekarz orzekający zaleci dostarczenie uzupełniających dokumentów albo przeprowadzenie analiz lub badań pomocniczych.

6. Orzeczenie lekarskie doręcza się osobie badanej.

§ 6. Lekarze orzekający przeprowadzają badania i wydają orzeczenia jednoosobowo lub komisyjnie. Komisyjnie rozpatrywane są w szczególności sprawy:

- 1) które wymagają wiedzy z zakresu kilku specjalności lekarskich,
- 2) w których istnieją wątpliwości co do związku przyczynowego między wypadkiem a jego następstwami,
- 3) jeżeli dla danego rodzaju uszkodzenia ciała w tabeli przewidziana jest znaczna rozpiętość pomiędzy minimalnym a maksymalnym stopniem trwałego inwalidztwa.

§ 7. 1. Lekarze orzekający wykonują swe czynności w lokalach zakładu ubezpieczeń.

2. W razie konieczności lekarze mogą wykonywać swe czynności w lokalach udostępnionych im przez zakłady społeczne służby zdrowia. Czynności te powinny być wykonywane poza godzinami pracy tych lekarzy.

3. Koszty związane z udostępnieniem lekarzom orzekającym lokali w zakładach społecznych służby zdrowia pokrywa zakład ubezpieczeń w wysokości uzgodnionej z kierownikami poszczególnych zakładów.

§ 8. Za orzeczenia i opinie lekarskie lekarze orzekający pobierają wynagrodzenie:

- 1) za wydane na zlecenie jednostki organizacyjnej PZU stopnia powiatowego lub oddziału „Warty”:
 - a) orzeczenie — 100 zł,
 - b) opinię lekarską — 50 zł,
- 2) za wydane na zlecenie jednostki organizacyjnej PZU stopnia wojewódzkiego, Centrali PZU lub Centrali „Warty”:
 - a) orzeczenie — 150 zł,
 - b) opinię lekarską — 100 zł.

§ 9. Zakład społeczny służby zdrowia wystawia na wniosek zakładu ubezpieczeń bezpłatne zaświadczenie o stanie zdrowia osoby uszkodzonej, która leczyla się w tym zakładzie.

§ 10. Na wniosek lekarza orzekającego zakład społeczny służby zdrowia udostępni dokumentację lekarską dotyczącą choroby osoby uszkodzonej.

§ 11. 1. Jeżeli dla wydania orzeczenia lub opinii lekarskiej konieczne jest przeprowadzenie obserwacji szpitalnej lub badania pomocniczego, lekarz orzekający zwraca się do zakładu ubezpieczeń o skierowanie osoby uszkodzonej do właściwego zakładu społecznego służby zdrowia, który obowiązany jest przeprowadzać takie badania.

2. Opłaty za badania pomocnicze oraz pobyt w szpitalu w celu obserwacji osób nieuprawnionych do bezpłatnego leczenia pokrywa zakład ubezpieczeń.

§ 12. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1975 r.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: M. Śliwiński
Minister Finansów: H. Kisiel