

diện tích tự nhiên với 1707 nhân khẩu của 2 xã thuộc huyện Phước Sơn thuộc tỉnh Quảng Nam — Đà Nẵng.

— Huyện Hiệp Đức gồm 8 xã: Bình Lâm, Thăng Phước, Quế Thọ, Quế Bình, Quế Lưu, Quế Tân, Phước Gia, Phước Tra có diện tích tự nhiên 48649,86 hécta với 27291 nhân khẩu.

Địa giới huyện Hiệp Đức ở phía đông giáp huyện Thăng Bình và huyện Tiên Phước; phía tây giáp huyện Phước Sơn; phía nam giáp huyện Trà My và huyện Tiên Phước; phía bắc giáp huyện Quế Sơn.

— Huyện Thăng Bình sau khi điều chỉnh địa giới còn lại 21 xã và 1 thị trấn, diện tích tự nhiên 38000 hécta với 143686 nhân khẩu.

Địa giới huyện Thăng Bình ở phía đông giáp biển Đông; phía tây giáp huyện Hiệp Đức và huyện Quế Sơn; phía nam giáp thị xã Tam Kỳ; phía bắc giáp huyện Quế Sơn và huyện Duy Xuyên.

— Huyện Quế Sơn sau khi điều chỉnh địa giới còn lại 16 xã, diện tích tự nhiên 73473,63 hécta với 100260 nhân khẩu.

Địa giới huyện Quế Sơn ở phía đông và phía nam giáp huyện Thăng Bình; phía tây giáp huyện Phước Sơn; phía bắc giáp huyện Duy Xuyên.

— Huyện Phước Sơn sau khi điều chỉnh địa giới còn lại 8 xã, diện tích tự nhiên 112532 hécta với 10116 nhân khẩu.

Địa giới huyện Phước Sơn ở phía đông giáp huyện Hiệp Đức; phía tây giáp huyện Giăng và tỉnh Gia Lai — Kon Tum; phía nam giáp tỉnh Gia Lai — Kon Tum; phía bắc giáp huyện Giăng và huyện Quế Sơn.

Điều 2. — Ủy ban Nhân dân tỉnh Quảng Nam — Đà Nẵng và Ban Tổ chức của Chính phủ chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

T.M. Hội đồng Bộ trưởng  
K.T. Chủ tịch  
Phó Chủ tịch  
ĐỖ MUỜI

## CÁC BỘ

### LIÊN BỘ

#### Y TẾ — THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI

**THÔNG TƯ** liên Bộ Y tế — Thương binh và xã hội số 32-TT/LB ngày 27-11-1985 quy định về tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới) và hướng dẫn cách chuyển đổi các hạng thương tật cũ, cách khám giám định thương tật theo các hạng thương tật mới.

Trong hơn 30 năm nay việc khám giám định thương tật cho thương binh, những người bị thương được hưởng chính sách như thương binh, công nhân viên chức Nhà nước bị tai nạn lao động, và một số đối tượng bị tai nạn, thương tật có liên quan đến công tác bảo hiểm, pháp y... đều căn cứ vào hai tiêu chuẩn thương tật 6 hạng và 8 hạng.

— Tiêu chuẩn định hạng thương tật 6 hạng ban hành kèm theo Nghị định số 18-NĐ ngày 17-11-1954 của liên Bộ Thương binh — Y tế — Quốc phòng — Tài chính và được bổ sung, sửa đổi tại thông tư liên Bộ Y tế — Nội vụ số 10-TT/LB ngày 7-5-1962.

— Tiêu chuẩn thương tật 8 hạng được quy định tại điều 9 của Điều lệ tạm thời về các chế độ đãi ngộ đối với quân nhân (ban hành kèm theo Nghị định số 161-CP ngày 30-10-1964 của Hội đồng Chính phủ) và Thông tư hướng dẫn số 287-LB/QP ngày 12-11-1965 của liên Bộ Nội vụ — Y tế — Quốc phòng — Công an.

Sau ngày giải phóng miền Nam và thống nhất đất nước, Bảng tỷ lệ thương tật 8 hạng đã được sửa đổi và bổ sung, (ban hành kèm theo Thông tư số 32-BYT/TT ngày 23-8-1976 của Bộ Y tế) được áp dụng

thống nhất trong cả nước, kể cả trong các lực lượng vũ trang.

Nhờ có các tiêu chuẩn nói trên, việc khám xếp hạng thương tật và giải quyết chế độ trợ cấp được tiến hành thuận lợi kịp thời, đúng với tinh thần chính sách, chế độ của Đảng và Nhà nước trong từng thời kỳ cách mạng.

Nhưng vì ban hành đã lâu nên các tiêu chuẩn nói trên không tránh khỏi một số thiếu sót như cách phân hạng và vận dụng không thống nhất, nội dung còn thiếu các hình thái, mức độ di chứng của tổn thương, đặc biệt là các tổn thương chức năng (do sự phát triển ngày càng phong phú, tinh vi của các tác nhân gây ra tổn thương như hoá khí các loại, sóng nổ, chất độc hóa học, các hình thức tra tấn của địch v.v...) chưa đánh giá đúng mức khả năng lao động đã mất đi và phần còn lại do thương tật gây ra đối với nghề nghiệp của thương binh, cũng như đối với lao động phổ thông đang chiếm ưu thế ở nước ta hiện nay (lao động nông nghiệp, lao động đơn giản, lao động thủ công nghiệp...); chưa có sự tương xứng giữa tỷ lệ mất sức lao động do thương tật và do các nguyên nhân khác như bệnh tật, bệnh nghề nghiệp; các tiêu chuẩn cũ chia làm nhiều hạng quá; chế độ đãi ngộ còn mạng tính chất bình quân, tụt tụt, chi li, có chỗ chưa phù hợp với trách nhiệm của Nhà nước và xã hội, mặt khác quyền lợi và nghĩa vụ lao động của người bị thương đối với xã hội, gia đình và bản thân họ cũng chưa được xác định đầy đủ và bổ sung kịp thời.

Để phù hợp với sự phát triển của cách mạng nước ta trong giai đoạn mới, để thực hiện Nghị quyết Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương Đảng lần thứ VIII (khóa V) về giá — lương — tiền và các Nghị định của Hội đồng Bộ trưởng số 235-HĐBT ngày 18-9-1985 về cải tiến chế độ tiền lương đối với công nhân viên chức Nhà nước và các lực lượng vũ trang; số 236-HĐBT ngày 18-9-1985 về việc bổ sung, sửa đổi một

số chế độ chính sách về thương binh và xã hội, căn cứ vào Quyết định số 135-CP ngày 4-8-1976 của Hội đồng Chính phủ về sửa đổi thủ tục nghiên cứu, xây dựng, ban hành tiêu chuẩn xếp hạng thương tật mới; sau khi thống nhất ý kiến với Bộ Quốc phòng, Bộ Lao động, Tổng Công đoàn Việt Nam..., Liên Bộ Y tế — Thương binh và xã hội ban hành Bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới) để thay thế cho các tiêu chuẩn phân hạng thương tật 6 hạng và 8 hạng (cũ), đồng thời hướng dẫn cách chuyển đổi các hạng thương tật cũ sang các hạng thương tật mới và cách khám giám định theo tiêu chuẩn thương tật mới như sau:

## I. VỀ NỘI DUNG BẢNG TIÊU CHUẨN THƯƠNG TẬT 4 HẠNG

(kèm theo phụ lục nội dung chi tiết từng hạng thương tật)

1. Bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới) được sắp xếp theo thứ tự từ nặng đến loại nhẹ và quy định về tên gọi nội dung khái quát như sau:

— **Hạng I (hạng nhất): Mất từ 81% đến 100% sức lao động do thương tật.**

Tiêu chuẩn cơ bản để xếp vào hạng I là có hủ hoại trầm trọng và kéo dài về giải phẫu — chức năng làm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng lao động, hoặc có tiến lượng xấu đe dọa đến sinh mạng. Thương binh không những không lao động hoặc công tác được mà còn không tự phục vụ được bản thân trong mọi sinh hoạt hàng ngày, do đó cần phải có người thường xuyên giúp đỡ, chăm sóc hoặc theo dõi liên tục.

— **Hạng II (hạng nhì): Mất từ 61% đến 80% sức lao động do thương tật.**

Tiêu chuẩn cơ bản để xếp vào hạng II là có tổn thương nặng nề và kéo dài về giải phẫu — chức năng, đồng thời có tổn thương sâu sắc về mặt tâm lý và xã hội làm mất gần hoàn toàn và lâu dài khả năng lao động. Nói chung, thương binh

không tiếp tục lao động hay công tác được (hoặc chỉ tham gia lao động trong điều kiện có tổ chức riêng biệt), nhưng vẫn tự mình bảo đảm nhu cầu sinh hoạt hàng ngày, không cần nhiều đến sự giúp đỡ, chăm sóc hoặc theo dõi thường xuyên của người khác.

— **Hạng III (hạng ba): Mất từ 41% đến 60% sức lao động do thương tật.**

Tiêu chuẩn cơ bản để xếp vào hạng III là có tổn thương rõ rệt, mức độ trung bình về giải phẫu — chức năng, có thể kèm tổn thương quan trọng về mặt tâm lý và xã hội, làm ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, khả năng lao động và sinh hoạt xã hội. Nói chung, thương binh còn khả năng tham gia lao động hoặc công tác, nhưng cần có điều kiện lao động hoặc công tác phù hợp, hoặc giảm bớt thời gian, định mức lao động trong ngày, (trong tuần), hoặc cần có các trang bị, phương tiện hỗ trợ để duy trì sức khỏe và hoạt động lâu dài.

— **Hạng IV (hạng tư): Mất từ 21% đến 40% sức lao động do thương tật.**

Tiêu chuẩn cơ bản để xếp vào hạng IV là có tổn thương nhẹ về giải phẫu — chức năng, có thể kèm tổn thương về mặt tâm lý và xã hội. Nói chung, khả năng lao động của thương binh có bị giảm sút, hạn chế một phần nhưng mọi hoạt động của cơ thể ở trạng thái gần như bình thường hoặc được bù trừ vĩnh viễn, lâu dài. Một số thương binh trong hạng này có thể phải thay đổi nghề nghiệp, thay đổi điều kiện, môi trường lao động, hoặc giảm nhẹ khối lượng lao động như hạng III.

Các sắp xếp từ nặng đến nhẹ còn thể hiện trong nội dung chi tiết của các di chứng thương tật ghi trong bảng tiêu chuẩn.

2. Mỗi di chứng chấn thương (có ảnh hưởng đến sinh mệnh, lao động, sinh hoạt...) trong bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng vừa được xác định tỷ lệ phần trăm thương tật, vừa được xếp vào hạng tương ứng. Mục đích là để không bỏ sót những

vết thương dù nhẹ, đồng thời giúp cho việc đánh giá khi khám giám định được dễ dàng, nhanh chóng, chính xác, vì giám định viên và Hội đồng giám định y khoa vừa phải liên hệ với nguyên tác, tiêu chuẩn phân hạng khái quát đã nói ở trên, vừa dễ dàng vận dụng đối với những mức độ biểu hiện cụ thể của di chứng thương tật (trong trường hợp tỷ lệ phần trăm thương tật có khoảng cách tối thiểu — tối đa rộng, nằm trong hai hạng thương tật). Hơn nữa, đối với những trường hợp có nhiều vết thương (nặng, nhẹ khác nhau) thì thương binh cũng không bị thiệt khi hội đồng tổng hợp tỷ lệ phần trăm thương tật chung để xếp vào hạng tương ứng.

3. Bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng vẫn giữ cách sắp xếp các di chứng chấn thương theo từng khu vực (giải phẫu định khu), từng cơ quan chức năng như bảng tỷ lệ thương tật 8 hạng cũ.

Cụ thể như sau :

- Chấn thương cơ quan vận động (chi trên, chi dưới, cột sống).
- Chấn thương sọ não. Rối loạn chức năng thần kinh — tâm thần chấn thương.
- Chấn thương ngực phổi.
- Chấn thương bụng và các phủ tạng trong ổ bụng.
- Chấn thương cơ quan tiết niệu sinh dục.
- Chấn thương về mắt.
- Chấn thương về tai — mũi — họng.
- Chấn thương về răng — hàm — mặt.
- Di chứng vết thương phần mềm và sẹo bỏng.
- Các bệnh sinh ra và nặng lên do chấn thương.
- Di chứng chấn thương do sóng nổ.

4. Về tỷ lệ phần trăm thương tật vẫn tôn trọng quy ước cũ, nghĩa là coi một người hoàn toàn mạnh khỏe, thoải mái về thể lực và trí lực (không bị bệnh hoặc thương tật), có khả năng hoàn thành một công việc nhất định vì lợi ích chung của toàn xã hội hay tập thể (cả về khối lượng và chất lượng) là một phần trăm (100%).

0966761

www.ThuVienTapLuat.com  
Tel: 38453845-38453684 \* LawSoft

Tứ đó quy ra tỷ lệ phần trăm mất đi nhiều hay ít (cao hay thấp) tùy theo mức độ tổn thương về giải phẫu — chức năng làm ảnh hưởng đến sức lao động nói chung, đến nghề nghiệp, đe dọa đến sinh mạng hay sự bất tiện về sinh hoạt (cá nhân, gia đình và xã hội) về tâm lý, thẩm mỹ...

Trong việc bổ sung, sửa đổi tiêu chuẩn thương tật lần này, rất nhiều tỷ lệ thương tật cũ đã được xem xét, đánh giá lại dựa trên các cơ sở vừa nêu trên, đồng thời có quan tâm đến trình độ, khả năng của nền y học nước ta hiện nay (về điều trị và phục hồi chức năng), có tham khảo tiêu chuẩn của một số nước xã hội chủ nghĩa anh em và những tiến bộ của y học thế giới. Ngoài ra, đã bổ sung nhiều di chứng thương tật mới mà các bảng tiêu chuẩn cũ không có hoặc còn thiếu.

Dưới đây là một số điểm mốc chính về tỷ lệ phần trăm mất sức lao động (sửa đổi và bổ sung) trong bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới):

— Tháo khớp vai 1 bên	65 — 70 %
— Cắt cụt cánh tay 1 bên	61 — 65 %
— Tháo khớp khuỷu 1 bên	55 — 60 %
— Cắt cụt cẳng tay 1 bên :	
ở 1/3 trên	50 — 55 %
ở 1/3 dưới	45 — 50 %
— Mất trọn 1 bàn tay	45 — 50 %
— Cắt cụt 2 tay	85 — 95 %
— Tháo khớp đùi - háng 1 bên	— 70 %
— Cắt cụt đùi 1 bên ở ngang mấu chuyên	65 — 70 %
— Cắt cụt đùi ở 1/3 giữa hoặc dưới	61 — 65 %
— Tháo khớp gối	45 — 50 %
— Tháo khớp cõ chân hoặc cắt cụt 1/3 dưới cẳng chân 1 bên	41 — 45 %
— Cắt cụt 2 đùi	85 — 90 %
— Cắt cụt 2 cẳng chân :	
+ không lắp được chân giả	81 — 85 %
+ lắp được chân giả	75 — 80 %
— Cắt cụt 1 tay và 1 chân (cùng bên hoặc khác bên)	81 — 90 %

— Cắt cụt hoặc liệt từ 3 chi trở lên	100 %
— Liệt 1/2 người hoàn toàn	81 — 90 %
— Hội chứng đuôi ngựa	85 — 95 %
— Gãy xẹp thân một đốt sống (không liệt tủy)	21 — 25 %
— Mất trí hoàn toàn	100 %
— Động kinh cơn lớn rất mau (hoặc thường xuyên) trí tuệ sa sút gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn	85 — 100 % tạm thời
— Mù 1 mắt (còn nhãn cầu) mắt kia bình thường	41 %
— Mù tuyệt đối 2 mắt	100 %
— Điếc 1 tai hoàn toàn	21 — 25 %
— Điếc hoàn toàn 2 tai	70 %
— Mất 3/4 lưới còn lại gốc lưới (mất kể từ đường gai lưới V trở ra)	61 — 70 %
— Mất 1 phần xương hàm trên và 1 phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống, khác bên	71 — 80 %
— Mất toàn bộ xương hàm dưới hoặc xương hàm trên	61 — 70 %
— Cắt toàn bộ 1 bên phổi	61 — 70 %
— Tồn thương các van tim, vách tim do chấn thương (chưa suy tim)	41 — 50 %
— Cắt toàn bộ dạ dày do chấn thương	65 — 75 %
— Cắt hầu hết ruột non (chỉ để lại dưới 1 mét)	65 — 75 %
— Cắt toàn bộ đại tràng	65 — 75 %
— Cắt bỏ gan phải đơn thuần (do chấn thương)	61 — 65 %
— Cắt bỏ gan trái đơn thuần (do chấn thương)	50 — 55 %
— Cắt bỏ túi mật	35 — 40 %
— Cắt bỏ lách	30 — 35 %
— Cắt đuôi tụy + lách	50 — 55 %
— Cắt đầu tụy + cắt đoạn tá tràng + nối vị tràng	75 — 85 %
— Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	41 — 45 %

- Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 50 tuổi, chưa có con 61 — 65 %
- nếu trên 55 tuổi, đã có con rồi 25 — 30 %
- Cát bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi, chưa có con 41 — 45 %
- Dò bàng quang — âm đạo hoặc trực tràng — âm đạo do chấn thương, điều trị không kết quả 61 — 65 %

## II. QUY ĐỊNH VỀ CÁCH CHUYỂN ĐỔI CÁC HẠNG THƯƠNG TẬT CŨ (6 hạng, 8 hạng) SANG 4 HẠNG THƯƠNG TẬT MỚI

1. Theo điều 6 và điều 9 của Nghị định số 236-HĐBT ngày 18-9-1985, những thương binh đã được xếp hạng theo các hạng thương tật cũ thì được chuyển đổi sang 4 hạng thương tật mới. Nay liên Bộ hướng dẫn cách chuyển đổi như sau:

— Các hạng thương tật cũ: 8/8, 7/8, đặc biệt/6 và 1/6 được chuyển sang xếp vào hạng I mới (Tàn phế cần có người phục vụ).

— Các hạng thương tật cũ: 6/8, 5/8 và 2/6 được chuyển sang xếp vào hạng II mới (Tàn tật nặng).

— Các hạng thương tật cũ: 4/8, 3/8 và 3/6 được chuyển sang xếp vào hạng III mới (Tàn tật mức trung bình).

— Các hạng thương tật cũ: 2/8, 1/8, 4/6 và 5/6 được chuyển sang xếp vào hạng IV mới (Tàn tật nhẹ).

Về chế độ trợ cấp thương tật theo 4 hạng thương tật mới thực hiện như quy định tại các điều 7 và 8 của Nghị định số 236-HĐBT ngày 18-9-1985 của Hội đồng Bộ trưởng.

Riêng đối với thương binh hạng 6/8 cũ trước đây đã hưởng chế độ nuôi dưỡng tại trại thương binh hay tại gia đình, thì nay tuy chuyển sang hạng II mới nhưng vẫn được bảo lưu chế độ trợ cấp vì cần có người phục vụ (70 đồng/tháng); vẫn

được xét đề thực hiện chế độ điều dưỡng tùy theo tình trạng sức khỏe.

Sau khi các Sở Thương binh và xã hội hoặc cơ quan quản lý thương binh là quân nhân trong các lực lượng vũ trang đã chuyển đổi các hạng thương tật cũ (kể cả những trường hợp đang xếp hạng tạm thời) sang các hạng thương tật mới, đề anh chị em thương binh được hưởng chế độ trợ cấp mới kịp thời, nếu gặp những trường hợp đã đến định kỳ khám lại, hoặc vết thương cũ tái phát, hoặc xét thấy thương binh bị thiệt (vì đã sửa đổi hoặc bổ sung tỷ lệ mới) thì cần làm thủ tục giới thiệu đi khám xếp hạng lại theo tiêu chuẩn thương tật 4 hạng.

Những quy định về khám xếp hạng thương tật từ tạm thời sang vĩnh viễn hoặc khám phúc quyết thương tật vẫn như hiện hành.

Tuy nhiên, để giảm bớt số lượng thương binh phải về Hội đồng giám định y khoa Trung ương (hoặc Hội đồng giám định y khoa Bộ Quốc phòng) khám xếp hạng lại thương tật trong trường hợp «cảm» thấy bị thiệt thòi do tiêu chuẩn thương tật đã được sửa đổi, bổ sung, liên bộ ủy nhiệm: cho Hội đồng giám định y khoa Trung ương và Viện Giám định y khoa nghiên cứu, đề xuất những trường hợp có thể phân cấp, phân giao cho Hội đồng giám định y khoa tỉnh, thành phố, đặc khu hoặc ngành thực hiện, đồng thời tổ chức kiểm tra, hướng dẫn (sau khi phân cấp) để công việc được tiến hành nhanh chóng, thuận tiện và bảo đảm chất lượng.

2. Cách giải quyết những trường hợp bị thương trước ngày 1-9-1985 chưa được khám giám định thương tật hay đã khám nhưng cơ quan quản lý chính sách chưa nhận được hồ sơ, biên bản giám định.

a) Đối với những người bị thương trước ngày 1-9-1985 và đã xuất viện trước ngày 1-9-1985, nay mới khám giám định thương tật thì giải quyết như sau:

— Thương binh được khám xếp hạng theo tiêu chuẩn thương tật 8 hạng cũ và

hưởng các chế độ trợ cấp thương tật cũ cho khoảng thời gian trước ngày 1-9-1985.

— Đồng thời được khám xếp hạng theo tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới) và hưởng chế độ trợ cấp mới (được quy định tại các điều 7, 8 và 9 của Nghị định số 236-HĐBT) cho khoảng thời gian kể từ ngày 1-9-1985 trở về sau.

b) Đối với những người bị thương trước ngày 1-9-1985 nhưng sau ngày đó vẫn còn đang điều trị hoặc điều dưỡng (chưa xếp hạng thương tật) thì khi xuất viện sẽ được khám xếp hạng theo tiêu chuẩn mới và hưởng chế độ trợ cấp theo quy định mới (4 hạng).

c) Đối với một số thương binh từ thời kỳ chống Pháp còn lại nay mới được xác nhận, được xét cho đi khám giám định thương tật theo Thông tư số 3-TBXH ngày 4-3-1983 của Bộ Thương binh và xã hội thì vẫn đến Hội đồng giám định y khoa Trung ương khám và cách giải quyết giống như điểm a nói ở trên.

d) Đối với những thương binh đã được các Hội đồng giám định y khoa khám xếp hạng theo các tiêu chuẩn thương tật cũ, kể cả các trường hợp khám phúc quyết, mà cơ quan thương binh và xã hội (hoặc cơ quan quản lý chính sách thương binh trong các lực lượng vũ trang) chưa nhận được biên bản hay nhận được sau ngày 1-9-1985 thì kết luận trong biên bản của các Hội đồng giám định y khoa vẫn giữ nguyên giá trị pháp lý. Việc chuyển đổi các hạng thương tật cũ (ghi trong biên bản) sang các hạng thương tật mới được thực hiện như điểm một mục II ở trên. Trường hợp nào xét thấy bất hợp lý hoặc quá thiệt thòi cho thương binh thì có thể cho đi khám lại theo tiêu chuẩn mới (kế hoạch khám tiến hành từ ngày 1-1-1986 trở đi).

3. Đối với thương binh và người hưởng chính sách như thương binh đang xếp hạng tạm thời, nếu đã đến định kỳ khám

lại trong quý IV năm 1985 thì giải quyết như sau :

a) Nếu cơ quan thương binh và xã hội chưa gọi đi khám lại thì thực hiện việc chuyển đổi thương tật như điểm 1, mục II ở trên, đồng thời liệt kê danh sách và hợp đồng với Hội đồng giám định y khoa của địa phương đề được ưu tiên khám xếp hạng lại trong quý I năm 1986 theo tiêu chuẩn 4 hạng mới.

b) Nếu đã gọi đi khám lại và Hội đồng giám định y khoa đã xếp hạng theo tiêu chuẩn 8 hạng cũ thì giải quyết như điểm d, điều 2, mục II ở trên.

4. Đối với công nhân, viên chức Nhà nước và xã viên hợp tác xã tiểu thủ công nghiệp... bị tai nạn lao động (hoặc tai nạn giao thông) đã được xếp hạng theo tiêu chuẩn thương tật 8 hạng cũ thì việc chuyển đổi hạng và giải quyết chế độ trợ cấp sẽ căn cứ vào hướng dẫn của Tổng công đoàn Việt Nam và Ban chủ nhiệm Liên hiệp xã tiểu thủ công nghiệp trung ương.

### III. VỀ CÁCH KHÁM XẾP HẠNG THƯƠNG TẬT THEO TIÊU CHUẨN 4 HẠNG MỚI

Theo tinh thần Nghị định số 236-HĐBT ngày 18-9-1985 của Hội đồng Bộ trưởng, thay tiêu chuẩn thương tật 4 hạng có giá trị thay thế các tiêu chuẩn phân hạng thương tật cũ (6 hạng, 8 hạng) là tiêu chuẩn duy nhất áp dụng cho thương binh, những người hưởng chính sách như thương binh kể từ ngày 1-9-1985 trở đi.

Tiêu chuẩn thương tật 4 hạng cũng dùng để xếp hạng thương tật từ nay về sau cho công nhân viên chức Nhà nước, xã viên hợp tác xã tiểu thủ công nghiệp, xã viên hợp tác xã nông, lâm, ngư nghiệp bị tai nạn lao động. Ngoài ra còn dùng để xếp hạng thương tật cho tất cả những trường hợp bị tai nạn (tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn rủi ro...) đã bị thương) (kể cả tự thương) có liên quan

đến công tác bảo hiểm, pháp y hoặc trợ cấp xã hội khác mà cơ quan quản lý chính sách, chế độ tương ứng gửi đến giám định tại Hội đồng giám định y khoa các cấp.

Liên bộ hướng dẫn một số nguyên tắc chính vận dụng bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng trong việc giám định thương tật cho những đối tượng đã nêu ở trên như sau:

1. Trong bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng, mỗi bộ phận của cơ thể đều có tỷ lệ phần trăm mức tối đa. Đối với mọi di chứng ở bộ phận đó, dù có tác hại đến sức khỏe — khả năng lao động đến mức nào, tác nhân có khác nhau, nhưng vẫn không thể xếp cao hơn tỷ lệ ấy.

— Đối với các thương tổn thần kinh làm liệt hoàn toàn 1 chi hoặc nửa người thì xác định tỷ lệ thấp hơn tất cả bộ phận tương ứng từ 5 đến 10% (vấn đề mỹ quan), trừ vết thương cột sống có liệt tủy (vì có rối loạn dinh dưỡng, rối loạn cơ thắt).

— Đối với các vết thương cắt bỏ tay hoặc chân thì tỷ lệ cắt bỏ bàn tay (bàn chân) xếp tương đương với tỷ lệ cắt bỏ 1/3 dưới cẳng tay (cẳng chân), tỷ lệ tháo khớp khuỷu (khớp gối) xếp tương đương với cắt cụt giữa đoạn 1/3 dưới cánh tay (hoặc đùi), vì xét về mặt khả năng lao động và phục hồi chức năng.

— Các di chứng vết thương làm mất tác dụng của một hay nhiều khớp thuộc cơ quan vận động cũng đánh giá theo nguyên tắc trên...

2. Mỗi di chứng chấn thương thường có hai tỷ lệ tối thiểu và tối đa. Do đó, cần nhất trí trong việc xác định tỷ lệ cao dần lên theo nguyên tắc sau:

— Đối với vết thương cắt cụt hay làm mất chức năng thì tay bên thuận được xếp tỷ lệ tối đa, tay kia xếp tỷ lệ tối thiểu.

— Cát đoạn chi càng cao thì cho tỷ lệ cao hơn.

— Có teo cơ, cứng khớp, có bọng bướu thần kinh hoặc can xương xấu, sai tư thế vận động... thì xếp tỷ lệ cao hơn.

— Những trường hợp móm cụt xấu, không lắp được bộ phận giả (tay, chân) hoặc biến dạng hồ mắt không lắp được mắt giả... thì xếp tỷ lệ cao hơn.

— Đối với sẹo vết thương phần mềm hay sẹo bồng thì những sẹo to, co rúm, lồi xấu, ảnh hưởng đến chức năng hoặc sẹo ở những chỗ hở ảnh hưởng đến thẩm mỹ (mặt, trán, v. v...) được định tỷ lệ cao dần cho đến mức tối đa.

— Di chứng càng có nguy cơ đe dọa sinh mạng hoặc kết quả điều trị rất hạn chế hay chưa có khả năng điều trị thì có thể cho tỷ lệ tối đa v. v...

Nói chung, tùy theo tình hình thực tế của từng trường hợp mà Hội đồng giám định y khoa quyết định tỷ lệ cao hay thấp, xếp lên hạng trên hay để ở hạng dưới (đối với một số di chứng chấn thương có khoảng cách tỷ lệ phần trăm rộng), song không được vượt ra ngoài phạm vi tỷ lệ đã quy định.

3. Nếu tổn thương giải phẫu hoặc chức năng ảnh hưởng rõ rệt đến tư thế lao động, thao tác nghề nghiệp v. v... khiến thương binh khó có thể tiếp tục lao động bằng nghề nghiệp cũ (nghề tinh thông nhất trước khi bị thương) thì được ưu tiên chỉ định đổi nghề hoặc học nghề mới, hoặc thay đổi môi trường, điều kiện lao động và hưởng trợ cấp thương tật thích đáng thường xuyên do chênh lệch giữa hai nghề cũ và mới.

4. Đối với những di chứng chấn thương mà y học có khả năng chạy chữa và phục hồi chức năng tốt hơn thì nên xếp tạm thời. Nếu về sau thương binh từ chối không chịu đi điều trị và phục hồi chức năng thì có thể xếp hạng vĩnh viễn, nhưng không xếp lên hạng cao.

Nói chung, các Hội đồng giám định y khoa chỉ nên xếp hạng vĩnh viễn ngay lần khám đầu đối với những vết thương đã cắt cụt, cắt bỏ bộ phận một cơ quan của thân thể, hoặc xét thấy ít có khả năng tiến triển, hoặc di chứng mà y học nước ta chưa giải quyết được hay điều kiện xã hội chưa cho phép.

5. Đối với trường hợp một người bị nhiều vết thương hỗn hợp thì định tỷ lệ riêng cho từng di chứng, cuối cùng áp dụng phương pháp cộng lùi để tính tỷ lệ chung của các vết thương rồi mới xếp vào hạng (cách tính vẫn theo hiện hành). Phương pháp cộng lùi là nguyên tắc cao nhất. Phương pháp cộng thẳng có thể được vận dụng thêm trong những trường hợp có nhiều vết thương vào các bộ phận có tính chất hiệp đồng chức năng như 2 tay, 2 chân, 2 mắt, 2 tai. Dù cộng thẳng hay cộng lùi vẫn phải bảo đảm nguyên tắc tỷ lệ chung không được vượt quá mức tỷ lệ 100% của toàn cơ thể, hoặc tỷ lệ mức tối đa của từng bộ phận, hoặc đã cần hay chưa cần đến người phục vụ thường xuyên, nghĩa là không trái với tiêu chuẩn khái quát đã nêu ở điểm 1, mục I của thông tư này.

6. Đối với những thương tổn chưa được ghi vào bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (nội dung chi tiết) mà các Hội đồng giám định y khoa gặp phải trong khi giám định thì vận dụng theo tiêu chuẩn khái quát phân hạng thương tật (điểm 1, mục I), tỷ lệ tổn thương của bộ phận tương đương và các tiêu chuẩn phân loại sức khỏe, khả năng lao động hiện hành khác.

#### IV. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Việc ban hành Nghị định số 236-HĐBT ngày 18-9-1985 của Hội đồng Bộ trưởng là một bước cải tiến quan trọng chính sách, chế độ để đáp ứng yêu cầu của cách mạng trong giai đoạn mới. Liên bộ Y tế — Thương binh và xã hội đề nghị các Bộ, ngành ở trung ương, Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố, đặc khu nghiên cứu quán triệt bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới) và tổ chức thực hiện nghiêm chỉnh trong ngành dọc hoặc trong địa phương.

Liên Bộ yêu cầu các Hội đồng giám định y khoa các cấp từ trung ương đến địa phương hoặc trong các lực lượng vũ trang được thường xuyên chăm lo kiện toàn, củng cố về tổ chức và được tạo

những điều kiện, phương tiện làm việc đầy đủ để việc khám giám định thương tật chu đáo, kịp thời, chính xác, bảo đảm những nguyên tắc tập thể, liên ngành, dân chủ, khách quan, đúng đường lối, chính sách của Đảng và Nhà nước. (Bộ Quốc phòng sẽ hướng dẫn thêm Hội đồng giám định y khoa các cấp trong toàn quân tổ chức thực hiện tiêu chuẩn thương tật 4 hạng mới).

Liên Bộ giao trách nhiệm cho Hội đồng giám định y khoa Trung ương và Viện giám định y khoa đôn đốc, hướng dẫn, kiểm tra về thực hiện tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới) đối với Hội đồng giám định y khoa cấp dưới và Hội đồng giám định y khoa các ngành.

Các Sở y tế, Sở Thương binh và xã hội phối hợp chặt chẽ với Sở Lao động, Liên hiệp Công đoàn, Ban Chủ nhiệm Liên hiệp xã tiêu thủ công nghiệp... tỉnh, thành phố, đặc khu, trong phạm vi chức năng của mình, và phối hợp với Hội đồng giám định y khoa cùng cấp về kế hoạch tổ chức giám định cho những người bị thương theo tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới) đã nói ở các phần trên.

Cơ quan thương binh và xã hội các cấp với sự phối hợp chặt chẽ của cơ quan y tế cùng cấp, phải hết sức quan tâm đến việc tuyên truyền giải thích cho thương binh đã được giám định thương tật theo các hạng cũ thông suốt chủ trương định lại hạng mới và việc chuyển từ hạng cũ sang hạng mới; nhận thức được bảng tiêu chuẩn thương tật 4 hạng (mới) là sản phẩm của sự trưởng thành của ngành y tế và khoa học giám định của nước ta; thấy được các biện pháp tổ chức thực hiện hợp tình, hợp lý của các Hội đồng giám định thương tật để có thái độ ủng hộ tích cực hoạt động của các hội đồng trong việc thi hành thông tư này.

Thông tư này có hiệu lực từ ngày ban hành.

Các tiêu chuẩn thương tật 6 hạng và 8 hạng cũ cùng các quy định trước đây trái với thông tư này đều bãi bỏ.



Trong quá trình thực hiện có điều gì mắc mứu, khó khăn trở ngại, đề nghị các Bộ, ngành, Ủy ban Nhân dân các tỉnh thành phố, đặc khu, các Hội đồng giám định y khoa các cấp, các ngành, các Sở Y tế, Sở Thương binh và xã hội và các cơ quan hữu quan khác kịp thời phản ánh cho Bộ Y tế (Hội đồng giám định y khoa trung ương và Viện giám định y khoa), và Bộ Thương binh và xã hội (Vụ Chính sách pháp chế) biết đề tiếp tục nghiên cứu, hướng dẫn giải quyết.

K.T. Bộ trưởng  
Bộ Thương binh  
và xã hội  
Thú trưởng  
TRẦN HIẾU

K.T. Bộ trưởng  
Bộ Y tế  
Thú trưởng  
Gs. PHẠM SONG

## BỘ VĂN HÓA

### **THÔNG TƯ của Bộ Văn hóa số 3011-VH/TT ngày 28-10-1985 về phân cấp quản lý bảo quản và tu bổ di tích lịch sử và văn hóa.**

Trong 30 năm qua, Đảng, Nhà nước và nhân dân ta đã quan tâm giữ gìn và phát huy di sản lịch sử và văn hóa của dân tộc. Nhiều di tích đã được giữ gìn, tu bổ và đang đóng vai trò quan trọng trong sự nghiệp giáo dục truyền thống yêu nước và yêu chủ nghĩa xã hội trong đời sống văn hóa của nhân dân ta.

Tuy nhiên, tình trạng chung của các di tích vẫn đang tiếp tục xuống cấp, nhiều di tích bị hư hại nặng, một số biến thành phế tích kể cả những di tích thời kỳ đầu tranh cách mạng, giải phóng dân tộc như Côn Đảo, Tân Trào, Điện Biên Phủ, v.v... Tình hình trên làm cho dư luận xã hội có nhiều ý kiến, nguyên nhân chủ yếu làm cho di tích xuống cấp do:

— Kinh phí, vật tư, phương tiện, cán bộ chuyên môn dành cho việc tu bổ di

tích quá ít ỏi, không đáp ứng được, ngay cả những yêu cầu cấp thiết.

— Các di tích không được bảo quản thường xuyên, thậm chí còn bị vi phạm; những sự hư hỏng không được loại trừ kịp thời, các kế hoạch tu bổ triển khai không đồng bộ và chậm trễ.

— Sự phân cấp quản lý chưa rõ ràng, Trung ương trông cậy ở địa phương, địa phương ỷ lại ở Trung ương, nhân dân phó thác cho Nhà nước.

Để giữ gìn và phát huy có hiệu quả hơn nữa di sản văn hóa vô giá của dân tộc, thi hành triệt để Pháp lệnh bảo vệ và sử dụng di tích lịch sử, văn hóa và danh lam thắng cảnh do Hội đồng Nhà nước ban hành, Bộ Văn hóa đề ra một số quy định tạm thời về phân cấp quản lý bảo quản và tu bổ các di tích như sau:

1. Bộ Văn hóa trực tiếp quản lý các di tích đặc biệt quan trọng, có tầm cỡ quốc gia về các mặt kế hoạch, đầu tư và kỹ thuật tu bổ theo danh sách đã được Hội đồng Bộ trưởng ấn định.

Kinh phí dùng cho tu bổ các di tích loại này được trích từ ngân sách hàng năm của Nhà nước.

Bộ Văn hóa có trách nhiệm trình Hội đồng Bộ trưởng việc lập các kế hoạch, đề án, phương án, giải pháp tu bổ và tôn tạo; trực tiếp hoặc hướng dẫn thi công.

Bộ Văn hóa giao cho Ủy ban Nhân dân tỉnh, thành phố có di tích thuộc loại này, trách nhiệm bảo quản thường xuyên, tu bổ mang tính chất bảo quản cấp thiết. Hàng năm, trên cơ sở các đề xuất của địa phương, Bộ sẽ cấp một số vốn cho việc này, trích từ nguồn kinh phí sự nghiệp.

Thực hiện phương châm «Trung ương và địa phương, Nhà nước và nhân dân cùng làm», chính quyền và nhân dân địa phương có di tích đặc biệt quan trọng cần có kế hoạch đầu tư một phần kinh phí và nhân lực để đẩy mạnh việc tu bổ và tôn tạo.

2. Các di tích khác đã được Bộ Văn hóa công nhận, giao cho Ủy ban Nhân dân các