



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министър на здравеопазването

Изх. № 04-00-35/~~06.08~~.....2021 г.

ДО
Г-Н ГЪЛЪБ СПАСОВ ДОНЕВ
ЗАМЕСТНИК МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ
ПО ИКОНОМИЧЕСКИТЕ И СОЦИАЛНИТЕ
ПОЛИТИКИ И МИНИСТЪР НА ТРУДА
И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА И
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА НАЦИОНАЛНИЯ
СЪВЕТ ЗА ТРИСТРАННО СЪТРУДНИЧЕСТВО

Към Наш № 04-00-35/08.04.2021 г.

Относно: Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. (обн., ДВ, бр. 51 от 2017 г.; изм. и доп. бр. 62 и 64 от 2018 г., бр. 46 и 84 от 2019 г.; Решение № 1632 на Върховния административен съд от 2020 г. – бр. 63 от 2020 г. и доп. бр. 79 от 2020 г.

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДОНЕВ,

Приложено Ви изпращам за сведение проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. (обн., ДВ, бр. 51 от 2017 г.; изм. и доп. бр. 62 и 64 от 2018 г., бр. 46 и 84 от 2019 г.; Решение № 1632 на Върховния административен съд от 2020 г. – бр. 63 от 2020 г. и доп. бр. 79 от 2020 г.) с отразените

бележки на Националния съвет за тристранно сътрудничество от 06.07.2021 г. и
Националния осигурителен институт.

Същият ще бъде внесен за разглеждане на заседание на Министерския съвет на
07.07.2021 г.

Приложения:

1. Доклад от министъра на здравеопазването;
2. Проект на Постановление на Министерския съвет за допълнение на Наредбата за медицинската експертиза;
3. Частична предварителна оценка на въздействие;
4. Становище на дирекция „Модернизация на администрацията“ на МС;
5. Съобщение до средствата за масово осведомяване.

С уважение,

Д-Р СТОЙЧО КАЦАРОВ

Министър на здравеопазването





РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министър на здравеопазването

Изх. № 04-00-351 08.08. 2021 г.

ДО
МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ НА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

ДОКЛАД
ОТ Д-Р СТОЙЧО КАЦАРОВ
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Относно: Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. (обн., ДВ, бр. 51 от 2017 г.; изм. и доп. бр. 62 и 64 от 2018 г., бр. 46 и 84 от 2019 г.; Решение № 1632 на Върховния административен съд от 2020 г. – бр. 63 от 2020 г. и доп. бр. 79 от 2020 г.)

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА ЗАМ. МИНИСТЪР-
ПРЕДСЕДАТЕЛИ,

УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА МИНИСТРИ,

На основание чл. 32, ал. 1 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация, внасям за разглеждане проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза.

Изготвеното изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ) е обусловено от необходимостта да се премахнат съществуващите недостатъци в нормативната уредба, касаещи определени заболявания или групи заболявания,

формиращи отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти, съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ. Тези недостатъци са свързани основно с липса на прецизни критерии за оценка на уврежданията при някои отправни точки, предвид динамика в развитието и различните етапи и стадии на съответното заболяване, като тези критерии не са актуализирани спрямо последните достижения на медицинската наука и практика. Също така наличието на зависимост между възрастта и оценката на степента на увреждане, при доказани генетични аномалии, е нецелесъобразно, тъй като възрастта в случая няма отношение към формирания функционален дефицит. В трети случаи определеният процент трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане не съответства напълно на степента на увреждане, включително и поради развитието на медицинската наука и създадените по-големи възможности за терапевтично повлияване, което налага неговото коригиране.

Допълнителни промени на проекта на нормативен акт бяха направени във връзка с предложенията и становищата, постъпили в периода на обществените консултации, междуведомственото съгласуване и заседанието на Националния съвет за хората с увреждания. Беше прието предложението на голяма част от организациите на хората с увреждания да се даде възможност за избор когато при лицето са налични множествени увреждания, някои от които не са дефинитивни, то да бъде освидетелствано/преосвидетелствано само по отношение на тези от тях, които са дефинитивни състояния. В тези случаи се определя пожизнен срок на инвалидност. За целта се предвижда към заявлението-декларация за освидетелстване/преосвидетелстване от ТЕЛК лицето да подаде декларация, че иска да бъде оценено само увреждането, което обуславя дефинитивно състояние.

В тази връзка са приети и предложения за конкретизиране на отправните точки в Приложение № 1, които с категоричност обуславят дефинитивност, респ. – пожизнен срок на инвалидност. Такива са случаите на: трансплантирани органи – сърце, бял дроб, черен дроб и бъбреци; злокачествени туморни заболявания след определена година на преживяемост или неподдаващи се на радикално лечение; необратими увреждания на крайниците, като загуба на целите крайници или различни части от тях; тежки и много тежки невъзвратими психични смущения; тежки степени на загуба на слуха; различни вродени малформации; генетични аномалии с клинична проява; заболявания/състояния на белия дроб като муковисцидоза, частична резекция и други.

Същевременно с горните промени, ще се запази правото на лицата с дефинитивни увреждания да се преосвидетелстват от ТЕЛК по тяхно искане, както и по искане на контролните органи на медицинската експертиза.

Друг съществен проблем, който касае обаче медицинската експертиза на временната неработоспособност, е практическата невъзможност да се издаде еднолично от лекуващия лекар болничен лист при карантина (каквато е разпоредбата на чл. 37 от Наредбата за медицинската експертиза) в случаите, когато лицето преди карантината е ползвало 180 календарни дни непрекъснат отпуск за временна неработоспособност или 360 дни с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването. Това затруднение е свързано с разпоредби от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника), съгласно които лекарските консултативни комисии (ЛКК) разрешават непрекъснат отпуск за временна неработоспособност до 180 календарни дни или до 360 дни с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, като в тях се включват и дните по предхождащия еднолично издаден болничен лист, но не се включват 135-те дни от отпуска по чл. 45 от Наредбата за работното време, почивките и отпуските (чл. 26 и чл. 28). Не се предвижда изключение от това правило, с което дните временна неработоспособност поради карантина да се изключват от посочения общ брой дни временна неработоспособност – съответно от 180 без прекъсване и 360 с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването. Вследствие на това лицата, които се карантинират, но поради друго/и заболяване/я и/или увреждане/я са ползвали непрекъснат отпуск за временна неработоспособност 180 календарни дни без прекъсване или 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, за да получат болничен лист за карантина трябва да се явяват на ЛКК и ТЕЛК. Това напълно противоречи на медицинската целесъобразност болничният лист при карантина да се издава еднолично от лекуващия лекар за целия период на карантината, каквато е цитираната разпоредба на чл. 37 от НМЕ и която има основна цел да не се допуска разпространението на заразното заболяване, чрез многократно явяване на лицето пред различни органи на медицинската експертиза по време на карантина, наред с другите пациенти. Нещо повече – в тези случаи лицата са принудени да нарушават предписанието на здравните власти да не излизат от обявеното място на пребиваване през периода на карантината, за да получат направление за ЛКК, да се явят на ЛКК, да се явят на ТЕЛК за получаване на решение и

после отново да се явят на ЛКК за получаване на болничния лист въз основа на решението на ТЕЛК.

Във връзка с въпроса за временната неработоспособност по повод карантина бяха отразени предложенията на Националния осигурителен институт за допълнителни промени и в други текстове на Наредбата за медицинската експертиза и Правилника, които обхващат проблема в цялост и правят промените изчерпателни.

Третият проблем, който ще намери решение чрез предложената нормативна промяна са трудностите за постигане на нормативното изискване при освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването в състава на ТЕЛК/НЕЛК да се включват специалисти по трудова медицина, радиобиология или радиационна хигиена и по професионални болести, които председателстват заседанията на комисията. Това изискване е определено в чл. 11, чл. 13 и чл. 19 от Правилника. Текст със сходно съдържание и идентично по смисъл се съдържа и в Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести (чл. 3, ал. 1).

Проблемът, свързан с окомплектоване на ТЕЛК/НЕЛК при освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, е обусловен от недостатъчния брой специалисти по професионални болести в страната и невъзможността те да бъдат осигурени във всички състави на ТЕЛК и в НЕЛК.

По данни на Националния център по обществено здраве и анализи за 2020 г. броят на специалистите по професионални болести е изключително малък – 17 за цялата страна, като тяхното разпределение по области е следното: Варна – 4, София-град – 3, Пловдив – 3, Плевен – 3, Стара Загора – 2, Сливен – 1 и Ямбол – 1. Интерес за зачисляване за специализация по тази медицинска специалност липсва, тъй като липсва договаряне по Национален рамков договор в болничната и извънболничната медицинска помощ по професионални болести. Предвид факта, че 9 от 17-те налични в страната специалисти по професионални болести са на възраст над 60 години и поради липсата на интерес към специалността на новозавършващите лекари, се очертава постепенното изчерпване на ресурсите по тази медицинска специалност.

Същите тенденции на намаляване броя на специалистите се наблюдават и по отношение на медицинските специалности „Радиобиология“ (общо 13, от които 12 в гр. София и 1 в гр. Пловдив) и „Радиационна хигиена“ (общо 4, от които 3 в гр. София и 1 в гр. Варна).

Всичко това налага да се предприемат действия, които да осигурят ресурсно медицинската експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията, като единствената възможност това да се случи, без да рефлектира върху качеството на експертизата, е да се регламентира равнопоставеност при този вид експертиза между специалистите по професионални болести и по трудова медицина.

Тази възможност се обуславя от компетентността на специалистите по трудова медицина и функциите на службите по трудова медицина:

Професионалните компетентности на специалистите по трудова медицина са свързани с опазване на здравето на работещите - трудово-медицински проблеми, свързани с факторите на трудовия процес (физични, токсико-химични, биологични и др.) – физиология и психология на труда, оценка на здравното състояние и експертиза на работоспособността, оценка на работното място, оценка и управление на професионалния риск, професионални болести и др. Функциите на службите по трудова медицина са свързани с наблюдение и анализ на здравното състояние във връзка с условията на труд на всички обслужвани работещи, включително и на тези с повишена чувствителност и намалена резистентност, като за целта се извършват периодични медицински прегледи и изследвания, имащи за цел ранното откриване на изменения в организма в резултат от въздействия на работната среда и трудовия процес. В тази връзка службите по трудова медицина изготвят заключение за пригодността на работещия да изпълнява даден вид работа.

Във връзка с промяната, касаеща осигуряване на оптимално функциониране на ТЕЛК и НЕЛК при експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионалния характер на заболяванията, бяха приети допълнителните предложения, направени от Националния осигурителен институт. Те са свързани с прецизиране на текста, касаещ окомплектоването състава на ТЕЛК/НЕЛК при този вид експертиза, както и премахване на ненужното повтаряне на една и съща разпоредба в различни нормативни актове.

Допълнително бяха взети предвид още две предложения на НОИ, едното от които е свързано с предвиждането на отлагателен срок на влизане в сила на промените, касаещи временната неработоспособност при карантина, а другото – прецизиране на текстовете в Правилника, касаещи освидетелстването на лица, които живеят в чужбина и имат осигурителен стаж в нашата страна назад през годините.

Целите на предложената промяна в Приложение №1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти“, са следните:

- Постигане на по-голяма прецизност по отношение на критериите, въз основа на които се извършва оценката на уврежданията предвид динамиката в развитието, различните етапи и стадии на едно и също заболяване;
- Актуализиране величината на определени проценти, съответстващи на отделни отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в съответствие на съвременните достижения на медицинската наука и практика, включително на по-големите възможности за терапевтично повлияване;
- Премахване на несъответстващата на медицинската логика зависимост между процентите и възрастта на лицето при доказани генетични аномалии;
- предоставяне на възможност за освидетелстване само за дефинитивното увреждане, когато лицето има множество увреждания, някои от които не са дефинитивни, при което получава пожизнен срок на инвалидност, с право да се яви за ново преосвидетелстване по свое желание;
- определяне на пожизнен срок на инвалидност на някои отправни точки от Приложение № 1 към Наредбата за медицинската експертиза, обусловен от безспорния от медицинска гледна точка дефинитивен характер на съответните заболявания/състояния.

Така например при болестта на Чандлър, която е бързо развиващо се заболяване (Част първа Заболявания на опорно-двигателния апарат, раздел VII Асептични некрози), придружено с мъчителна, продължителна и неповлияваща се от обезболяващи средства болка, водеща до допълнителен дискомфорт на пациентите и налагащо оперативно лечение именно в ранния стадий, е целесъобразно процентът, определен за началния стадий да се повиши с 10 пункта - от 40 на 50. Тези болни се нуждаят от подкрепа именно в ранния стадий на болестта за да възстановят работоспособността си и да се предотврати тежка деформация на главата на бедрената кост, налагаща ендопротезиране. Съществено условие, което има за цел да обективизира състоянието, е документирането с ядрено-магнитен резонанс.

В раздел IX Увреди на долните крайници, към т. 1 се добавя възможност за оценка и при ендопротезиране на две различни големи стави, като в този случай се определя процент (75), съответстващ на двустранно протезиране на един вид става. В случая става въпрос за пропуск на нормативната уредба, който е необходимо да бъде компенсиран,

тъй като част от лицата са изключени от възможността да бъдат оценени правилно и следователно са оцетени. Аналогични са причините за промяна и по отношение на случаите в т. 18 (вродена луксация на тазобедрената става), при които понастоящем са пропуснати тези с двустранна форма на вродена илиачна луксация на тазобедрената става.

В същия раздел, в т. 17 се определя дефицитът при различните степени на ограничени движения на тазобедрената става. Предлага се увеличаване на процентите съответно за едностранно (от 20 на 30) и за двустранно (от 50 на 71) ограничение на движенията при средната степен. Мотив за тази промяна е твърде голямата разлика в процентите при средната (20-50% понастоящем) и при тежката степен на тези ограничени движения (50 – 100% понастоящем), която не съответства на практическата разлика в степените на функционален дефицит при лицата от посочените в т. 17 случаи.

С въвеждане на по-правилна терминология е свързана промяната в раздел II Умствена ограниченост на Част втора Психични болести, където терминът „специални училища“ е заменен с „ресурсно подпомагане“ в съответствие на съвременните понятия, които се използват в тази област на обществения живот. Освен това настоящата редакция в тази част има ограничителен характер по отношение правото на всяко дете да се обучава в общообразователната система и противоречи на съществуващото законодателство и политиката за приобщаващо образование. Не е целесъобразно медицинската експертиза да съдържа препратки относно възможностите за обучение и развитие на децата, тъй като нейното предназначение е съвсем друго и е насочено единствено към определяне на функционалния дефицит. Същата причина е в основата на промяната и в т. 1.1. на раздел IX Психични отклонения в детска възраст.

В същия раздел IX (Психични отклонения в детска възраст) от т. 2.2 и т. 2.3. са премахнати термините „паратимия“ и „парабулия“, тъй като те не са точни, не са свързани с генерализираните разстройства на развитието и не могат да бъдат срещнати в първичната медицинска документация (епикризи, консултации, етапни епикризи) на тези деца, т.е. касае се за неточност в медицинската терминология.

Следващите промени касаят Част трета Ушни, носни и гърлени (УНГ) заболявания:

В раздел I Слухов анализатор са прецизирани диапазоните на намаление на слуха от гледна точка на тяхното не припокриване.

В раздел II Вестибуларни нарушения, случаите се прецизират от гледна точка на степен на тежест, като се взема предвид и възможността за терапевтично повлияване при леката степен.

В раздел III Носни и гърлени заболявания са премахнати две състояния (т. 1 Състояние след фрактура на назалните кости с леки остатъчни изменения, непречещи на дишането и т. 6 Хронично гнойно възпаление на околоносните кухини при засягане на двата синуса), при които формираният дефицит е нищожно малък (съответно 5 и 10 %) и на практика няма значимост за формирането на общия дефицит, дори при множество увреждания.

Следващата промяна засяга раздел VI Злокачествени новообразувания на ларинго-ото-рино (ЛОРО) органите и касае т. 9. Резекция на езика. При трите състояния (частична резекция, хемирезекция и глосектомия) процентите са повишени, в съответствие на функционалния дефицит, обусловен от степента (тежестта) на резекция. Направена е и корекция на т. 11, съгласно която резекцията на фаринкса и резекцията на ларинкса ще могат да се разглеждат и по отделно, като две самостоятелни увреждания, а не както сега – задължително в съвкупност.

В Част пета Очни заболявания допълнението в раздел II Периферно зрение на понятията „хомонимна“ и „хемианопсия“, е свързано с технически пропуск в текста, който понастоящем го прави неизчерпателен. Обединяват се и двете състояния, отразени в т. 3.2. и т. 3.3., тъй като на практика те са идентични по степен на формирания дефицит, като се запазва по-високия и съответстващ процент – 80.

Промяната в т. 1 от раздел III Парализа е свързана с уточнение, че придобитата липса на акомодация касае лицата до 40-годишна възраст, като по този начин се елиминират възрастово обусловените промени, които са физиологични от гледна точка на естественото стареене на организма и за които не би следвало да се определя степен на увреждане.

Точка 2 от същия раздел се отменя, тъй като тези увреждания се включват в оценката по част 5 Очни заболявания, раздел 1 Зрителна острота при определяне на функционален дефицит на едното или на двете очи.

По същите причини се отменят раздел IV Мидриаза и раздел V Смутена адаптация, както и т. 1, т. 3, т. 5 и т. 7 от раздел VI Болести на придатъците на окото и на очните мускули – оценката по изброените раздели и точки се включва в тази по Част 5 Очни заболявания, раздел 1 Зрителна острота. В случая се премахва дублиране на оценки.

В раздел VII Липса на леща остава само едно състояние - липса на леща в единственото око, тъй като останалите състояния са свързани с лечебни мероприятия, при които се постига пълно или частично възстановяване, като при частично възстановяване оценката се прави по Част 5 Очни заболявания, раздел 1 Зрителна острота.

Сходни са причините за промяна и в следващия раздел VIII Общи правила на Част 5 - точка 3 отпада поради това, че оценката се включва в тази по раздел I. В този раздел се променя и т. 4, касаеща уврежданията на зрението при хронични заболявания - доказани с обективни изследвания, при които са проведени многократни лазерни/оперативни лечения. Промяната е свързана с прецизиране на причините за формирания дефицит, като акцентът се поставя на възникналия функционален дефицит на органа или системата (в случая зрителния анализатор), а не на конкретната диагноза на хроничното заболяване, обуславящо този дефицит. Освен това при този вид хронични заболявания обичайно се провежда лазерно/оперативно лечение, което има коригиращ ефект върху увреждането на зрението, което трябва да се отчете. Тези корекции на зрението са свързани с последващи ежегодни периодични наблюдения с обективни изследвания, които са в основата на преценката относно величината на увреждането – налично ли е то и дали се променя във времето.

Следващите промени са в Част шеста Белодробни болести, раздел V Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи. При наличие на рецидив, близки и далечни метастази, в зависимост от давността на процеса, случаите се разделят на три групи, със съответната оценка. Мотивите за това е по-добрата преживяемост при съвременните методи на лечение и необходимостта тези етапи да бъдат разграничени и по отношение на оценката.

Допълненията в раздел XI Степени на функционалните нарушения, към същата част, са свързани с неясните понастоящем критерии за определяне на оценката и на практика представляват възстановяване на по-стара редакция на същите текстове, отпреди промяната на НМЕ от 03.08.2018 г. В тази връзка се добавят допълнителни обективни критерии за определяне степента на функционалните нарушения при белодробните болести, така че да няма възможност за двусмислие, в резултат на което се поражда субективизъм при оценяването.

В Част седма Нервни болести, първата промяна е допълнение на третото тире към т. 1.4., което има за цел да направи текста по-пълен и по-ясен, тъй като сегашната

формулировка не е изчерпателна относно това при какви оперативни интервенции става приравняването с оценката по т. 1.3.

Следващата промяна в тази част е отпадането на т. 3.1. (патологична симптоматика без двигателен дефицит – 20%), тъй като липсата на последната, сама по себе си не предполага определяне на степен на увреждане.

Допълненията в т. 4, касаещи епилепсията, са с цел поясняване на тежестта на състоянието в зависимост от честотата на епилептичните припадъци.

Повишаването стойността на процента (от 60 на 70), който се определя при високостепенни стенози при неоперирани съдово-мозъчни аномалии без неврологичен дефицит (т. 6.3), се обуславя от несъответствието с изискванията и класификацията на Световната здравна организация, в резултат на което лицата с увреждания се поставят в неравностойно положение.

Последната промяна в тази част е в т. 15 (Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и състояния, водещи до хронично персистиращи радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит), като текстът на настоящата т. 15.3 се разделя на две точки, в зависимост от това дали става въпрос за оперирани лица, без остатъчен двигателен дефицит или за лица, които са оперирани неколккратно, без повлияване, с усложнения и остатъчен двигателен дефицит. Това разделяне е целесъобразно от гледна точка на оценяване на формирания дефицит, тъй като обуславя коренно различно състояние на лицата, което трябва да намери израз и в различния процент, съответстващ на двете състояния.

Допълнението в т. 2.3. на раздел IX Пикочни органи (Част осма Хирургични заболявания) има за цел да направи текста изчерпателен по отношение на всички състояния, които обуславят най-високия процент функционален дефицит след отстраняване на малигнен тумор на пикочния мехур.

В Раздел X Мъжки полови органи от същата част, са прецизирани т. 6.1. и т. 6.2, като и в двата случая отпадат съществуващи понастоящем условности, които не са целесъобразни. По този начин акцентът остава върху стадия и развитието на малигнения процес, които са от съществено значение за формирания дефицит, а не върху вида на оперативната интервенция и провежданата консервативна терапия.

В Раздел XII от Част осма, т. 7 (За злокачествено заболяване in situ) и забележката след нея са допълнени така, че да става напълно ясно каква е връзката между посочените състояния и Международната класификация на болестите – X ревизия (за кои кодове по МКБ-10 става въпрос).

В Част девета Вътрешни болести първите промени са в раздел I Захарен диабет. Съществената промяна тук е свързана с елиминиране на провежданата терапия като основен фактор за определяне на степента на увреждане, а като такъв се извежда формирания функционален дефицит в резултат на увреждането. В зависимост единствено от броя на усложненията се определя и оценката, като тя е завишена (в процентно изражение) в част от посочените състояния. По-висок процент е определен и при децата до 16 годишна възраст със захарен диабет – от 50 на 80. Захарният диабет остава едно от най-разпространените сред населението хронични инвалидизиращи заболявания, което постепенно разгръща симптоматиката си чрез увреждане на различни органи и системи в човешкия организъм, в резултат на което се обективизират различни по брой и степен на изява усложнения. Именно броят на тези усложнения, а не провежданата терапия или броят на засегнатите органи, се оказва най-обективният критерий за определяне на различното състояние и съответно – на функционалния дефицит при лицето.

Промяната в раздел II Болести на щитовидната жлеза е свързана с добавяне на някои условия при определяне на здравното състояние (наличие на локални и далечни метастази), разграничаване на видовете карцином (по степен на диференцираност, от което зависи степента на злокачественост), както и разграничаване на времевите етапи от гледна точка на давността на процеса при тях.

Подобно разграничаване, в зависимост от давността на злокачественото заболяване, е направено и по отношение на злокачествените тумори на надбъбречните жлези в раздел IV Болести на надбъбречните жлези, при по-тежката форма (наличие на метастази или при иноперабилни карциноми).

В раздел VIII Други болести на обмяната е премахната възрастовата зависимост на функционалния дефицит, тъй като заболяванията в този раздел, обуславящи смущенията на обмяната, прогресират през годините, лечението обичайно е само поддържащо и уврежданията вследствие на тях са необратими и задълбочаващи се. В тази връзка възрастовото разделяне не е целесъобразно и по-скоро е дискриминационно.

В раздел XI Генетични аномалии е премахната забележката, която също определя различна оценка в зависимост от възрастта - за децата до 3 години и над 3 години, тъй като това разделение е нецелесъобразно от гледна точка на развитието на този вид заболявания и дефицита, който те обуславят, включително и потребността от чужда помощ. Текстът на трите точки към този раздел е прецизиран от гледна точка на пълнота и коректност.

В Раздел XVII Злокачествени кръвни заболявания от Част девета в няколко точки е направено допълнение на думата „включително“, което има за цел да направи текстовете по-прецизни и изчерпателни по отношение на случаите, които попадат в тях, като въпросните състояния не се ограничават единствено до случаите на постигната ремисия, а се отнасят за съответния посочен времеви период, включително и при постигната ремисия.

Промяната в раздел XIX Болести на бъбреците и пикочните пътища, включва разграничаване на подстепенни на хроничната бъбречна недостатъчност в рамките на умерената степен (т. 5.2), на които съответстват различни проценти, в зависимост от нивата на серумния креатинин. Понастоящем умерената степен се определя като едно състояние, със съответстващ процент – 60.

В раздел XXIII Заболявания на опорно-двигателния апарат е прецизиран трети стадий на ревматоидния артрит (т. 4) с изразен ортопедичен функционален дефицит, като се изключва зависимостта от наличието на възпалителна активност, тъй като тя не повлиява дефицита. При болестта на Бехтерев (т. 6) се разграничават повече на брой степени на функционален дефицит, което има за цел по-прецизното оценяване и следователно - елиминиране на субективизма. Добавена е и нова точка (7), касаеща децата с доказан ювенилен хроничен артрит, като са предвидени три степени на тежест, на които съответстват различни проценти – съответно 50, 80 и 100.

В последната Част десета Кожни болести промените касаят злокачествените тумори на кожата, като са прецизирани стадите и съответстващите им проценти.

Пряко свързана с горните цели, относно промяната в Приложение № 1, е и промяната, въз основа на допълнителните предложения в периода на обществените консултации, по отношение възможността за избор пред лицата с множествени увреждания, някои от които не са дефинитивни, която има за цел те да изберат по-благоприятния за тях вариант – да се освидетелстват за всички увреждания (дефинитивни и недефинитивни) с определен срок на инвалидност или да се освидетелстват само за дефинитивното увреждане, с пожизнен срок на инвалидност.

В тази връзка е и определянето на пожизнен срок на инвалидност на конкретни отправни точки, при които не е възможно обратимо развитие на състоянието.

Целите на допълнението на Правилника по отношение на изключенията, при които дните временна неработоспособност поради карантина се изключват от общата продължителност от 180 дни непрекъснат отпуск по болест, които ЛКК имат право да разрешат, както и от общата продължителност от 360 дни отпуск по болест с прекъсване

в две предходни календарни години и в годината на боледуването, които изискват решение на ТЕЛК, са:

- Синхронизиране на разпоредбата на чл. 37 от Наредбата за медицинската експертиза, съгласно която болничен лист за карантина се издава еднолично от лекуващия лекар за срока на карантинния период и разпоредбите на чл. 26, ал. 1 и чл. 28, ал. 1, т. 3 от Правилника, съгласно които понастоящем лицата при достигане на 180 дни непрекъснат отпуск за временна неработоспособност или 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, при карантина трябва да бъдат насочени от ЛКК към ТЕЛК за уреждане на временната неработоспособност на лицето;
- Оптимизиране на процедурата по издаване на болничен лист при карантина на болен или контактен осигурен, наложена съгласно разпоредбите за борба със заразните болести, в съответствие на протиепидемичните мерки, насочени срещу разпространението на инфекциозното заболяване, като не се допуска явяване на лицето пред ЛКК и ТЕЛК по време на карантина, наред с другите пациенти, за уреждане на временната неработоспособност;
- Улеснение на карантинираните лица да получат еднолично издаден болничен лист за карантината от лекуващия лекар, без да се налага да посещават ЛКК и ТЕЛК, когато преди това са ползвали съответния нормативно определен брой дни отпуск по болест – 180 дни без прекъсване или 360 дни с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването;
- Освобождаване на ЛКК и ТЕЛК от ангажираността по отношение разрешаването на временната неработоспособност при карантина на болен или контактен осигурен.

Допълнението в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи и в Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести, по отношение изискванията към състава на ТЕЛК и НЕЛК при осъществяване на медицинска експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, има за цел да осигури окомплектоване на ТЕЛК и НЕЛК за целите на медицинската експертиза по

повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията, без да се занижават изискванията към качеството на този вид експертиза. Допълнително прието предложение е това на НЕЛК, да отпадне председателството на заседанията в тези случаи от страна на специалистите по трудова медицина и по професионални болести.

Преките финансови разходи, свързани с медицинската експертиза, се отнасят до функционирането на органите на медицинската експертиза и включват:

- разходи за възнаграждения на лекарите и другите лица, работещи в ТЕЛК и НЕЛК, които са обект на индивидуално договаряне между ръководителите на лечебните заведения (търговски дружества), към които са разкрити ТЕЛК/директора на НЕЛК и съответните длъжностни лица;

- разходи във връзка с прилагането на Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения, в частта субсидиране за медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, като субсидирането е на база брой издадени и отчетени експертни решения на ТЕЛК (29 лв. за брой);

- разходи за извършване на изследвания и консултации за подготовка на лицата преди осъществяване на самата медицинска експертиза, както и за допълнително поискани от ТЕЛК изследвания и консултации в хода на процедурата по освидетелстване - дейността на лечебните заведения, свързана с изясняването и уточняването на здравословното състояние на здравноосигурените лица и с подготовката им за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК, включително извършването на високоспециализираните и скъпоструващите медико-диагностични изследвания, свързани с процеса на медицинската експертиза, по искане на ТЕЛК и НЕЛК, се финансира от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за здравноосигурените лица;

- лични разходи на лицата, които не са осигурени по Закона за здравното осигуряване и които заплащат консултациите и изследванията, свързани с подготовката им за освидетелстване и преосвидетелстване по повод ТНР/ВСУ.

Предложената нормативна промяна в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти не променя размера на горепосочените финансови разходи, свързани с осъществяването на медицинската експертиза.

Разходите на държавното обществено осигуряване, свързани с осигуряването на социални права за лицата с увреждания, към момента не могат да се определят, тъй като се очаква известно преразпределение на броя на лицата помежду категориите, ползващи определени социални права в зависимост от определения процент трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане, в съответствие на част от промените, свързани с повишаване на процентите, съответстващи на отправните точки.

Промяната, касаеща временната неработоспособност при карантина, също няма финансово изражение. Валидни са горните разсъждения за отделните компоненти от финансирането на дейностите по медицинска експертиза.

Що се отнася до промяната в Правилника, с която се определя възможност за взаимозаменяемост на специалистите по професионални болести и тези по трудова медицина в съставите на ТЕЛК/НЕЛК, предвид това, че отпада задължителното изискване за осигуряване и на двата вида специалисти, тя ще доведе до намаляване на разходите за съответните лечебни заведения, към които са разкрити ТЕЛК, както и за НЕЛК.

Очакваните резултати от предложената нормативна промяна по трите направления, съответстващи на представените по-горе проблеми, са следните:

Прилагането на промените в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане ще доведе до по-прецизно, съответстващо на здравното състояние и по-справедливо оценяване на функционалния дефицит при лицата, като ще се отчитат редица фактори, свързани с етапите на заболяванията, съчетаването на увреждания от един и същи вид и др. Ще се премахне несправедливото обвързване на увреждането при доказани генетични аномалии с възрастта на лицето. Значителен ефект се очаква от промяната, с която се дава възможност за избор на лицата, които имат множествени увреждания, дали да се освидетелстват само за дефинитивното състояние с пожизнен срок на инвалидност или за всички увреждания с определен срок на инвалидност. При всички случаи, тази промяна ще доведе до намаляване на случаите на преосвидетелстване, с което ще бъдат улеснени както хората с увреждания, така и ТЕЛК и НЕЛК. В същата насока ще бъдат последиците и във връзка с определянето на пожизнения срок на инвалидност на значителен брой отправни точки в Приложение № 1.

Допълнението на Правилника, с което дните временна неработоспособност поради карантина се изключват от лимитирания брой дни, дадени от ЛКК без прекъсване (180) или с прекъсване в двете предходни години и в годината на боледуването (360), ще

даде възможност безпрекословно да се изпълнява разпоредбата на чл. 37 от НМЕ, съгласно която болничният лист за карантина се издава еднолично от лекуващия лекар за целия период. Това ще улесни както заинтересованите лица, като няма да се налага да посещават различни органи на медицинската експертиза в условията на карантина, така и ЛКК и ТЕЛК, които няма да бъдат ангажирани с този вид експертиза.

Допълнението в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи и в Наредбата за медицинската експертиза, по отношение изискванията към състава на ТЕЛК и НЕЛК при осъществяване на медицинска експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, ще позволи взаимозаменяемост между специалистите по професионални болести и тези по трудова медицина. С това ще се осигури оптимална кадрова осигуреност на ТЕЛК и НЕЛК и оптимално протичане на медицинската експертиза по отношение на професионалните болести.

Нормативната промяна, с която се решават споменатите по-горе проблеми, касае само Наредбата за медицинската експертиза, Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи и Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

Приемането на проекта на нормативен акт няма да доведе до въздействие върху държавния бюджет, поради което е приложена финансова обосновка по Приложение № 2.2 към чл. 35, ал. 1, т.4, буква "б" от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация.

Обществените отношения, предмет на нормативната промяна, не са регламентирани в европейското законодателство. Те са въпрос на национално решение и са от компетентността на отделените държави-членки. Това произтича от разпоредбата на чл. 168, параграф 7 от Договора за функциониране на Европейския съюз, която предвижда изключителна компетентност на държавите-членки по определяне на здравната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи.

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ,

**УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА ЗАМ. МИНИСТЪР-
ПРЕДСЕДАТЕЛИ,**

УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА МИНИСТРИ,

С оглед гореизложеното и на основание на чл. 8, ал. 2 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация, предлагам да бъде приет проектът на Постановление за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. (обн., ДВ, бр. 51 от 2017 г.; изм. и доп. бр. 62 и 64 от 2018 г., бр. 46 и 84 от 2019 г.; Решение № 1632 на Върховния административен съд от 2020 г. – бр. 63 от 2020 г. и доп. бр. 79 от 2020 г.)

С уважение,

Д-Р СТОЙЧО КАЦАРОВ

Министър на здравеопазването



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

№..... 2021 г.

за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с
Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. (обн., ДВ, бр. 51 от 2017 г.; изм. и
доп. бр. 62 и 64 от 2018 г., бр. 46 и 84 от 2019 г.; Решение № 1632 на Върховния
административен съд от 2020 г. – бр. 63 от 2020 г. и доп. бр. 79 от 2020 г.)

МИНИСТЕРСКИЯТ СЪВЕТ

ПОСТАНОВИ:

§ 1. В чл. 3, ал. 4 изречение второ се изменя така:

„В заседанията участват специалисти по трудова медицина и/или по професионални болести, а когато заболяването е свързано с въздействие на йонизиращи лъчения в заседанието може да се включи и специалист по радиобиология или радиационна хигиена.“.

§ 2. В чл. 13 се правят следните допълнения:

1. В ал. 1 се създава изречение второ:

„В посочените 14 дни, съответно 40 дни, не се включват дните за временна неработоспособност поради карантина.“.

2. В ал. 2 накрая се поставя запетая и се добавя „с изключение на случаите на временна неработоспособност поради карантина.“.

§ 3. В чл. 55, ал. 1 думите „чл. 40, ал. 10“ се заменят с „чл. 40, ал. 13“.

§ 4. В чл. 69 се правят следните изменения и допълнения:

1. В ал. 7 изречение второ се заличава.

2. Създава се ал. 8:

„(8) Преосвидетелстване на лицата по ал. 4 и 7 може да се извърши по тяхно искане или по искане на контролните органи на медицинската експертиза.“.

§ 5. Създава се чл. 69а:

„Чл.69а. (1) Изключение от случаите по чл. 69, ал. 5, се допуска при множествени увреждания, някои от които не са дефинитивни, но лицето иска да бъде освидетелствано/преосвидетелствано само по отношение на тези от тях, които са дефинитивни състояния. В тези случаи лицето може да представи към заявлението-декларация по чл. 56, ал. 1 от правилника медицински документи, съдържащи резултати от медико-диагностични изследвания и консултации, свързани само с увреждания, които са дефинитивни състояния. В тези случаи се определя пожизнен срок на инвалидност.

(2) Преосвидетелстване на лицата по ал. 1 може да се извърши по тяхно искане или по искане на контролните органи на медицинската експертиза.“.

§ 6. В приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 се правят следните изменения и допълнения:

1. В част първа „Заболявания на опорно-двигателния апарат“ се правят следните изменения и допълнения:

а) точка 2.4. от Раздел VI „Туморни заболявания на опорно-двигателния апарат“ се изменя така:

„2.4. след петата година – 50 % с пожизнен срок.“.

б) точка 2.1 от раздел VII „Асептични некрози“ се изменя така:

„2.1. начален стадий – 50 %, състоянието следва да се документира с МРТ;“.

в) Раздел VIII „Увреждания на горните крайници“:

аа) точка 1 се изменя така:

„1. Загуба на двете предмишници или ръце – 100 % с пожизнен срок.“.

бб) точка 2 се изменя така:

„2. Загуба на една предмишница и една подбедрица – 100 % с пожизнен срок.“.

вв) точка 3 се изменя така:

„3. Загуба на една ръка в раменната става или с много къс ампутационен чукан на мишницата – 95 % с пожизнен срок.“.

гг) точка 4 се изменя така:

„4. Загуба на едната ръка на ниво мишница или лакътна става – 80 % с пожизнен срок.“.

дд) точка 5 се изменя така:

„5. Загуба на едната ръка на ниво предмишница – 71 % с пожизнен срок.“.

ее) точка 6 се изменя така:

„6. Загуба на едната ръка на ниво предмишница с чукан до 7 cm – 75 % с пожизнен срок.“.

жж) точка 7 се изменя така:

„7. Загуба на ръка на ниво радиокарпална става – 60 % с пожизнен срок.“.

зз) точка 27 се изменя така:

„27. Загуба на дисталната фаланга на палеца – 10 % с пожизнен срок.“.

ии) точка 28 се изменя така:

„28. Загуба на дисталната фаланга и половината от основната фаланга на палеца – 20 % с пожизнен срок.“.

йй) точка 29 се изменя така:

„29. Загуба на един палец – 30 % с пожизнен срок.“.

кк) точка 30 се изменя така:

„30. Загуба на двата палеца – 60 % с пожизнен срок.“.

лл) точка 31 се изменя така:

„31. Загуба на един палец с метакарпалната кост – 40 % с пожизнен срок.“.

мм) точка 32 се изменя така:

„32. Загуба само на показалеца, на средния или на четвъртия пръст – 10 % с пожизнен срок.“.

нн) точка 33 се изменя така:

„33. Загуба на дисталните фаланги само на II, III или IV пръст – 5 % с пожизнен срок.“

оо) точка 34 се изменя така:

„34. Загуба на петия пръст – 5 % с пожизнен срок.“

пп) точка 35 се изменя така:

„35. Загуба на два пръста с пожизнен срок.“

рр) точка 36 се изменя така:

„36. Загуба на три пръста – 50 % с пожизнен срок.“

сс) точка 37 се изменя така:

„37. Загуба на четири пръста – 60 % с пожизнен срок.“

тт) точка 38 се изменя така:

„38. Загуба на II, III, IV и V пръст на двете ръце – 80 % с пожизнен срок.“

уу) точка 39 се изменя така:

„39. Загуба на всичките пет пръста на една ръка – 60 % с пожизнен срок.“

фф) точка 40 се изменя така:

„40. Загуба на всичките десет пръста – 100 % с пожизнен срок.“

хх) точка 41 се изменя така:

„41. Ендопротезиране на раменна, лакътна и гривнена става с пожизнен срок.“

г) в раздел IX „Увреди на долните крайници“:

аа) точка 1 се изменя така:

„1. Ендопротезиране на тазобедрена, колянна и глезенна става с пожизнен срок.“

бб) създава се т. 1.3:

„1.3. ендопротезиране на две различни големи стави – 75 %.“;

бб) точка 2 се изменя така:

„2. Загуба на двата крайника на ниво бедро – 100 % с пожизнен срок.“

вв) точка 3 се изменя така:

„3. Загуба на единия крайник на ниво бедро и на другия на ниво подбедрица – 100 % с пожизнен срок.“

гг) точка 4 се изменя така:

„4. Загуба на един крак и ръка на ниво подбедрица и предмишница – 100 % с пожизнен срок.“.

дд) точка 5 се изменя така:

„5. Загуба на един крак в тазобедрената става или много къс чукан на бедрото – 95 % с пожизнен срок.“.

ее) точка 6 се изменя така:

„6. Загуба на крак на ниво дистално от малкия трохантер на бедрото или дезартикулация на коляно – 91 % с пожизнен срок.“.

жж) точка 7 се изменя така:

„7. Загуба на крайник на ниво подбедрица – 75 % с пожизнен срок.“.

зз) точка 8 се изменя така:

„8. Загуба на крак на ниво подбедрица при незадоволително състояние на функцията на ампутационния чукан и колянната става – 80 % с пожизнен срок.“.

ии) точка 9 се изменя така:

„9. Загуба на двата крака на ниво подбедрица с пожизнен срок.“.

йй) точка 10 се изменя така:

„10. Частична загуба на ходилото с пожизнен срок.“.

кк) точка 10.2. се изменя така:

„10.2. Ампутация по Шопарт с пожизнен срок.“.

лл) точка 10.3. се изменя така:

„10.3. ампутация по Листфранк или в областта на метатарзалните кости по Шарп: с пожизнен срок“.

мм) точка 11 се изменя така:

„11. Загуба на един пръст, включително палеца – 10 % с пожизнен срок.“.

нн) точка 12 се изменя така:

„12. Загуба на палеца заедно с главата на метатарзалната кост – 20 % с пожизнен срок.“.

оо) точка 13 се изменя така:

„13. Загуба от втори до пети пръст включително или от първи до трети пръст включително – 30 % с пожизнен срок.“.

пп) точка 14 се изменя така:

„14. Загуба на всички пръсти на двете ходила – 40 % с пожизнен срок.“.

рр) точка 15.2. се изменя така:

„15.2. с невъзможност за самостоятелно придвижване – 100 % с пожизнен срок.“.

сс) в т. 17.2.1. числото „20“ се заменя с „30“;

тт) в т. 17.2.2. числото „50“ се заменя със „71“.

уу) създава се т. 18.4:

„18.4. вродена двустранна илиачна луксация на тазобедрената става – 71 %.“.

2. В част втора „Психични болести“:

а) в Раздел I „Органично-мозъчни психични смущения“ се правят следните изменения:

аа) точка 2.3.2. се изменя така:

„2.3.2. много тежки – 95 % (напреднал разпад на личността, с необходимост от ежедневни грижи) с пожизнен срок;“.

бб) точка 2.4. се изменя така:

„2.4. тежки невъзвратими – 100 % (тежък и необратим разпад на личността) с пожизнен срок.“.

б) в раздел II „Умствена ограниченост“ се правят следните изменения:

аа) в т. 1 след думите „в специални училища“ се поставя запетая и се добавя „в центрове за специална образователна подкрепа или с ресурсно подпомагане“;

бб) в т. 2.1 думите „в специално училище“ се заменят с „при обучение в специално училище, в центрове за специална образователна подкрепа или с ресурсно подпомагане“.

вв) точка 2.2. се изменя така:

„2.2. при по-силно изразени ограничения на възможностите за вграждане в обществото, с тежка липса на самостоятелност, със затруднен до липсващ говор, възможност за занимание само в заведения за лица с психични заболявания – 100 % с пожизнен срок.“

в) в раздел IX „Психични отклонения в детска възраст“ се правят следните изменения:

аа) точка 1.1. се изменя така:

„1.1 ограничения в умствените възможности, с леко ограничение на комуникативните умения и способността за разбиране и известни обучителни затруднения - 30%;“;

бб) в т. 2.2. думата „паратимия“ се заличава;

вв) в т. 2.3. думите „паратимия, парабулия“ се заличават.

3. В част трета „Ушни, носни и гърлени (УНГ) заболявания“:

а) в раздел I „Слухов анализатор“ се правят следните изменения:

аа) точки 2, 2.1., 2.1.1., 2.1.2., 2.1.3., 2.2., и 2.3. се изменят така:

„2. Намаление или загуба на слуха:

2.1. намаление на слуха:

2.1.1. от 36 до 45 dB – 15 %;

2.1.2. от 46 до 55 dB – 35 %;

2.1.3. от 56 до 65 dB – 50 %;

2.2. загуба на слуха (от 66 до 90 dB СЗ) – 60 % с пожизнен срок.

2.3. пълна загуба на слуха (над 90 dB СЗ - глухота) - 91 % с пожизнен срок.

Оценката на функционалния дефицит на слуховия анализатор се прави след изследване на тонална прагова аудиометрия (костна и въздушна проводимост) с оглед кохлеарен резерв и възможност за слухопротезиране, с корекция на показателя на полезно действие на слуховата протеза с 20 dB, като се ползва таблицата на Клодил Портман. При трудова злополука и професионални увреждания, доказани с Протокол за професионално разследване от НОИ, не се прави корекция с КПД, а се изчислява направо от таблицата.

Таблица на Клодил Портман			Глухо ухо или по-малко чуващо ухо				Р.Р. ад конхам или не чува, практически пълна глухота	
			Р.Р. (1) 4 – 5 м	Р.Р. 2 – 4 м	Р.Р. 1 – 2 м	Р.Р. 0,25 до 1 м		
а) Р.Р. – разговорна реч б) Ш.Р. – шепотна реч в) А.З. – акустична загуба на слуха в dB			Ш.Р. 0,50 – 0,80 м	Ш.Р. 0,25 – 0,50 м	Ш.Р. 0,005 м	Ш.Р. ад конхам или не чува	Ш.Р. не чува	
Нормално ухо или по-добре чуващо			А.З. 35 dB	А.З. 35 – 45 dB	А.З. 45 – 50 dB	А.З. 50 – 65 dB	А.З. 65 dB	
Р.Р. нормално	Ш.Р. нормално	А.З. 35 dB нормално	0 %	3 %	8 %	12 %	15 %	
Р.Р. (1) 4 – 5 м	Ш.Р. 0,50 – 0,80	А.З. 35	5 %	10 %	15 %	20 %	25 %	
Р.Р. 2 – 4 м	Ш.Р. 0,25 – 0,50	А.З. 35 – 45	10 %	15 %	25 %	30 %	35 %	
Р.Р. 1 – 2 м	Ш.Р. 0,005	А.З. 45 – 50	15 %	25 %	35 %	40 %	45 %	
Р.Р. 0,25 до 1 м	Ш.Р. ад конхам или не чува	А.З. 50 – 60 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	

Р.Р. ад конхам или не чува, практически пълна глухота	Ш.Р. не чува	А.З. не чува	25 %	35 %	45 %	60 %	70 %
---	-----------------	-----------------	------	------	------	------	------

Пояснение към таблицата:

а) в първи и втори хоризонтален ред са посочени разстоянията в метри (m), от които по-слабо чуващото ухо възприема разговорна и шепотна реч;

б) в трети хоризонтален ред е посочена акустичната загуба в децибели на по-слабо чуващото ухо;

в) в първа и втора колона са посочени разстоянията в метри, от които по-добре чуващото ухо възприема разговорна и шепотна реч;

г) в трета колона е посочена акустичната загуба в децибели на по-добре чуващото ухо;

д) в пресечните точки на вертикалните и хоризонталните линии на различните стойности на слуховъзприемането на двете уши е обозначен процентът на намалената работоспособност.“.

бб) точки 2.3.1. и 2.3.2. се заличават.

вв) точка 3 се заличава.

б) Раздел II „Вестибуларни нарушения“ се изменя така:

„Раздел II

Вестибуларни нарушения

1. Лека степен - при бързопреходна рецепторна (лабиринтна) кохлеовестибуларна симптоматика, с чувство на световъртеж, шум в ушите, вегетативни явления и леко смутена статокинетика:

1.1. при възможност за терапевтично повлияване - временна неработоспособност;

1.2. без възможност за терапевтично повлияване - 20%.

2. Тежка степен:

2.1. при лица с по-тежко протичащи пристъпи, с манифестна рецепторна (лабиринтна) кохлеовестибуларна симптоматика, със силен шум в ушите и намаление на слуха, соматични, сензорни и вегетативни реакции, смутена статокинетика, свръхвъзбудимост на лабиринта, хипо- или арефлексия – 40 %.

2.2. двустранно изразени вестибуларни арефлексии – 25 %.

2.3. при лица с тежко протичащи (многократно в месеца) пристъпи, с трайни слухови смущения и субективни шумове, манифестно персистираща вестибуларна симптоматика и смутена статокинетика – 70 %.“

в) в раздел III „Носни и гърлени заболявания“ се правят следните изменения:

аа) точка 1 се заличава.

бб) точка 6 се заличава.

г) в раздел VI „Злокачествени новообразувания на ларинго-ото-рино (ЛОР) органите“ се правят следните изменения:

аа) точка 1 се изменя така:

„1. Неподдаващи се на радикално лечение – 100 % с пожизнен срок.“

бб) точка 2.3. се изменя така:

„2.3. след петата година, без рецидив – 50 % с пожизнен срок.“

вв) в т. 9.1. числото „40“ се заменя с „50“;

гг) в т. 9.2. числото „60“ се заменя с „75“;

дд) в т. 9.3. числото „80“ се заменя с „95“;

ее) в т. 11 думите „фарингса и ларингса“ се заменят с „фарингса и/или ларингса“.

4. В част четвърта „Заболявания на сърдечно-съдовата система“,

а) точка 7 от раздел I „Органични сърдечни увреди“ се изменя така:

„7. Тежки, неоперабилни вродени сърдечни малформации (ВСМ), които изискват само клинично наблюдение и симптоматично лечение – 100 % с пожизнен срок.“

б) в раздел II „Сърдечни вмешателства (без инвазивните диагностични методи), клапнопротезирани с механични или биологични протези; инфекциозен ендокардит след клапно протезиране; коригирани (оперирани или след интервентни процедури) вродени сърдечни малформации; палиативно коригирани клапни дефекти без протезиране; състояние след аортокоронарен байпас; състояние след имплантиране на интракоронарен стент; състояние след перкутанна транслуменална коронарна ангиопластика (РТСА); имплантиране на постоянен кардиостимулатор; състояние след резекция на сърдечна аневризма; състояние след хирургическо лечение по повод тумори на сърцето, състояние

след трансплантация на сърце и др.“, т. 1.1. се изменя така:

„1.1. Състояние след трансплантация на сърце - 100 % с пожизнен срок на инвалидност“.

5. В част пета „Очни заболявания“:

а) в раздел II „Периферно зрение“ се правят следните изменения:

аа) в т. 3.1. думите „битемпорална и хетеронимна“ се заменят с „битемпорална, хомонимна и хетеронимна хемианопсия“;

бб) точка 3.2 се изменя така:

„3.2. отпадане на половина на периметъра при липса или пълна слепота на другото око и при непълно отпадане на половината на периметъра в единственото око – 80 %.“;

вв) точка 3.3. се заличава.

б) раздел III „Парализа“ се изменя така:

„Раздел III

Парализа

1. Придобита липса на акомодация (афакия, артифакция) на лица до 40-годишна възраст:

1.1. на едното око – 10 %;

1.2. на двете очи – 20 %.

2. Офталмоплегия:

2.1. едностранна – 25 %;

2.2. двустранна – 60 %.“.

в) раздел IV „Мидриаза“ с т.1 и т.2 се отменя.

г) раздел V „Смутена адаптация“ се отменя.

д) раздел VI „Болести на придатъците на окото и на очните мускули“ се изменя така:

„Раздел VI

Болести на придатъците на окото и на очните мускули

1. Непоправима птоза – при хоризонталното гледане зеницата е напълно закрыта:

1.1. на едното око – 40 %;

1.2. на двете очи – 91 %.

2. Диплопия – 20 %.

3. Кривогледство:

3.1. съдружно – 10 %;

3.2. паралитично – 20 %.“.

е) раздел VII „Липса на леща“ се изменя така:

„Раздел VII
Липса на леща

Липса на леща в единственото око – 30 %.“.

ж) в раздел VIII „Общи правила“ се правят следните изменения:

аа) точка 3 се отменя.

бб) точка 4 се изменя така:

„4. При хронични заболявания – аблационна болест и диабетна ретинопатия, при които са проведени многократни лазерни/оперативни лечения, доказани с обективни изследвания и има установен функционален дефицит, се определят:

4.1. на едното око – 10 %;

4.2. на двете очи – 20%.“.

вв) букви „в“ и „г“ на точка 6 се изменят така:

„в) над 5 години от диагностицирането му – 50 % с пожизнен срок;

г) при наличие на близки и далечни метастази – 100 %, независимо от периода на диагностицирането с пожизнен срок.“.

6. В част шеста „Белодробни болести“:

а) в раздел V „Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи“ се правят следните изменения и допълнения:

аа) точка 1.3. се изменя така:

„1.3 след петата година без данни за рецидив и дисеминация – 50 % с пожизнен срок.“.

бб) точка 2 се изменя така:

„2. При наличие на рецидив, близки и далечни метастази:

2.1. за първите три години след хистологична верификация – 100 %;

2.2. за четвъртата и петата година - 85 %;

2.3. след петата година - 50 % с пожизнен срок.“.

б) в раздел VIII „Белодробен тромбоемболизъм“ се правят следните изменения:

аа) в т. 1 думите „в зависимост от функционалните нарушения на дихателната и сърдечно-съдовата система“ се заличават.

бб) в т. 2 думите „в зависимост от функционалните нарушения на дихателната и сърдечно-съдовата система“ се заличават.

в) в раздел X „Други болести на белия дроб“ се правят следните изменения и допълнения:

аа) точка 1 се изменя така:

„1. Муковисцидоза – 100 % с пожизнен срок.“.

бб) точка 2 се изменя така:

„2. Липса на един бял дроб според степента на дихателната недостатъчност с пожизнен срок.“.

вв) точка 3 се изменя така:

„3. Частична резекция на белия дроб (лобектомия, билобектомия), в зависимост от дихателните нарушения – ВН или ХДН – 50 % с пожизнен срок.“.

гг) точка 6 се изменя така:

„6. Състояние след трансплантация на бял дроб – 100 % с пожизнен срок на инвалидност.“.

г) раздел XI „Степени на функционалните нарушения“ се изменя така:

„Раздел XI

Степени на функционалните нарушения

1. Лека степен – задух, превишаващ обикновен, при средно тежко натоварване или натоварване 75 – 100 W (средно тежка физическа работа); форсиран витален капацитет (ФВК) < 80 - 60 %, Тифно 80 - 60 %; форсиран експираторен обем за една секунда

(ФЕО1) 80 - 60 %; парциално напрежение на кислорода в кръвта (РаО2) - норма според възрастта 96 - 80 mmHg (12,7 до 10,6 kPa); РаСО2 - норма 45 - 35 mmHg (6 - 4,6 kPa), сатурация на кислорода (О2) - норма 95 - 97 %.

2. Средна степен – задух, превишаващ обикновен, при ежедневно леко натоварване, изкачване на стълби до един етаж (лека физическа работа), натоварване 50 – 75 W; форсиран витален капацитет (ФВК) < 60 - 40 %; Тифно 60 - 40 %, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1) 60 - 40 %; РаО2 - норма или намаление от 80 - 60 - 55 mmHg (10 - 86 kPa); сатурация на кислорода (О2) < 90 % според възрастта.

3. Тежка степен – задух при най-леко натоварване или в покой; форсиран витален капацитет (ФВК) < 40 %, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1) < 40 %; Тифно < 40 %; РаО2 < 55 mmHg; РаСО2 > 45; сатурация на кислорода (О2) < 80 според възрастта.“.

7. В част седма „Нервни болести“ се правят следните изменения и допълнение:

а) точка 1.3. се изменя така:

„1.3. след 5-ата година – 50 % с пожизнен срок;“.

б) в т. 1.4. след думата „интервенции“ се добавят „или нарастване при частична екстирпация на същите“;

в) точка 3.1. се заличава;

г) точки 4, 4.1., 4.2., 4.3., 4.4., 4.5., 4.6. и забележка 3 се изменят така:

„4. Епилепсия (според вида, тежестта и честотата на пристъпите; с обективизация на пристъпите):

4.1. Много редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, фокални пристъпи с еволюция към двустранни тонично-клонични) и фокални пристъпи (със или без нарушение на съзнанието) през интервали над една година - 30%;

4.2. Редки генерализирани конвулсивни епилептични пристъпи без или с фокални (със или без нарушение на съзнанието) без еволюция към двустранни тонично-клонични през интервали от месеци - 50 %;

4.3. Средно чести - генерализирани епилептични пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, фокални пристъпи с еволюция към двустранни тонично-клонични) през интервали от месеци, и фокални пристъпи (със или без нарушение на съзнанието) през интервали от седмици - 70%;

4.4. Много чести - генерализирани епилептични пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, фокални пристъпи с еволюция към двустранни тонично-клонични) през интервали от седмици, и фокални пристъпи (със или без нарушение на съзнанието) през интервали от дни - 80 %;

4.5. Много чести и тежки - Генерализирани конвулсивни епилептични пристъпи, включително фокални пристъпи с еволюция към двустранни тонично-клонични - ежеседмични - 95 %;

4.6. Епилептични синдроми, вкл. Епилептични енцефалопатии и медикаментозно-резистентна епилепсия с ежедневни и/или еженощни пристъпи - 100 % с чужда помощ (СЧП).

Забележка 3. Заболяването епилепсия, съгласно валидните критерии и дефиниции на ILAE (Световната Лига за Борба с Епилепсията) от 2014 г. в различните си форми се счита в ремисия, ако в продължение на 10 години, последните 5 от които без медикаментозно лечение, няма рецидив на епилептичните пристъпи.“.

д) в т. 6.3 числото „60“ се заменя със „70“;

е) точка 15.3. се изменя така:

„15.3. за оперирани лица, без остатъчен двигателен дефицит – 40 %“;

ж) създава се т. 15.4.:

„15.4. за неколккратно оперирани, без повлияване, с усложнения и остатъчен траен двигателен дефицит – 50 %.“.

8. В част осма „Хирургични заболявания“ се правят следните изменения и допълнения:

а) в раздел V „Болести на хранопровода“ се правят следните изменения и допълнения:

аа) точка 1.1.4. се изменя така:

„1.1.4. за петата година след операцията – 71 %, с пожизнен срок“;

бб) точка 1.2.4. се изменя така:

„1.2.4. за петата година след операцията – 80 %, с пожизнен срок.“.

вв) точка 2 се изменя така:

„2. Неоезофаг – 91 %, с пожизнен срок.“;

гг) точка 3 се изменя така:

„3. Иноперабилни тумори или с далечни метастази – 100 %, с пожизнен срок.“.

б) в раздел VI „Болести на стомашно-чревния тракт“ се правят следните изменения:

аа) точка 1.1.4. се изменя така:

„1.1.4. за петата година след операцията – 71 %, с пожизнен срок;“

бб) 1.2.4. се изменя така:

„1.2.4. за петата година след операцията – 75 %, с пожизнен срок;“.

вв) точка 1.3. се изменя така:

„1.3. гастректомия в късен стадий T3-4 N1 M0 – 100 %, с пожизнен срок;“.

гг) точка 1.4. се изменя така:

„1.4. иноперабилни или с далечни метастази – 100 %, с пожизнен срок.“.

дд) точка 2.1.4. се изменя така:

„2.1.4. за петата година след операцията – 50 %, с пожизнен срок;“.

ее) точка 2.2.4. се изменя така:

„2.2.4. за петата година след операцията – 65 %, с пожизнен срок;“.

жж) точка 2.3.4. се изменя така:

„2.3.4. за петата година след операцията – 75 %, с пожизнен срок.“.

зз) точка 3 се изменя така:

„3. Иноперабилни тумори или с далечни метастази – 100 %, с пожизнен срок.“.

ии) точка 4 се изменя така:

„4. Субтотална колектомия – 71 %, с пожизнен срок.“.

йй) точка 5 се изменя така:

„5. Тотална колектомия – 91 % с пожизнен срок.“.

кк) точка 6.1. се изменя така:

„6.1. тънкочревен – 95 %, с пожизнен срок;“.

лл) точка 6.2. се изменя така:

„6.2. дебелочревен – 80 %, с пожизнен срок.“.

мм) точка 12.3. се изменя така:

„12.3. за четвъртата и петата година след операцията – 75 %, с пожизнен срок.“.

нн) точка 13.4. се изменя така:

„13.4. за петата година след операцията – 60 %, с пожизнен срок.“.

в) в раздел VII „Злокачествени заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и жлъчния мехур“ се правят следните изменения:

аа) точка 1.4. се изменя така:

„1.4. за петата година след операцията – 60 %, с пожизнен срок;“.

бб) точка 1.5. се изменя така:

„1.5. с метастази – 100 %, с пожизнен срок.“.

вв) точка 2.4. се изменя така:

„2.4. за петата година след операцията – 71 %, с пожизнен срок;“.

гг) точка 2.5. се изменя така:

„2.5. с метастази – 95 %, с пожизнен срок.“.

г) в раздел IX „Пикочни органи“ се правят следните изменения:

аа) точка 2.1.4. се изменя така:

„2.1.4. за петата година след операцията – 50 %, с пожизнен срок;“.

бб) точка 2.2.4. се изменя така:

„2.2.4. за петата година след операцията – 75 %, с пожизнен срок;“.

вв) точка 2.3. се изменя така:

„2.3. иноперабилни тумори и/или с метастази, или с цистектомия – 100 %, с пожизнен срок.“.

гг) точка 3.1.4. се изменя така:

„3.1.4. за петата година след операцията – 60 %, с пожизнен срок;“.

дд) точка 3.2. се изменя така:

„3.2. в късен стадий (с метастази) – със или без нефректомия – 100 %, с пожизнен срок.“.

д) в раздел X „Мъжки полови органи“ се правят следните изменения:

аа) точка 1.4. се изменя така:

„1.4. за петата година след операцията – 50 %, с пожизнен срок.“.

бб) точка 4.1.4. се изменя така:

„4.1.4. за петата година след операцията – 75 %, с пожизнен срок;“.

вв) точка 4.2.4. се изменя така:

„4.2.4. за петата година след операцията – 60 %, с пожизнен срок;“.

гг) точка 4.3. се изменя така:

„4.3. с метастази – 100 %, с пожизнен срок.“.

дд) в т. 6.1. думите „(радикална простатектомия)“ се заличават;

ее) точка 6.1.4. се изменя така:

„6.1.4. за петата година след операцията – 50 %, с пожизнен срок;“.

жж) в т. 6.2. думите „(кастрация и хормонотерапия)“ се заличават.

зз) точка 6.2.4. се изменя така:

„6.2.4. за петата година след хистологичната верификация – 60 %, с пожизнен срок.“.

ии) точка 6.3. се изменя така:

„6.3. Тумори на простатата с далечни метастази – 100 %, с пожизнен срок.“.

е) в раздел XI „Женски полови органи“ се правят следните изменения:

аа) точка 1.1.4. се изменя така:

„1.1.4. за петата година след операцията – 50 %, с пожизнен срок;“.

бб) точка 1.2.4. се изменя така:

„1.2.4. за петата година след хистологичната верификация – 71 %, с пожизнен срок.“.

вв) точка 2.1.4. се изменя така:

„2.1.4. за петата година след операцията – 50 %, с пожизнен срок;“.

гг) точка 2.2.4. се изменя така:

„2.2.4. за петата година след хистологичната верификация – 75 %, с пожизнен срок.“.

дд) точка 3.1.4. се изменя така:

„3.1.4. за петата година след операцията – 65 %, с пожизнен срок;“.

ее) точка 3.2.4. се изменя така:

„3.2.4. за петата година след хистологичната верификация – 75 %, с пожизнен срок;“.

жж) точка 5.2. се изменя така:

„5.2. оформена клоака – 100 %, с пожизнен срок.“.

зз) точка 7.1.4. се изменя така:

„7.1.4. за петата година след операцията – 60 %, с пожизнен срок;“.

ии) точка 7.2.4. се изменя така:

„7.2.4. за петата година след хистологичната верификация – 71 %, с пожизнен срок.“.

йй) точка 8.1.4. се изменя така:

„8.1.4. за петата година след операцията – 60 %, с пожизнен срок;“.

кк) точка 8.2.4. се изменя така:

„8.2.4. за петата година след хистологичната верификация – 71 %, с пожизнен срок.“.

ж) в раздел XII се правят следните изменения:

аа) точка 4.1.4. се изменя така:

„4.1.4. за петата година след операцията – 50 %, с пожизнен срок;“.

бб) точка 4.2.4. се изменя така:

„4.2.4. за петата година след хистологичната верификация – 71 %, с пожизнен срок.“.

вв) точка 6.1.4. се изменя така:

„6.1.4. за петата година след операцията – 60 %, с пожизнен срок;“.

гг) в т. 7 думите „ин ситу“ се заменят с „ин ситу“ (код „D“ по МКБ);

дд) забележката след т. 7 се изменя така:

„Забележка. Всички онкологични заболявания с код „C“ по МКБ, без данни за рецидив и дисеминация, при давност, надвишаваща пет години от хистологичната верификация, се оценяват с 50 % (не включва карциноми „ин ситу“ – код „D“ по МКБ).“.

9. В част девета „Вътрешни болести“ се правят следните изменения и допълнения:

а) раздел I „Захарен диабет“ се изменя така:

„Раздел I

Захарен диабет

1. Захарен диабет тип 2 (на лечение с перорални, инжекционни неинсулинови препарати или
19

инсулин):

1.1. без усложнения – 20 %;

1.2. с усложнения:

1.2.1. с едно усложнение – 40 %;

1.2.2. с две усложнения – 50 %;

1.2.3. с повече от две усложнения – 60 %.

2. Захарен диабет тип 1:

2.1. без усложнения – 50 %;

2.2. с усложнения:

2.2.1. с едно усложнение – 60 %;

2.2.2. с две усложнения – 71 % с пожизнен срок;

2.2.3. с повече от две усложнения – 80 % с пожизнен срок;

2.3. деца до 16 годишна възраст – 80 %.“.

б) раздел II „Болести на щитовидната жлеза“ се изменя така:

„Раздел II

Болести на щитовидната жлеза

1. Щитовидна хиперфункция (тиреотоксикоза), болест на Базедов:

1.1. средно тежка форма – рефрактерна на лечение или с хронично-рецидивиращ ход с органични увреждания без траен функционален дефицит – 50 %;

1.2. тежка форма (значителна загуба на тегло, пулсова фреквенция при покой над 120 удара/минута, тиреотоксично сърце, изявена (клас 4 – 6) ендокринно асоциирана офталмопатия); в оценката на окончателния процент на трайно намалена работоспособност/степен на увреждане се вземат предвид и процентите, определени за функционалния дефицит на сърдечно-съдовата система и зрителния анализатор – 80 %.

Забележка. При деца до 16 години процентът при всички форми на заболяването се приравнява към т. 1.2.

2. Щитовидна хипофункция (микседем):

2.1. добре компенсирани със заместително лечение – 0 %;

2.2. при незадоволителна компенсация (по клинични и лабораторни данни и рефрактерни на лечение форми, доказани в клинична обстановка) въпреки заместителното лечение в зависимост от отражението върху общото състояние и усложненията – 30 %;

2.3. при вроден хипотиреоидизъм в зависимост от психосоматичното състояние у деца

до 3-годишна възраст – 30 %.

3. Карцином на щитовидната жлеза:

3.1. след отстраняване на папиларен или фоликуларен тумор 1 – 2 стадий, без локални и далечни метастази:

3.1.1. до втората година – 71 %;

3.1.2. от третата до петата година – 60 %;

3.1.3. след петата година – 50 %, с пожизнен срок;

3.2. диференциран карцином на щитовидната жлеза, с локални или далечни метастази:

3.2.1. до втората година – 80%;

3.2.2. от третата до петата година – 60%;

3.2.3. след петата година – 50%, с пожизнен срок.

3.3. след отстраняване на недиференциран и медуларен карцином или на папиларен и фоликуларен карцином в 3 – 4 стадий, без близки и/или далечни метастази:

3.3.1. до втората година – 80 %;

3.3.2. от третата до петата година – 60 %;

3.3.3. след петата година – 50 %.

3.4. нискодиференциран, недиференциран и медуларен карцином на щитовидната жлеза с локални и/или далечни метастази:

3.4.1. до петата година – 80 %;

3.4.2. след петата година – 50 %.

4. При деца до 16 години процентът по повод карцином на щитовидната жлеза се определя:

4.1. до втората година – 100 %;

4.2. от третата до петата година – 80 %;

4.3. след петата година – 50 %, с пожизнен срок.

5. Високостепенна и ретростернална струма, преценена в клинични условия като иноперабилна, с компресивен синдром, съпътстващи заболявания и напреднала възраст, които са контраиндикации за операция – 91 % (нарушения в акта на гълтане, дихателна недостатъчност и съдови компресии), с пожизнен срок.

6. Тиреоид-асоциирана офталмопатия (без изяви тиреоидни нарушения):

6.1. клас 4-5-6 по Европейската тиреоидна асоциация (ЕТА) в активен стадий – 50 %;

6.2. клас 4-5-6 (по ЕТА) в неактивен стадий – 30 %.

Забележка. В посочения по-горе процент се включва и функционалният дефицит на

зрителния анализатор.“;

в) точка 2.3. от раздел III „Болести на парашитовидните жлези“ се изменя така:

„2.3. с прекарани множествени фрактури, хронична бъбречна недостатъчност (ХБН) и нефрокалциноза, кардиомиопатия – 100 %, с пожизнен срок.“.

г) в раздел IV „Болести на надбъбречните жлези“ се правят следните изменения и допълнения:

аа) точка 4.1.3. се изменя така:

„4.1.3. след петата година – 50 %, с пожизнен срок;“.

бб) създават се т. 4.2.1- 4.2.3.:

„4.2.1. за първите три години след хистологична верификация – 100 %;.

4.2.2. за четвъртата и петата година – 85 %;

4.2.3. след петата година – 50% с пожизнен срок.“.

д) в раздел V „Хипофизарни нарушения“ се правят следните изменения:

аа) точка 2.2.3. се изменя така:

„2.2.3. за жени от 119 до 110 cm, за мъже от 124 до 115 cm – 91 % СЧП, с пожизнен срок;“.

бб) точка 2.2.4. се изменя така:

„2.2.4. за жени под 110 cm, за мъже под 115 cm – 100 % СЧП, с пожизнен срок.“.

е) в раздел VIII „Други болести на обмяната“ се правят следните изменения:

аа) в т. 1 думите „При възрастни в зависимост от функционалния дефицит на прицелните органи. За деца до 16 години:“ се заличават.

бб) точка 1.2. се изменя така:

„1.2. други смущения на обмяната (кистозна фиброза, нарушение на обмяната на порфирина, пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушение на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др.) – 100 %, с пожизнен срок.“.

ж) в т. 2 от раздел X думата „таблицата“ се заменя с „това приложение“;

з) раздел XI „Генетични аномалии“ се изменя така:

„Раздел XI

Генетични аномалии

1. Бройни или небалансирани структурни хромозомни аберации – 50 % с пожизнен срок на инвалидност;

2. Наследствени дефекти на метаболизма и други генетични болести – 50 % с пожизнен срок на инвалидност;

3. Единични и множествени вродени аномалии (дисморфични синдроми) – ако не могат да бъдат отнесени към друг раздел на това приложение – 50 % с пожизнен срок на инвалидност.

Забележка: Трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане при клинично проявени патогенни генетични аномалии се определя като към посочения процент по т. 1 – 3 в съображение влиза и степента на функционалните нарушения на засегнатите органи и системи. При доказани генетични аномалии, при преосвидетелстване се представят само медицински документи, актуализиращи степента на функционалните нарушения на засегнатите органи и системи.“.

и) в т. 3.1. от раздел XIII „Болести на стомаха“ числото „50“ се заменя със „71“.

й) в раздел XV „Болести на черния дроб“ се правят следните изменения:

аа) точка 4 се изменя така:

„4. Състояние след трансплантация на черен дроб - 100% с пожизнен срок на инвалидност“.

бб) точка 4.1. се заличава.

вв) точка 4.2. се заличава.

к) в раздел XVII „Злокачествени кръвни заболявания“ се правят следните изменения и допълнения:

аа) в т. 1.1.3. след думата „година“ се добавя „включително“;

бб) в т. 3.3. след думата „година“ се добавя „включително“;

вв) в т. 4.3. след думата „година“ се добавя „включително“;

гг) в т. 5.3. след думата „година“ се добавя „включително“;

дд) точка 6.3. се изменя така:

„6.3. с тежки прояви (остеолиза, анемия, хронична бъбречна недостатъчност) – 95 %, с пожизнен срок;“.

ее) в т. 6.4. след думата „година“ се добавя „включително“;

жж) в т. 7.3. след думата „година“ се добавя „включително“;

зз) в т. 8.3. след думата „година“ се добавя „включително“;

ии) в т. 9.3. след думата „година“ се добавя „включително“;

йй) в т. 10.3. след думата „година“ се добавя „включително“;

кк) в т. 11.2. думите „до петата година“ се заменят с „до десетата година включително“;

лл) в т. 11.5. след думата „година“ се добавя „включително“.

л) в раздел XVIII „Други болести на кръвта и кръвотворните органи“ се правят следните изменения:

аа) точка 2.3. се изменя така:

„2.3. при значително увредено общо състояние, необходимост от периодични кръвопреливания, вторична хемосидероза, трайно имunosупресивно лечение – 100 %, с пожизнен срок.“.

бб) точка 4.3. се изменя така:

„4.3. тежки форми – чести кръвоизливи, необходимост от регулярно заместително и друго лечение (АХГ), по-малко от 1 % – 100 %, с пожизнен срок.“.

м) в раздел XIX „Болести на бъбреците и пикочните пътища“ се правят следните изменения и допълнения:

аа) точка 5.2. се изменя така:

„5.2. хронична бъбречна недостатъчност в умерена степен:“;

бб) създават се т. 5.2.1. – 5.2.3.:

„5.2.1. хронична бъбречна недостатъчност със серумен креатинин до 200 $\mu\text{mol/l}$ – 40 %;

5.2.2. хронична бъбречна недостатъчност със серумен креатинин от 201 до 300 $\mu\text{mol/l}$ – 50 %;

5.2.3. хронична бъбречна недостатъчност със серумен креатинин от 301 до 400 $\mu\text{mol/l}$ – 60 %.“;

вв) точка 5.4. се изменя така:

„5.4. много тежка степен на хронична бъбречна недостатъчност със серумен креатинин над 800 $\mu\text{mol/l}$, тежко общо състояние, необходимост от постоянно лечение с изкуствен бъбрек (диализа) – 100 %, с пожизнен срок.“.

гг) забележката след т. 5.4 се заличава.

дд) точка 6 се изменя така:

„6. Състояние след трансплантация на бъбрек – 100% с пожизнен срок на инвалидност“.

ее) точки 6.1., 6.2., 6.2.1. и 6.2.2. се заличават.

жж) в т. 7.2. думите „и без необходимост от лечение“ се заличават.

н) в раздел XXIII „Заболявания на опорно-двигателния апарат“ се правят следните изменения и допълнения:

аа) точка 4.3. се изменя така:

„4.3. трети рентгено-анатомичен стадий с изразен ортопедичен функционален дефицит, независимо от възпалителната активност – 50 %“;

бб) в т. 6.2.1. думите „начално развитие с лек“ се заменят с „без“;

вв) създава се нова т. 6.2.2.:

„6.2.2. с лек функционален дефицит – 50 %“;

гг) досегашната т. 6.2.2. става съответно т. 6.2.3. и се изменя така:

„6.2.3. при умерено ограничение на движенията на трите отдела на гръбначния стълб, без кифоза и лордоза – 71 %“;

дд) досегашната т. 6.2.3. става съответно т. 6.2.4. и се изменя така:

„6.2.4. с тежък функционален дефицит, с липса на движение, с оформена кифоза и лордоза - 95 %“.

ее) създават се т. 7, 7.1, 7.2 и 7.3:

„7. При деца с доказан ювенилен хроничен артрит:

7.1. Без трайни ортопедични функционални увреждания, до постигане на ремисия и преустановяване на лечението – 50%;

7.2. С умерен ортопедичен функционален дефицит и/или усложнения от основното заболяване, от провежданото лечение и/или при рецидив – 80%;

7.3. Тежки хронични форми, с тежък ортопедичен дефицит и/или съпътстващо усложнение – 100%“.

10. В част десета „Кожни болести“ се правят следните изменения и допълнения:

а) точки 16 се изменя така:

„16. Злокачествени тумори на кожата.

16.1. меланом:

16.1.1. стадий T1-2, N0, M0, за първите пет години – 50 %;

16.1.2. стадий T3-T4, N0, M0, за първите три години – 80 %; за четвърта и пета година – 60%;

16.1.3. четвърти стадий – всяко T, N1-2, M0-1, за първите три години след хистологична верификация – 100 %; за четвъртата и петата година – 85 %.

16.2. спиноцелуларен карцином:

16.2.1. 0-1 стадий Tis-1, N0, M0 – 10 %;

16.2.2. втори стадий T2-3, N0, M0 – 30 %;

16.2.3. трети стадий T4, N0, M0, за първите две години – 71 %; от третата до петата

година включително – 50%.

16.2.4. четвърти стадий – всяко T и N1-2 или с M1, за първите три години след хистологична верификация – 100 %; за четвъртата и петата година – 85 %.

16.3. дерматофибросарком:

16.3.1. първи стадий – T1, N0, M0 – 30 %;

16.3.2. втори стадий – T2, N0, M0 – 50 %;

16.3.3. трети стадий – T3-4, N0, M0, за първите две години – 71 %; от третата до петата година включително – 50%;

16.3.4. четвърти стадий – всяко T и N1-2 или M1, за първите три години след хистологична верификация – 100 %; за четвъртата и петата година – 85 %.

16.4. базоцелуларен карцином:

16.4.1. единичен – 10 %;

16.4.2. множествен и рецидивиращ – 30 %.

Забележка: След петата година от отстраняването на тумора се следват 50 % с пожизнен срок с изключение на т. 16.2.1, 16.2.2, 16.3.1, 16.4.1. и 16.4.2.“.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 7. Започналите и неприключили до влизането в сила на това постановление процедури по извършване на медицинската експертиза се довършват, както следва:

1. Пред ТЕЛК – по реда на това постановление.
2. Пред НЕЛК – по досегашния ред.

§ 8. Лицата, освидетелствани или преосвидетелствани от ТЕЛК в периода до влизането в сила на това постановление и за които с това постановление са определени по-благоприятни условия за оценка на увреждането, имат право да подадат заявление-декларация за преосвидетелстване, извън случаите по чл. 56, ал. 1 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (обн., ДВ, бр. 34 от 2010 г.) в двумесечен срок от влизането в сила на това постановление.

§ 9. В Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, приет с Постановление № 83 на Министерския съвет от 2010 г. (обн., ДВ, бр. 34 от 2010 г.,

изм.и доп., бр. 5 и 41 от 2011 г., бр. 55 от 2014 г., бр. 96 от 2016 г., бр. 62 от 2018 г., и бр. 84 от 2019 г.) се правят следните изменения и допълнения:

1. Член 5а се изменя така:

„Чл. 5а. Постъпилите в Националния осигурителен институт медицински документи от държава, с която се прилага международен договор за социална сигурност или европейски регламенти за координация на системите за социална сигурност, свързани с извършването на оценка на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, се изпращат в Столична регионална здравна инспекция (СРЗИ), която осигурява превод на български език на документите, които са на чужд език. Посочените документи се изпращат на РКМЕ на СРЗИ, като в тези случаи освидетелстването/преосвидетелстването на лицата се извършва по реда на правилника.“.

2. В чл. 11, ал. 2 се изменя така:

„(2) При освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването в състава на ТЕЛК се включват специалисти по трудова медицина и/или по професионални болести, а когато заболяването е свързано с въздействие на йонизиращи лъчения в състава на ТЕЛК може да се включи и специалист по радиобиология или радиационна хигиена.“.

3. В чл. 19, ал. 3 се изменя така:

„(3) При потвърждаване или отхвърляне на професионалния характер на заболяването в съставите на НЕЛК се включват специалисти по трудова медицина и/или по професионални болести, а когато заболяването е свързано с въздействие на йонизиращи лъчения в съставите на НЕЛК може да се включи и специалист по радиобиология или радиационна хигиена.“.

4. В чл. 23, ал. 1, т. 7, буква „а“ накрая се поставя запетая и се добавя „с изключение на случаите на временна неработоспособност поради карантина;“.

5. В ал. 26, ал. 1 накрая се добавя „както и дните за временна неработоспособност поради карантина.“.

6. В чл. 28, ал. 1, т. 3 накрая се добавя „както и дните за временна неработоспособност поради карантина.“.

7. В чл. 32, ал. 2, т. 8 се изменя така:

„8. при постъпили медицински документи от държава, с която се прилага международен договор за социална сигурност или европейски регламенти за координация

на системите за социална сигурност, свързани с извършването на оценка на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане.“.

8. В чл. 40 се правят следните изменения:

а) В ал. 1, т. 6 се изменя така:

„6. при постъпили медицински документи, свързани с извършването на оценка на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, от компетентната институция на друга държава - членка на Европейския съюз, на Европейското икономическо пространство или на Швейцария;“.

б) Алинея 2 се изменя така:

„(2) Медицинските документи, получени от държава, с която се прилага международен договор за социална сигурност или европейски регламенти за координация на системите за социална сигурност, свързани с извършването на оценка на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане се изпращат на съответната ТЕЛК на територията на гр. София чрез РКМЕ към СРЗИ в срок 30 дни от получаването им.“.

8. В чл. 56, ал. 3 се създава изречение второ:

„В случаите по чл. 69а от Наредбата за медицинската експертиза, заедно със заявлението-декларация по ал. 1, лицата подават в РКМЕ декларация, че искат да бъдат освидетелствани/преосвидетелствани само за увреждания, които са дефинитивни състояния.“.

§ 10. Член 3, ал. 1 от **Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести**, приета с Постановление № 168 на Министерския съвет от 2008 г. (обн. ДВ. бр. 65 от 2008г., изм. и доп. ДВ. бр.5 от 2011г., бр.23 от 2014г. и бр. 18 от 2015г.) се изменя така:

„(1) Професионалните болести се потвърждават или отхвърлят от териториални експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и от Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК).“.

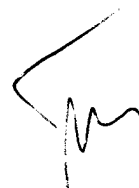
§ 11. Постановлението влиза в сила от деня на обнародването му в „Държавен вестник“, с изключение на § 2 и § 9, т. 5 и 6, които влизат в сила един месец след обнародването.

**МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ:
СТЕФАН ЯНЕВ
И.Д. ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА**

**МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ:
КРАСИМИР БОЖАНОВ**

ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА 
МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВООПАЗВАНЕТО
ХРИСТИНА ГЕТОВА

ДИРЕКТОР НА ДИРЕКЦИЯ „ПРАВНА”
НАДЕЖДА БРАНКОВСКА



Образецът на частична предварителна оценка на въздействието влиза в сила от 01 януари 2021 г.

Частична предварителна оценка на въздействието	
Институция: Министерство на здравеопазването	Нормативен акт: <ul style="list-style-type: none"> • Наредба за медицинската експертиза; • Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните кариотеки на медицинските експертизи; • Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести
<input type="checkbox"/> Не е включен в законодателна/оперативна програма на Министерския съвет	<input checked="" type="checkbox"/> Включен е в законодателната/оперативната програма на Министерския съвет за:
Лице за контакт: Дирекция „Медицински дейности“	Телефон и ел. поща:
1. Проблем/проблеми за решаване: <p>Проблем 1 „Наличие на несъвършенства в съществуващата към момента подзаконова нормативна уредба, касаещи определени заболявания или групи заболявания, формирани от отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти, съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ)“</p> <p>1.1. В действащото към момента Приложение №1 към чл. 63, ал.1 от НМЕ „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти“ съществуват несъвършенства, свързани с липса на точни критерии за оценка на уврежданията при някои отправни точки, предвид по-голямата динамика, различните етапи и стадии на едно и също заболяване. Освен това в голямата си част отправните точки не са актуализирани спрямо последните достижения на медицинската наука и практика. Друг съществен проблем се явяват процентите, определени в зависимост от възрастта при доказани генетични аномалии, тъй като възрастта в случая няма отношение към дефицита, който обуславя степента на увреждане.</p> <p>По-конкретно промените, касаещи Приложение №1 към чл. 63, ал.1 от НМЕ „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти“ се изразяват в следното:</p> <p>При болестта на Чандлър, която е бързо развиващо се заболяване (Част първа Заболявания на опорно-двигателния апарат, раздел VII Асептични некрози), придружено с мъчителна, продължителна и неповлияваща се от обезболяващи средства болка, водеща до допълнителен</p>	

дискомфорт на пациентите и налагащо оперативно лечение именно в ранния стадий, е целесъобразно процентът, определен за началния стадий да се повиши с 10 пункта - от 40 на 50. Тези болни се нуждаят от подкрепа именно в ранния стадий на болестта за да възстановят работоспособността си и да се предотврати тежка деформация на главата на бедрената кост, налагаща ендопротезиране. Съществено условие, което има за цел да обективизира състоянието, е документирането с ядрено-магнитен резонанс.

В раздел IX Увреди на долните крайници, към т. 1 се добавя възможност за оценка и при ендопротезиране на две различни големи стави, като в този случай се определя процент (75), съответстващ на двустранно протезиране на един вид става. В случая става въпрос за пропуск на нормативната уредба, който е необходимо да бъде компенсирани, тъй като част от лицата са изключени от възможността да бъдат оценени правилно и следователно са оцетени. Аналогични са причините за промяна и по отношение на случаите в т. 18 (вродена луксация на тазобедрената става), при които понастоящем са пропуснати тези с двустранна форма на вродена илиачна луксация на тазобедрената става.

В същия раздел, в т. 17 се определя дефицитът при различните степени на ограничени движения на тазобедрената става. Предлага се увеличаване на процентите съответно за едностранно (от 20 на 30) и за двустранно (от 50 на 71) ограничение на движенията при средната степен. Мотив за тази промяна е твърде голямата разлика в процентите при средната (20-50% понастоящем) и при тежката степен на тези ограничени движения (50 – 100% понастоящем), която не съответства на практическата разлика в степените на функционален дефицит при лицата от посочените в т. 17 случаи.

С въвеждане на по-правилна терминология е свързана промяната в раздел II Умствена ограниченост на Част втора Психични болести, където терминът „специални училища“ е заменен с „ресурсно подпомагане“ в съответствие на съвременните понятия, които се използват в тази област на обществения живот. Освен това настоящата редакция в тази част има ограничителен характер по отношение правото на всяко дете да се обучава в общообразователната система и противоречи на съществуващото законодателство и политиката за приобщаващо образование. Не е целесъобразно медицинската експертиза да съдържа препратки относно възможностите за обучение и развитие на децата, тъй като нейното предназначение е съвсем друго и е насочено единствено към определяне на функционалния дефицит. Същата причина е в основата на промяната и в т. 1.1, на раздел IX Психични отклонения в детска възраст.

В същия раздел IX (Психични отклонения в детска възраст) от т. 2.2 и т. 2.3, са премахнати термините „паратимия“ и „парабулия“, тъй като те не са точни, не са свързани с генерализираните разстройства на развитието и не могат да бъдат срещнати в първичната медицинска документация (епикризи, консултации, етапни епикризи) на тези деца, т.е. касае се за неточност в медицинската терминология.

Следващите промени касаят Част трета Ушни, носни и гърлени (УНГ) заболявания:

В раздел I Слухов анализатор са прецизирани диапазоните на намаление на слуха от гледна точка на тяхното не припокриване.

В раздел II Вестибуларни нарушения, случаите се прецизират от гледна точка на степен на тежест, като се взема предвид и възможността за терапевтично повлияване при леката степен.

В раздел III Носни и гърлени заболявания са премахнати две състояния (т. 1 Състояние след фрактура на назалните кости с леки остатъчни изменения, непречещи на дишането и т. 6 Хронично гнойно възпаление на околоносните кухини при засягане на двата синуса), при които формираният дефицит е нищожно малък (съответно 5 и 10 %) и на практика няма значимост за формирането на общия дефицит, дори при множество увреждания.

Следващата промяна засяга раздел VI Злокачествени новообразувания на ларинго-ото-рино (ЛОР) органите и касае т. 9. Резекция на езика. При трите състояния (частична резекция, хемирезекция и

гloseктомия) процентите са повишени, в съответствие на функционалния дефицит, обусловен от степента (тежестта) на резекция. Направена е и корекция на т. 11, съгласно която резекцията на фаринкса и резекцията на ларинкса ще могат да се разглеждат и по отделно, като две самостоятелни увреждания, а не както сега – задължително в съвкупност.

В Част пета Очни заболявания допълнението в раздел II Периферно зрение на понятията „хомонимна“ и „хемианопсия“, е свързано с технически пропуск в текста, който понастоящем го прави неизчерпателен. Обединяват се и двете състояния, отразени в т. 3.2. и т. 3.3., тъй като на практика те са идентични по степен на формирания дефицит, като се запазва по-високия и съответстващ процент – 80.

Промяната в т. 1 от раздел III Парализа е свързана с уточнение, че придобитата липса на акомодация касае лицата до 40-годишна възраст, като по този начин се елиминират възрастово обусловените промени, които са физиологични от гледна точка на естественото стареене на организма и за които не би следвало да се определя степен на увреждане.

Точка 2 от същия раздел се отменя, тъй като тези увреждания се включват в оценката по част 5 Очни заболявания, раздел 1 Зрителна острота при определяне на функционален дефицит на едното или на двете очи.

По същите причини се отменят раздел IV Мидриаза и раздел V Смутена адаптация, както и т. 1, т. 3, т. 5 и т. 7 от раздел VI Болести на придатъците на окото и на очните мускули – оценката по изброените раздели и точки се включва в тази по Част 5 Очни заболявания, раздел 1 Зрителна острота. В случая се премахва дублиране на оценки.

В раздел VII Липса на леща остава само едно състояние - липса на леща в единственото око, тъй като останалите състояния са свързани с лечебни мероприятия, при които се постига пълно или частично възстановяване, като при частично възстановяване оценката се прави по Част 5 Очни заболявания, раздел 1 Зрителна острота.

Сходни са причините за промяна и в следващия раздел VIII Общи правила на Част 5 - точка 3 отпада поради това, че оценката се включва в тази по раздел I. В този раздел се променя и т. 4, касаеща уврежданията на зрението при хронични заболявания - доказани с обективни изследвания, при които са проведени многократни лазерни/оперативни лечения. Промяната е свързана с прецизиране на причините за формирания дефицит, като акцентът се поставя на възникналия функционален дефицит на органа или системата (в случая зрителния анализатор), а не на конкретната диагноза на хроничното заболяване, обуславящо този дефицит. Освен това при този вид хронични заболявания обичайно се провежда лазерно/оперативно лечение, което има коригиращ ефект върху увреждането на зрението, което трябва да се отчете. Тези корекции на зрението са свързани с последващи ежегодни периодични наблюдения с обективни изследвания, които са в основата на преценката относно величината на увреждането – налично ли е то и дали се променя във времето.

Следващите промени са в Част шеста Белодробни болести, раздел V Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи. При наличие на рецидив, близки и далечни метастази, в зависимост от давността на процеса, случаите се разделят на три групи, със съответната оценка. Мотивите за това е по-добрата преживяемост при съвременните методи на лечение и необходимостта тези етапи да бъдат разграничени и по отношение на оценката.

Допълненията в раздел XI Степени на функционалните нарушения, към същата част, са свързани с неясните понастоящем критерии за определяне на оценката и на практика представляват възстановяване на по-стара редакция на същите текстове, отпреди промяната на НМЕ от 03.08.2018 г. В тази връзка се добавят допълнителни обективни критерии за определяне степента на функционалните нарушения при белодробните болести, така че да няма възможност за двусмислие, в резултат на което се поражда субективизъм при оценяването.

В Част седма Нервни болести, първата промяна е допълнение на третото тире към т. 1.4., което има за цел да направи текста по-пълнен и по-ясен, тъй като сегашната формулировка не е изчерпателна относно това при какви оперативни интервенции става приравняването с оценката по т. 1.3.

Следващата промяна в тази част е отпадането на т. 3.1. (патологична симптоматика без двигателен дефицит – 20%), тъй като липсата на последната, сама по себе си не предполага определяне на степен на увреждане.

Допълненията в т. 4, касаещи епилепсията, са с цел поясняване на тежестта на състоянието в зависимост от честотата на епилептичните припадъци.

Повишаването стойността на процента (от 60 на 70), който се определя при високостепенни стенози при неоперирани съдово-мозъчни аномалии без неврологичен дефицит (т. 6.3), се обуславя от несъответствието с изискванията и класификацията на Световната здравна организация, в резултат на което лицата с увреждания се поставят в неравностойно положение.

Последната промяна в тази част е в т. 15 (Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и състояния, водещи до хронично персистиращи радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит), като текстът на настоящата т. 15.3 се разделя на две точки, в зависимост от това дали става въпрос за оперирани лица, без остатъчен двигателен дефицит или за лица, които са оперирани неколкостепенно, без повлияване, с усложнения и остатъчен двигателен дефицит. Това разделяне е целесъобразно от гледна точка на оценяване на формирания дефицит, тъй като обуславя коренно различно състояние на лицата, което трябва да намери израз и в различния процент, съответстващ на двете състояния.

Допълнението в т. 2.3. на раздел IX Пикочни органи (Част осма Хирургични заболявания) има за цел да направи текста изчерпателен по отношение на всички състояния, които обуславят най-високия процент функционален дефицит след отстраняване на малигнен тумор на пикочния мехур.

В Раздел X Мъжки полови органи от същата част, са прецизирани т. 6.1. и т. 6.2, като и в двата случая отпадат съществуващи понастоящем условности, които не са целесъобразни. По този начин акцентът остава върху стадия и развитието на малигнения процес, които са от съществено значение за формирания дефицит, а не върху вида на оперативната интервенция и провежданата консервативна терапия.

В Раздел XII от Част осма, т. 7 (За злокачествено заболяване ин ситу) и забележката след нея са допълнени така, че да става напълно ясно каква е връзката между посочените състояния и Международната класификация на болестите – X ревизия (за кои кодове по МКБ-10 става въпрос).

В Част девета Вътрешни болести първите промени са в раздел I Захарен диабет. Съществената промяна тук е свързана с елиминиране на провежданата терапия като основен фактор за определяне на степента на увреждане, а като такъв се извежда формирания функционален дефицит в резултат на увреждането. В зависимост единствено от броя на усложненията се определя и оценката, като тя е завишена (в процентно изражение) в част от посочените състояния. По-висок процент е определен и при децата до 16 годишна възраст със захарен диабет – от 50 на 80. Захарният диабет остава едно от най-разпространените сред населението хронични инвалидизиращи заболявания, което постепенно разгръща симптоматиката си чрез увреждане на различни органи и системи в човешкия организъм, в резултат на което се обективизират различни по брой и степен на изява усложнения. Именно броят на тези усложнения, а не провежданата терапия или броят на засегнатите органи, се оказва най-обективният критерий за определяне на различното състояние и съответно – на функционалния дефицит при лицето.

Промяната в раздел II Болести на щитовидната жлеза е свързана с добавяне на някои условия при определяне на здравното състояние (наличие на локални и далечни метастази), разграничаване на видовете карцином (по степен на диференцираност, от което зависи степента на злокачественост), както и разграничаване на времевите етапи от гледна точка на давността на процеса при тях.

Подобно разграничаване, в зависимост от давността на злокачественото заболяване, е направено и по отношение на злокачествените тумори на надбъбречните жлези в раздел IV Болести на надбъбречните жлези, при по-тежката форма (наличие на метастази или при иноперабилни карциноми).

В раздел VIII Други болести на обмяната е премахната възрастовата зависимост на функционалния дефицит, тъй като заболяванията в този раздел, обуславящи смущенията на обмяната, прогресират през годините, лечението обичайно е само поддържащо и уврежданията вследствие на тях са необратими и задълбочаващи се. В тази връзка възрастовото разделяне не е целесъобразно и по-скоро е дискриминационно.

В раздел XI Генетични аномалии е премахната забележката, която също определя различна оценка в зависимост от възрастта - за децата до 3 години и над 3 години, тъй като това разделение е нецелесъобразно от гледна точка на развитието на този вид заболявания и дефицита, който те обуславят, включително и потребността от чужда помощ. Текстът на трите точки към този раздел е прецизиран от гледна точка на пълнота и коректност.

В Раздел XVII Злокачествени кръвни заболявания от Част девета в няколко точки е направено допълнение на думата „включително“, което има за цел да направи текстовете по-прецизни и изчерпателни по отношение на случаите, които попадат в тях, като въпросните състояния не се ограничават единствено до случаите на постигната ремисия, а се отнасят за съответния посочен времеви период, включително и при постигната ремисия.

Промяната в раздел XIX Болести на бъбреците и пикочните пътища, включва разграничаване на подстепенни на хроничната бъбречна недостатъчност в рамките на умерената степен (т. 5.2), на които съответстват различни проценти, в зависимост от нивата на серумния креатинин. Понастоящем умерената степен се определя като едно състояние, със съответстващ процент – 60.

В раздел XXIII Заболявания на опорно-двигателния апарат е прецизиран трети стадий на ревматоидния артрит (т. 4) с изразен ортопедичен функционален дефицит, като се изключва зависимостта от наличието на възпалителна активност, тъй като тя не повлиява дефицита. При болестта на Бехтерев (т. 6) се разграничават повече на брой степени на функционален дефицит, което има за цел по-прецизното оценяване и следователно - елиминиране на субективизма. Добавена е и нова точка (7), касаеща децата с доказан ювенилен хроничен артрит, като са предвидени три степени на тежест, на които съответстват различни проценти – съответно 50, 80 и 100.

В последната Част десета Кожни болести промените касаят злокачествените тумори на кожата, като са прецизирани стадията и съответстващите им проценти.

1.2. Проблемът не може да се реши в рамките на съществуващото законодателство чрез промяна в организацията на работа и/или чрез въвеждане на нови технологични възможности, тъй като той е обусловен от действащи разпоредби на НМЕ. Единствената възможност за решаване на проблема е нормативната промяна.

1.3. Действащата нормативна рамка не може да реши посочения проблем, тъй като именно тя го създава: съществуват нормативно определени стойности на оценката в проценти на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ, които изискват промяна с цел оптимизиране спрямо обективното състояние на лицата, обусловено от посочените увреждания; съществува повъзрастово разделяне на процентите в групата на генетичните аномалии, което е нормативно определено и нецелесъобразно от медицинска гледна точка; налице са нормативно определени отправни точки, които не са прецизирани от гледна точка на тежест на състоянието, стадии в развитието на заболяването и обичайната динамика в развитието; има определени отправни точки, оценката по които е включена в други отправни точки, поради което се получава дублиране.

1.4. Необходимата нормативна промяна касае само НМЕ, тъй като отправните точки и съответстващите им проценти ТНР/ВСУ са предмет единствено на нея и не съществува друг нормативен акт, който урежда този въпрос.

Обществените отношения, предмет на проекта на ПМС за изменение и допълнение на НМЕ, не са регламентирани в европейското законодателство. Уредбата на обществените отношения, които са предмет на този проект, е въпрос на национално решение и е от компетентността на отделените държави-членки. Това произтича от разпоредбата на чл. 168, параграф 7 от Договора за функциониране на Европейския съюз, която предвижда изключителна компетентност на държавите-членки по определяне на здравната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи.

1.5. Не са извършени последващи оценки на нормативния акт или анализи за изпълнението на политиката, касаеща отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти.

Проблем 2 „Наличие на практическа невъзможност за еднолично издаване на болничен лист от лекуващия лекар за срока на карантинния период, при карантин на болен или контактен осигурен, наложена съгласно разпоредбите за борба със заразните болести, в случаите когато лицето преди карантината е ползвало 180 календарни дни непрекъснат отпуск за временна неработоспособност или 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването.“

2.1. Съгласно НМЕ (чл. 37) при карантин на болен или контактен осигурен, наложена съгласно разпоредбите за борба със заразните болести, болничен лист се издава еднолично от лекуващия лекар за срока на карантинния период. Разпоредбата се отнася за всички случаи на карантин, независимо каква продължителност ще се определи за нея от здравните власти, предвид епидемиологичните характеристики на самото заболяване.

Същевременно друга разпоредба, в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника) гласи, че лекарските консултативни комисии (ЛКК) разрешават непрекъснат отпуск за временна неработоспособност до 180 календарни дни, като в тях се включват и дните по предходния еднолично издаден болничен лист, но не се включват 135-те дни от отпуска по чл. 45 от Наредбата за работното време, почивките и отпуските (чл. 26). Също така в чл. 28, ал. 1 от Правилника е регламентирано, че когато лицето е ползвало 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, то се насочва от ЛКК към териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) за преценка на необходимостта от продължаване на временната неработоспособност. Уточнено е също, че в посочените 360 дни не се включват 135-те дни от отпуска по чл. 45 от Наредбата за работното време, почивките и отпуските. **И в двата случая не се предвижда дните временна неработоспособност поради карантин да се изключват от общия брой ползвани дни – съответно 180 без прекъсване или 360 с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването.**

По горната причина лицата, които задължително се карантинират с предписание на здравните власти, но поради друго/и заболяване/я са ползвали непрекъснат отпуск за временна неработоспособност 180 календарни дни или 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, за да получат болничен лист за карантин трябва да се явят на ЛКК и ТЕЛК. Това напълно противоречи на медицинската целесъобразност болничният лист при карантин да се издава еднолично от лекуващия лекар за целия период на карантината, каквато е цитираната разпоредба на чл. 37 от НМЕ и която има основна превантивна роля за недопускане разпространението на заразното заболяване, чрез многократно явяване на лицето пред различни органи на медицинската

експертиза по време на карантина, наред с другите пациенти. Нещо повече – в тези случаи лицата са принудени да нарушават няколкократно предписанието на здравните власти да не излизат от дома през периода на карантината - за да получат направление за ЛКК, да се явят на ЛКК, да се явят на ТЕЛК за получаване на решение и после отново да се явят на ЛКК за получаване на болничния лист въз основа на решението на ТЕЛК.

2.2. Проблемът не може да се реши в рамките на съществуващото законодателство чрез промяна в организацията на работа и/или чрез въвеждане на нови технологични възможности, тъй като той е обусловен от непълнота на действащи разпоредби на Правилника. Тяхното допълване може да се осъществи единствено чрез нормативна промяна.

2.3. Действащата нормативна рамка не може да реши посочения проблем, тъй като именно тя го създава – наличието на непълнота в двете посочени разпоредби на Правилника (чл. 26 и чл. 28) обуславят недопустимото от противоепидемична гледна точка изискване към карантинирани лица, които са ползвали непрекъснат отпуск за временна неработоспособност 180 календарни дни или 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, да посещават различни органи на медицинската експертиза (лични/лекуващи лекари, ЛКК и ТЕЛК) за да получат съответните направления и решения за временна неработоспособност.

Практически този проблем възникна с настъпването на пандемията от COVID-19, в резултат на която се наложи масовото предписване на карантина на болните и контактните лица от първа линия (пряко контактните на лицата с положителен лабораторен резултат), които с напредване на разпространението на заболяването стават все повече и се засягат все повече хора, които имат различен здравен статус, включително и лица с тежки и продължителни заболявания, ползвали значителен брой дни временна неработоспособност преди това. До възникване на пандемията от COVID-19, ползването на болнични листове заради карантина беше значително по-рядко и касаше основно лица с определен профил – предимно родители на карантинирани деца, посещаващи детски заведения.

2.4. Необходимата нормативна промяна касае единствено Правилника, тъй като регламентирането на изключенията, съгласно които дните временна неработоспособност по повод карантина на болен или контактен осигурен не би следвало да се включват в продължителността на ползван непрекъснат отпуск за временна неработоспособност с продължителност 180 календарни дни или такъв с продължителност 360 дни с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, е предмет на Правилника. Не съществува друг нормативен акт в законодателството, който урежда този въпрос.

Обществените отношения, предмет на проекта за изменение и допълнение на Правилника, не са регламентираны в европейското законодателство. Уредбата на обществените отношения, които са предмет на този проект, е въпрос на национално решение и е от компетентността на отделните държави-членки. Това произтича от разпоредбата на чл. 168, параграф 7 от Договора за функциониране на Европейския съюз, която предвижда изключителна компетентност на държавите-членки по определяне на здравната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи.

2.5. Не са извършени последващи оценки на Правилника или анализи за изпълнението на политиката, касаеща уреждането на изключенията, при които дните на временна неработоспособност за карантина не би следвало да се включват в рамките на ползван непрекъснат отпуск за временна неработоспособност с продължителност 180 календарни дни или такъв с продължителност 360 дни с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването.

Проблем 3 „Практически затруднения при осигуряване на нормативното изискване за включване в състава на ТЕЛК/НЕЛК на специалисти по професионални болести и по

трудова медицина, радиобиология или радиационна хигиена, които председателстват заседанията на комисията при освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването“

3.1. Съгласно действащото законодателство (чл. 11, чл. 13 и чл. 19 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи) при освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, в състава на ТЕЛК/НЕЛК се включват специалисти по трудова медицина, радиобиология или радиационна хигиена и по професионални болести, които председателстват заседанията на комисията. Договорите с председателите и членовете на ТЕЛК и със специалистите по трудова медицина, радиобиология или радиационна хигиена и професионални болести се сключват, изменят и прекратяват от ръководителя на съответното лечебно заведение.

Аналогичен текст съществува и в Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести (чл. 3, ал. 1).

От цитираните разпоредби следва, че участието на специалист по професионални болести в процедура по освидетелстване по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, е задължително и освен това той трябва да бъде в състава на ТЕЛК/НЕЛК и да председателства съответното заседание.

Проблемът, свързан с окомплектоване на ТЕЛК/НЕЛК при освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, е обусловен от недостатъчния брой специалисти по професионални болести в страната и невъзможността те да бъдат осигурени във всички състави на ТЕЛК и в НЕЛК.

По данни от 2020 г., на Националния център по обществено здраве и анализи, броят на специалистите по професионални болести е изключително малък – 17 за цялата страна, като тяхното разпределение по области е следното: Варна – 4, София-град – 3, Пловдив – 3, Плевен – 3, Стара Загора – 2, Сливен – 1 и Ямбол – 1. Интерес за зачисляване за специализация по тази медицинска специалност липсва, тъй като липсва договаряне по Национален рамков договор в болничната и извънболничната медицинска помощ по професионални болести. Предвид факта, че 9 от 17-те налични в страната специалисти по професионални болести са на възраст над 60 години и поради липсата на интерес към специалността на новозавършващите лекари, се очертава постепенното изчерпване на ресурсите по тази медицинска специалност.

Същите тенденции на намаляване броя на специалистите се наблюдават и по отношение на медицинските специалности „Радиобиология“ (общо 13, от които 12 в гр. София и 1 в гр. Пловдив) и „Радиационна хигиена“ (общо 4, от които 3 в гр. София и 1 в гр. Варна).

Всичко това налага да се предприемат действия, които да осигурят ресурсно медицинската експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията, като единствената възможност това да се случи е да се регламентира равнопоставеност при този вид експертиза на специалистите по професионални болести с тези по трудова медицина.

Основанието за горното предложение е свързано с функциите на службите по трудова медицина и компетентността на специалистите по трудова медицина:

Съгласно програмата за обучение за признаване на специалност по трудова медицина кръгът на компетентностите по тази медицинска специалност включва познания, свързани с опазване на здравето на работещите - трудово-медицински проблеми, свързани с факторите на трудовия процес (физични, токсико-химични, биологични и др.) – физиология и психология на труда, оценка на здравното състояние и експертиза на работоспособността, оценка на работното място, оценка и управление на професионалния риск, професионални болести и др.

Съгласно Наредба № 3 от 25 януари 2008 г. за условията и реда за осъществяване дейността на службите по трудова медицина, сред функциите на службите по трудова медицина са наблюдение

и анализ на здравното състояние във връзка с условията на труд на всички обслужвани работещи, включително и на тези с повишена чувствителност и намалена резистентност, като за целта се извършват периодични медицински прегледи и изследвания, имащи за цел ранното откриване на изменения в организма в резултат от въздействия на работната среда и трудовия процес. В тази връзка службите по трудова медицина изготвят заключение за пригодността на работещия да изпълнява даден вид работа.

Именно във връзка с гореспоменатите компетентности на специалистите по трудова медицина, те са задължителен участник в комисиите по проучване на професионалния характер на заболяванията, което се извършва при постъпило в съответното териториално поделение на Националния осигурителен институт бързо известие при съмнение за професионална болест и на практика те са единствените медицински специалисти в състава на тези комисии по регламент (чл. 6, ал. 4 от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести).

Горните аргументи обосновават както необходимостта, така и възможността за предложената нормативна промяна, с която се създава възможност за взаимозаменяемост между специалистите по професионални болести и специалистите по трудова медицина, с което ще се осигури по-широк обхват на компетентност и съответно възможност за избор при окомплектоване на всички ТЕЛК и НЕЛК за целите на медицинската експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването при дадено лице.

3.2. Организационна промяна не е възможно да реши посочения проблем, тъй като тя ще противоречи на действащите разпоредби.

3.3. Действащата нормативна рамка не може да реши проблема, тъй като в цитираните текстове на Правилника и Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести конкретно са посочени изискванията относно състава на ТЕЛК/НЕЛК при осъществяване на експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, без да съществува възможност за алтернативен подход.

3.4. Необходимата нормативна промяна касае единствено Правилника и Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести, тъй като изискванията за състава на ТЕЛК и НЕЛК при осъществяване на медицинска експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването са определени единствено в двата нормативни акта. Не съществува друг нормативен акт в законодателството, който урежда този въпрос.

Обществените отношения, предмет на предложеното изменение и допълнение на Правилника и Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести, във връзка с уреждане на споменатите изисквания, не са регламентирани в европейското законодателство. Те са въпрос на национално решение и са от компетентността на отделните държави-членки. Това произтича от разпоредбата на чл. 168, параграф 7 от Договора за функциониране на Европейския съюз, която предвижда изключителна компетентност на държавите-членки по определяне на здравната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи.

3.5. Не са извършени последващи оценки или анализи за изпълнението на политиката, касаеща уреждането на изискванията към състава на ТЕЛК и НЕЛК при осъществяване на медицинска експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването.

1.1. Кратко опишете проблема/проблемите и причините за неговото тяхното възникване. По възможност посочете числови стойности.

1.2. Посочете възможно ли е проблемът да се реши в рамките на съществуващото законодателство чрез промяна в организацията на работа и/или чрез въвеждане на нови технологични възможности (например съвместни инспекции между няколко органа и др.).

1.3. Посочете защо действащата нормативна рамка не позволява решаване на проблема/проблемите.

1.4. Посочете задължителните действия, произтичащи от нормативни актове от по-висока степен или актове от правото на ЕС.

1.5. Посочете дали са извършени последващи оценки на нормативния акт или анализи за изпълнението на политиката и какви са резултатите от тях?

2. Цели:

2.1. Промяната на Приложение №1 към чл.63, ал.1 от НМЕ „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти“ има за цел:

Цел 1 Постигане на по-голяма прецизност по отношение на критериите, въз основа на които се извършва оценката на уврежданията предвид динамиката в развитието, различните етапи и стадии на едно и също заболяване;

Цел 2 Актуализиране величината на определени проценти, съответстващи на отделни отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в съответствие на съвременните достижения на медицинската наука и практика;

Цел 3 Премахване на несъответстващата на медицинската логика зависимост между процентите при доказани генетични аномалии и възрастта на лицето.

2.2. Допълнението в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, по отношение на изключенията, при които дните временна неработоспособност поради карантина се изключват от общата продължителност от 180 дни непрекъснат отпуск по болест, които ЛКК имат право да разрешат, както и от общата продължителност от 360 дни отпуск по болест с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, които изискват решение на ТЕЛК, има за цел:

Цел 1 Синхронизиране на разпоредбата на чл. 37 от Наредбата за медицинската експертиза, съгласно която болничен лист за карантина се издава еднолично от лекуващия лекар за срока на карантинния период и разпоредбите на чл. 26, ал. 1 и чл. 28, ал. 1, т. 3 от Правилника, съгласно които понастоящем лицата при достигане на 180 дни непрекъснат отпуск за временна неработоспособност или 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, при карантина трябва да бъдат насочени от ЛКК към ТЕЛК за уреждане на временната неработоспособност;

Цел 2 Оптимизиране на процедурата по издаване на болничен лист при карантина на болен или контактен осигурен, наложена съгласно разпоредбите за борба със заразните болести, в съответствие на противоепидемичните мерки, насочени против разпространението на инфекциозното заболяване, като не се допуска явяване на лицето пред ЛКК и ТЕЛК по време на карантина, наред с другите пациенти, за уреждане на временната неработоспособност;

Цел 3 Улеснение на карантинираните лица да получат еднолично издаден болничен лист за карантината от лекуващия лекар, без да се налага да посещават ЛКК и ТЕЛК, когато преди това са ползвали съответния нормативно определен брой дни отпуск по болест – 180 дни непрекъснато или 360 дни с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването;

Цел 4 Намаляване ангажираността на ЛКК и ТЕЛК по отношение разрешаването на временната неработоспособност при карантина на болен или контактен осигурен.

2.3. Допълнението в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи и в Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести, по отношение изискванията към състава на ТЕЛК и НЕЛК при осъществяване на медицинска експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, има за цел:

Цел 1 Да осигури окомплектоване на ТЕЛК и НЕЛК за целите на медицинската експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията, без да се занижават изискванията към качеството на този вид експертиза.

Посочете определените цели за решаване на проблема проблемите, по възможно най-конкретен и измерим начин, включително индикативен график за тяхното постигане. Целите е необходимо да са насочени към решаването на проблема проблемите и да съответстват на действащите стратегически документи.

3. Заинтересовани страни:

1. Освидетелствани лица – цялото население на страната е заинтересовано от промените, тъй като всяко лице потенциално може да бъде заинтересовано от освидетелстване по реда на Наредбата за медицинската експертиза, за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, включително и по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, както и да бъде карантинирано по повод заразно заболяване. От официалните данни на Националния център за обществено здраве и анализи през последните години броят на лицата, преминали експертиза на ТНР/ВСУ е ~ 165 000 души годишно.

Предвид конкретните предложени промени в Приложение № 1 към чл. 63, ал.1 от НМЕ, пряко заинтересовани лица, подлежащи на освидетелстване и преосвидетелстване са тези, които имат определени заболявания/увреждания от групите: заболявания на опорно-двигателния апарат, Психични болести, Ушни, носни и гърлени (УНГ) заболявания, Очни заболявания, Белодробни болести, Нервни болести, Хирургични заболявания, Вътрешни болести и Кожни болести. Конкретните заболявания/увреждания са представени със съответните могиви за предложената промяна в Раздел 1 „Проблем/проблеми за решаване“ на настоящата оценка.

2. Осигурители – по последни данни на НСИ от 2018 година, предприятията в страната от всички икономически сектори са около 352 600. Осигурителите са заинтересована страна предвид обстоятелството, че част от техните работници/служители, подлежащи на медицинска експертиза за ТНР/ВСУ, вследствие на нормативната промяна ще получат оценка на степента на неработоспособност, което ще им даде определени права във връзка с трудовите правоотношения, които осигурителите трябва да удовлетворят (трудоустройство, защита от съкращение и уволнение и други, подчинени на законодателството в сферата на труда и социалната политика). Пряко свързана с условията на труд е и експертизата за приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, от което осигурителите също имат пряк интерес.

3. Органите на медицинската експертиза (лекуващи лекари, ЛКК – 2460 бр., ТЕЛК – 71 бр. и НЕЛК), са заинтересовани от гледна точка на прилагане на промените в нормативните актове, осъществявайки медицинската експертиза на лицата.

4. Национален осигурителен институт – промяната на процентите в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ в някои от случаите ще доведе до промяна на групата, ползваща се с определени социални права, в която попада лицето и следователно – до промяна в броя на лицата, които се ползват от правата в отделните групи. В резултат на това се очаква преминаване на част от лицата към следваща група с по-големи права спрямо настоящото положение. По отношение на временната неработоспособност заинтересоваността на НОИ е свързана с прилагане на Наредбата за реда за представяне в Националния осигурителен институт на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им, като предвидените изключения за дните временна неработоспособност в карантина, трябва да бъдат съобразени, за което в проекта на нормативен акт се предвижда технологично време.

5. Агенция за социално подпомагане - заинтересоваността на АСП е аналогична на тази на НОИ по отношение на експертизата на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане, предвид обстоятелството, че агенцията предоставя друг вид социална подкрепа на лицата, получили правопораждащ процент (50 и над 50) ТНР/ВСУ.

6. Агенция за хора с увреждания - заинтересоваността на АХУ от нормативната промяна е свързана с обстоятелството, че агенцията защитава интересите на всички лица с увреждания, а предложените промени, касаещи трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане са изцяло в тяхна полза.

Посочете всички потенциални заинтересовани страни групи заинтересовани страни (в рамките на процеса по извършване на частичната предварителна частична оценка на въздействието и/или при обществените консултации по чл. 26 от Закона за нормативните актове), върху които предложенията ще окажат пряко или косвено въздействие (бизнес в оадена област всички предприемачи, неправителствени организации, граждани/техни представители, обществени органи общини и др.).

4. Варианти на действие. Анализ на въздействията:

4.1. По проблем 1: Наличие на несъвършенства в съществуващата към момента подзаконова нормативна уредба, касаещи определени заболявания или групи заболявания, формиращи отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти, съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ

Вариант 1 „Без действие“:

Описание:

Без предприемане на действия по нормативни промени проблемът ще продължи да бъде предпоставка за прояви на субективизъм и неточности при оценяването по някои от отправните точки в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ, тъй като липсата на точни критерии за оценка на някои от уврежданията във връзка с динамиката в протичането, различните етапи и стадии на едно и също заболяване, както и това, че те не са актуализирани дълго време и вече не съответстват на последните достижения на медицинската наука и практика, води до определяне на несъответстваща на действителното здравно състояние оценка.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Непредприемането на действия по нормативната промяна за решаването на този проблем няма положително въздействие в социален аспект.

Разходите на държавното обществено осигуряване, свързани с осигуряването на социални придобивки за лицата с увреждания, ще останат в непроменен вид, тъй като няма да настъпи преразпределение на хората с увреждания помежду отделните групи, сформирани на база полагащи се социални права.

Обществените отношения, които се уреждат с нормативния акт, както и с предложената промяна в него, нямат отношение към екологията.

(върху всяка заинтересована страна група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Липсата на действия по нормативна промяна на НМЕ ще има неблагоприятен социален ефект, тъй като настоящото положение ощетява част от лицата, подлежащи на медицинска експертиза за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане.

(върху всяка заинтересована страна група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия:

Вариант „без действие“ не променя ситуацията по отношение на малките и средните предприятия, в категорията на които попадат част от осигурителите като заинтересована страна, както и по отношение на лечебните заведения, към които функционират органите на медицинската експертиза.

Административна тежест:

Вариант „без действие“ не генерира административна тежест.

1.1. Опишете качествено (при възможност – и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни; и кои второстепенни.

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (задължения за информиране, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“:

Описание:

Предприемането на действия по промяна на нормативния акт е единствената възможност за решаването на проблема, тъй като той е обусловен именно от настоящия регламент в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ.

По-конкретно промените, касаещи някои заболявания/увреждания, посочени в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти са следните:

При болестта на Чандлър, която е бързо развиващо се заболяване (Част първа Заболявания на опорно-двигателния апарат, раздел VII Асептични некрози), процентът, определен за началния стадий се повишава с 10 пункта - от 40 на 50. Съществено условие, което има за цел да обективизира състоянието, е документирането с ядрено-магнитен резонанс.

В раздел IX Увреди на долните крайници, към т. 1 (Ендопротезиране на тазобедрена, колянна и глезенна става) се добавя възможност за оценка и при ендопротезиране на две различни големи стави, като в този случай се определят 75 процента. В т. 18 (Вродена луксация на тазобедрената става), е добавена възможността за оценка при двустранна форма на вродена или ачна луксация на тазобедрената става.

В същия раздел, в т. 17 (Ограничени движения на тазобедрената става) се определя дефицитът при различните степени на ограничени движения. Предлага се увеличаване на процентите съответно за едностранно (от 20 на 30) и за двустранно (от 50 на 71) ограничение на движенията при средната степен.

В Част втора Психични болести, раздел II Умствена ограниченост и раздел IX Психични отклонения в детска възраст термините, касаещи ограниченията в умствените възможности, както и тези, които касаят специалните образователни потребности са променени в съответствие на съвременните понятия, които се използват в тази област на обществения живот. В същия раздел IX от т. 2.2 и т. 2.3. са премахнати термините „паратимия“ и „парабулия“.

В Част трета Ушни, носни и гърлени (УНГ) заболявания: в раздел I Слухов анализатор са прецизирани диапазоните на намаление на слуха от гледна точка на тяхното неприпокриване; в раздел II Вестибуларни нарушения, случаите са прецизирани от гледна точка на степен на тежест; в раздел III Носни и гърлени заболявания са премахнати две състояния (т. 1. Състояние след фрактура на назалните кости с леки остатъчни изменения, непречещи на дишането и т. 6. Хронично гнойно възпаление на околоносните кухини при засягане на двата синуса), при които формираният дефицит е нищожно малък (съответно 5 и 10 %) и на практика няма значимост за формирането на общия дефицит, дори при множество увреждания; в раздел VI Злокачествени новообразувания на ларинго-ото-рино (ЛОР) органите, т. 9. Резекция на езика - при трите състояния (частична резекция, хемирезекция и глосектомия) процентите са повишени съответно: от 40 на 50; от 60 на 75 и от 80 на 95. Направена е и корекция на т. 11, съгласно която резекцията на фаринкса и резекцията на ларинкса ще могат да се разглеждат и по отделно, като две самостоятелни увреждания, а не както сега – задължително в съвкупност.

В Част пета Очни заболявания, раздел II Периферно зрение, в т. 3.1. са добавени понятията „хомонимна“ и „хемианопсия“. Обединяват се и двете състояния, отразени в т. 3.2. отпадане на половина на периметъра при липса или пълна слепота на другото око и т. 3.3. при непълно

отпадане на половината на периметъра в единственото око, като се запазва по-високият процент – 80.

Промяната в т. 1 от раздел III Парализа е свързана с уточнение, че придобитата липса на акомодация касае лицата до 40-годишна възраст. Точка 2 Смушения във функцията на сфинктера на ириса се отменя, тъй като тези увреждания се включват в оценката по част 5 Очни заболявания, раздел I Зрителна острота при определяне на функционален дефицит на едното или на двете очи. По същите причини се отменят раздел IV Мидриаза и раздел V Смутена адаптация, както и т. 1, т. 3, т. 5 и т. 7 от раздел VI Болести на придатъците на окото и на очните мускули.

В раздел VII Липса на леща остава само едно състояние - липса на леща в единственото око.

В раздел VIII Общи правила, т. 3, касаеща дистрофични и хронични възпалителни процеси, свързани с чести рецидиви и разрязване на роговицата, отпада поради това, че оценката се включва в тази по раздел I. В този раздел се променя и т. 4, касаеща уврежданията на зрението при хронични заболявания - доказани с обективни изследвания, при които са проведени многократни лазерни/оперативни лечения. Промяната е свързана с прецизиране на причините за формирания дефицит, като акцентът се поставя на възникналия функционален дефицит на органа или системата (в случая зрителния анализатор), а не на конкретната диагноза на хроничното заболяване, обуславящо този дефицит.

В Част шеста Белодробни болести, раздел V Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи, т. 2 При наличие на рецидив, близки и далечни метастази, в зависимост от давността на процеса, случаите се разделят на три групи, със съответната оценка – 100% за първите три години, 85% за четвъртата и петата година и 50% след петата година.

В раздел XI Степени на функционалните нарушения се добавят допълнителни обективни критерии за определяне степента на функционалните нарушения при белодробните болести.

В Част седма Нервни болести, първата промяна е допълнение на третото тире към т. 1.4., с което текстът става по-пълен и по-ясен. Следващата промяна в тази част е отпадането на т. 3.1. (патологична симптоматика без двигателен дефицит – 20%). Допълненията в т. 4, касаещи епилепсията, поясняват тежестта на състоянието в зависимост от честотата на епилептичните припадъци. В т. 6.3. (високостепенна стеноза) е повишавана стойността на процента (от 60 на 70). Последната промяна в тази част е в т. 15 (Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и състояния, водещи до хронично персистиращи радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит), като текстът на настоящата т. 15.3 се разделя на две точки, в зависимост от това дали става въпрос за оперирани лица, без остатъчен двигателен дефицит – 40% или за лица, които са оперирани неколккратно, без повлияване, с усложнения и остатъчен двигателен дефицит – 50%.

В Част осма Хирургични заболявания, раздел IX Пикочни органи, и т. 2.3. се прави допълнение, с което текстът става изчерпателен по отношение на всички състояния, които обуславят най-високия процент функционален дефицит след отстраняване на малигнен тумор на пикочния мехур.

В Раздел X Мъжки полови органи, са прецизирани т. 6.1. и т. 6.2, като и в двата случая отпадат съществуващи понастоящем условности, които не са целесъобразни.

В Раздел XII, т. 7 (За злокачествено заболяване in situ) и забележката след нея са допълнени така, че да става напълно ясно каква е връзката между посочените състояния и Международната класификация на болестите – X ревизия (за кои кодове по МКБ-10 става въпрос).

В Част девета Вътрешни болести, раздел I Захарен диабет промяната е свързана с елиминиране на провежданата терапия като основен фактор за определяне на степента на увреждане, а като такъв се приема формирания функционален дефицит в резултат на увреждането. В зависимост единствено от броя на усложненията се определя и оценката, като тя е завишена (в процентно изражение) в част от посочените състояния: при едно усложнение – от 30 на 40%; при две

усложнения – от 40 на 50%; при повече от две усложнения – от 50 на 60%. По-висок процент е определен и при децата до 16 годишна възраст със захарен диабет – от 50 на 80.

Промяната в раздел II Болести на щитовидната жлеза е свързана с добавяне на някои условия при определяне на здравното състояние (наличие на локални и далечни метастази), разграничаване на видовете карцином (по степен на диференцираност, от което зависи степента на злокачественост), както и разграничаване на времевите етапи от гледна точка на давността на процеса при тях.

В раздел IV Болести на надбъбречните жлези, в т. 4.2 (при наличие на метастази при иноперабилни карциноми) също е направено разграничаване в зависимост от давността на злокачественото заболяване, като за първите три години се полагат 100%, за четвъртата и петата година – 85%, а след петата година – 50%..

В раздел VIII Други болести на обмяната е премахната възрастовата зависимост на функционалния дефицит.

В раздел XI Генетични аномалии е премахната забележката, която също определя различна оценка в зависимост от възрастта - за децата до 3 години и над 3 години. Текстът на трите точки към този раздел е прецизиран от гледна точка на пълнота и коректност.

В Раздел XVII Злокачествени кръвни заболявания в няколко точки е направено допълнение на думата „включително“, което има за цел да направи текстовете по-прецизни и изчерпателни.

Промяната в раздел XIX Болести на бъбреците и пикочните пътища, включва разграничаване на подстепенни на хроничната бъбречна недостатъчност в рамките на умерената степен (т. 5.2), на които съответстват различни проценти, в зависимост от нивата на серумния креатинин. Понастоящем умерената степен се определя като едно състояние, със съответстващ процент – 60, а на предложените три подстепенни съответстват 40, 50 и 60%.

В раздел XXIII Заболявания на опорно-двигателния апарат е прецизиран трети стадий на ревматоидния артрит (т. 4) с изразен ортопедичен функционален дефицит, като се изключва зависимостта от наличието на възпалителна активност. При болестта на Бехтерев (т. 6) се разграничават повече на брой степени на функционален дефицит при централната форма на заболяването, като добавената степен е в т. 6.2.3. „с лек функционален дефицит – 50%“. Добавена е и нова точка (7), касаеща децата с доказан ювенилен хроничен артрит, като са предвидени три степени на тежест, на които съответстват различни проценти – съответно 50, 80 и 100%.

В последната Част десета Кожни болести промените касаят злокачествените тумори на кожата, като са прецизирани стадията и съответстващите им проценти. Добавени са различни (по-малко) проценти след определен период на злокачествения процес, в зависимост от стадия.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Положителното въздействие в социален аспект е свързано с преодоляване на недостатъците на действащия към настоящия момент регламент, обуславящ наличие на непълни и неточни критерии за оценка на уврежданията по отношение на някои отправни точки в приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ. Прецизирането на сега действащите критерии е свързано с това, че те ще разграничават по-ясно състоянията, свързани с динамиката на протичане в отделните етапи на заболяването, както и степента на тежест на проявите при различни форми на заболяването. Същевременно ще отразяват и съвременните достижения на медицината, позволяващи да се разграничат по-ясно тези етапи и степени на тежест.

Ще се постигне и по-справедливо оценяване на случаите при лица с доказани генетични аномалии, като се елиминира критерият „възраст“, който практически няма отношение към определянето на процентите, съответстващи на формирания функционален дефицит.

За положителен икономически ефект, в резултат на предложената нормативна промяна, можем да говорим в косвен план, предвид това, че по-прецизното оценяване на здравното състояние на лицата, което е и по-благоприятно за тях от гледна точка на получаване на полагащите се социални

права, ще допринесе в известна степен за здравословното стабилизиране на тази част от тях, която е в трудоспособна възраст и следователно представлява фактор за икономиката на страната.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Нормативната промяна няма отрицателни социални въздействия.

Разходите на държавното обществено осигуряване, свързани с осигуряването на социални права за лицата с увреждания, е възможно да се увеличат в известна степен, тъй като се очаква известно преразпределение на броя на лицата помежду категориите, ползващи определени социални права в зависимост от определения процент трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия:

Въздействието върху малките и средните предприятия е косвено и то е свързано с обстоятелството, че част от лицата, подлежащи на медицинска експертиза за трайно намалена работоспособност, при които оценяването на тяхното здравно състояние ще попадне в обхвата на нормативната промяна, ще получат оценка, която ще им даде относително по-големи права, свързани с трудовите правоотношения (трудоустройство, защита от съкращение и уволнение и други, подчинени на законодателството в сферата на труда и социалната политика).

Административна тежест:

Предложената нормативна промяна не води до увеличена административна тежест.

(въздействията върху малките и средните предприятия: административна тежест)

1.1. Опишете качествено (при възможност -- и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни и кои второстепенни.

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (заоблжения за информирани, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

Вариант 3 „предприемане на нерегулаторни възможности“:

Описание:

Не съществуват нерегулаторни възможности, които биха решили съществуващия проблем. Чрез организационни промени, указания и др. не може да се получи ефектът на нормативната промяна и да се постигне целта, тъй като критериите, въз основа на които се оценява здравното състояние на лицата, са предмет на правна регулация и следователно тяхната промяна не може да се осъществи по друг начин освен чрез нормативна промяна.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

При факта, че нерегулаторен подход за решаване на проблема не съществува, не може да се говори за негови положителни, отрицателни и специфични въздействия.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Предвид липсата на нерегулаторен подход не може да бъде оценено въздействието на такъв.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия: не съществуват.

Административна тежест: не съществуват

(въздействията върху малките и средните предприятия: административна тежест)

1.1. Опишете качествено (при възможност -- и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни и кои второстепенни.

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (задължения за информиране, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

4.2. По проблем 2: Наличие на практическа невъзможност за еднолично издаване на болничен лист от лекуващия лекар за срока на карантинния период, в случаите когато лицето преди това е ползвало 180 календарни дни непрекъснат отпуск за временна неработоспособност или 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването.

** При повече от един поставен проблем мултиплицирайте Раздел 4.1.*

Вариант 1 „Без действие“:

Описание:

Без нормативна промяна, която да уреди изключението на дните временна неработоспособност поради карантина от общия брой дни, дадени без прекъсване или от общия брой дни, дадени с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, ще продължи да генерира проблема, изразяващ се в необходимостта лицата, попадащи в споменатите две категории да получават болничен лист/решение за временна неработоспособност съответно от ЛКК и ТЕЛК, което противоречи на логиката на всички протиепидемични мерки, свързани с карантината.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Няма никакви положителни въздействия от оставането на настоящото положение, за нито една от страните, участващи в процедурата по оценка на временната неработоспособност, както и за всички останали заинтересовани страни.

(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Социалното въздействие е изцяло отрицателно ако се запази настоящото положение, тъй като то обуславя затруднения за освидетелстваните лица, дори нарушаване на постановени мерки, както и излишно натоварване на ЛКК и ТЕЛК с несвойствена дейност.

В известен смисъл се наблюдава негативен икономически ефект, тъй като напълно излишно се ангажират повече органи на медицинската експертиза, за дейности, които могат да се осъществят от един лекар и то еднократно.

Обществените отношения, които са обект на тази нормативна уредба нямат екологичен аспект.

(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия:

Доколкото лечебните заведения попадат в категорията на малките и средните предприятия, при запазване на настоящото положение, за тях ще се наблюдава по-голяма ангажираност в процеса на издаване на болнични листове за карантина, изразяваща се във включване в този вид експертиза на експертни нива, които никога преди пандемията от COVID-19 не са били ангажирани с това - ЛКК и ТЕЛК.

Административна тежест:

Горното на практика означава по-голяма административна тежест за лечебните заведения, към които са създадени ЛКК и ТЕЛК, произтичаща от нормативната непълнота, във връзка с която лицата, които попадат в двете гореспоменати категории, трябва да ползват експертизата на ЛКК и ТЕЛК, преминавайки през цялата процедура на изпращане с направление от лекуващия лекар през ЛКК към ТЕЛК и после обратно, за да получат болничен лист от ЛКК.

1.1. Опишете качествено (при възможност – и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни и кои второстепенни.

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (забължения за информиране, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“:

Описание:

Предприемането на действия по нормативна промяна са единствено възможните, които биха решили горния проблем. Определянето на дните временна неработоспособност при карантина, като изключение от общия брой дни, които могат да се дадат без прекъсване (180) или с прекъсване в две предходни календарни години и годината на боледуване (360) ще даде възможност нуждаещите се лица да получат един болничен лист за целия период, издаден еднолично от лекуващия лекар.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Обратно на първия вариант (без действие) при предприемане на регулаторна намеса ще се наблюдават положителни социални и икономически последици, изразяващи се в осигуряване на карантинния режим на лицата и спестяване на техните усилия да посещават повече от един орган на медицинската експертиза. Същевременно ще се намали ангажираността на самите органи на медицинската експертиза, чрез изключване на ЛКК и ТЕЛК от този вид експертиза.

(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Вариантът на предприемане на регулаторна намеса няма отрицателно въздействие в социален и икономически аспект.

(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия:

Административна тежест:

Нормативната промяна ще допринесе за намаляване на административната тежест за ЛКК и ТЕЛК като органи на медицинската експертиза, тъй като те ще бъдат изключени от процедурите по медицинска експертиза на временната неработоспособност при лицата по повод карантина.

(въздействията върху малките и средните предприятия: административна тежест)

1.1. Опишете качествено (при възможност – и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни и кои второстепенни.

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (забължения за информиране, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

Вариант 3 „предприемане на нерегулаторни възможности“:

Описание:

Опитът за предприемане на нерегулаторни възможности, чрез координация посредством кореспонденция между Министерство на здравеопазването и Националния осигурителен институт, направен в периода на първите две вълни на покачване заболяемостта от COVID-19, имаше за цел спестяване на време (каквото се изисква за нормативна промяна) и бързо уреждане

на въпроса с изключването на дните карантина при изчисляване на дадените до момента дни временна неработоспособност по други поводи. Това обаче се оказва невъзможно именно поради нормативния регламент, който на този етап не урежда това изключение.

Следователно не съществуват нерегулаторни възможности, чрез които да се реши проблемът.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

При невъзможност да се приложи вариант „предприемане на нерегулаторни възможности“ въздействието е същото както при вариант „без действие“ – няма социални и икономически положителни въздействия.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Запазват се сега наблюдаваните отрицателни социални и икономически въздействия, свързани с неспазване на карантинния режим от лицата поради ангажирането им да посещават повече от един орган на медицинската експертиза, както и ангажиране на повече органи на медицинската експертиза в този вид експертиза.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия:

Административна тежест:

Остават негативните въздействия върху лечебните заведения с разкрити ЛКК и ТЕЛК предвид ангажирането им в експертизата на временната неработоспособност на лицата по повод карантина.

(въздействията върху малките и средните предприятия; административна тежест)

1.1. Опишете качествено (при възможност - и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни и кои второстепенни

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (задължения за информиране, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

4.3. По проблем 3: Практически затруднения за кадрово осигуряване на нормативното изискване при освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването в състава на ТЕЛК да се включват специалисти по професионални болести и по трудова медицина, радиобиология или радиационна хигиена, които председателстват заседанията на комисията.

Вариант 1 „Без действие“:

Описание:

Без предприемане на действия по нормативна промяна проблемът ще персистира и дори ще се задълбочава, тъй като броят на специалистите по професионални болести в страната към настоящия момент е крайно недостатъчен, а перспективата е той да продължи да намалява. В резултат на това ТЕЛК и НЕЛК ще срещат все повече затруднения при осъществяване на експертизата по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, каквито сега се наблюдават само в отделни области на страната. Последствията от това ще бъдат свързани и с все по-голямото затруднение за самите хора с увреждания, при които този вид експертиза ще бъде забавена до невъзможна, когато на територията липсват специалисти по професионални болести, или наличните такива не желаят да работят в съставите на ТЕЛК/НЕЛК.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Непредприемането на действия по нормативната промяна за решаването на този проблем няма положително въздействие в социален аспект.

Обществените отношения, които се уреждат с нормативния акт, както и с предложената промяна в него, не са свързани с икономическо и екологично въздействие.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Липсата на действия по нормативна промяна ще има неблагоприятен социален ефект, тъй като настоящото положение създава значителни и задълбочаващи се проблеми при експертизата по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия:

Вариант „без действие“ не променя ситуацията по отношение на малките и средните предприятия, в категорията на които попадат част от осигурителите като заинтересована страна.

По отношение на лечебните заведения, към които функционират ТЕЛК, ще се наблюдават затруднения за все повече от тях поради невъзможност да отговорят на нормативното изискване за включване в състава на ТЕЛК на специалист по професионални болести.

Административна тежест:

Вариант „без действие“ генерира административна тежест именно поради затруднението в съставите на ТЕЛК да се осигурят специалисти по професионални болести, каквото е настоящото нормативно изискване.

1.1. Опишете качествено (при възможност – и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни и кои второстепенни.

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (задължения за информиране, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“:

Описание:

Предприемането на действия по допълнение на двата нормативни акта – Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи и Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести, е единствената възможност за решаването на проблема, който възниква от изискването в състава на ТЕЛК/НЕЛК задължително да се включват специалисти по професионални болести.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Положителното въздействие на нормативната промяна в социален аспект е свързано с преодоляване на недостига на специалисти по професионални болести чрез взаимозаменяемост със специалисти по трудова медицина, в резултат на което ще се осигури оптимално функциониране на ТЕЛК/НЕЛК при осъществяване на експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията. По този начин ще се осигури оптимален процес на експертиза и за лицата с увреждания, без да се налага те да чакат дълго време, докато в ТЕЛК/НЕЛК се осигурят такива специалисти.

Нормативната промяна няма въздействие в икономически и екологичен аспект.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Нормативната промяна няма отрицателни социални въздействия, тъй като с нея се цели да се постигне именно оптимално функциониране на ТЕЛК/НЕЛК, респ. – оптимален процес на експертиза за лицата, които трябва да бъдат освидетелствани по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия:

Въздействието на промяната върху лечебните заведения, които попадат в категорията на малките и средните предприятия и в които е разкрита ТЕЛК, е благоприятно предвид нейната цел да се премахнат затрудненията при окомплектоване на съставите и да се постигне оптимална работа на комисиите при експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването.

Административна тежест:

Предложената нормативна промяна намалява съществуващата понастоящем административна тежест, свързана с необходимостта лечебните заведения, към които са разкрити ТЕЛК, задължително да осигуряват специалист по професионални болести, като им дава възможност за алтернативен избор между двата вида специалисти – по професионални болести и по трудова медицина.

(въздействията върху малките и средните предприятия: административна тежест)

1.1. Опишете качествено (при възможност – и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни и кои второстепенни.

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (задължения за информирание, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

Вариант 3 „приемане на нерегулаторни възможности“:

Описание:

Не съществуват нерегулаторни възможности, които биха решили съществуващия проблем. Чрез организационни промени, указания и др. не може да се получи ефектът на нормативната промяна и да се постигне целта, тъй като прилагането на нерегулаторни механизми ще бъде в нарушение на действащия регламент.

Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:

При факта, че нерегулаторен подход за решаване на проблема не съществува, не може да се говори за негови положителни, отрицателни и специфични въздействия.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:

Предвид липсата на нерегулаторен подход не може да бъде оценено въздействието на такъв.

(върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни)

Специфични въздействия:

Въздействия върху малките и средните предприятия: не съществуват.

Административна тежест: не съществуват

(въздействията върху малките и средните предприятия: административна тежест)

1.1. Опишете качествено (при възможност – и количествено) всички значителни потенциални икономически, социални и екологични въздействия, включително върху всяка заинтересована страна /група заинтересовани страни. Пояснете кои въздействия се очаква да бъдат значителни и кои второстепенни.

1.2. Опишете специфичните въздействия с акцент върху малките и средните предприятия и административната тежест (задължения за информирание, такси, регулаторни режими, административни услуги и др.)

5. Сравняване на вариантите:

Степени на изпълнение по критерии: 1) висока; 2) средна; 3) ниска.

5.1. По проблем 1: Наличие на несъвършенства в съществуващата към момента подзаконова нормативна уредба, касаещи определени заболявания или групи заболявания, формиращи отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти, съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ)

Цели		Варианти на действие	Вариант „Без действие“	Вариант „регулаторна намеса“	Вариант „нерегулаторна намеса“
Ефективност	Цел 1: Постигане на по-голяма прецизност по отношение на критериите, въз основа на които се извършва оценката на уврежданията предвид динамиката, различните етапи и стадии на едно и също заболяване		ниска	висока	ниска
	Цел 2: Актуализиране величината на определени проценти, съответстващи на отделни отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в съответствие на съвременните достижения на медицинската наука и практика		ниска	висока	ниска
	Цел 3: Премахване на несъответстващата на медицинската логика зависимост между процентите при доказани генетични аномалии и възрастта на лицето		ниска	висока	ниска
Ефикасност	Цел 1: Постигане на по-голяма прецизност по отношение на критериите, въз основа на които се извършва оценката на уврежданията предвид динамиката, различните етапи и стадии на едно и също заболяване		ниска	средна	ниска
	Цел 2: Актуализиране величината на определени проценти, съответстващи на отделни отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в съответствие на съвременните достижения на медицинската наука и практика		ниска	средна	ниска
	Цел 3: Премахване на несъответстващата на медицинската логика зависимост между процентите при доказани генетични аномалии и възрастта на лицето		ниска	средна	ниска
Съгласуваност	Цел 1: Постигане на по-голяма прецизност по отношение на критериите, въз основа на които се извършва оценката на уврежданията предвид динамиката, различните етапи и стадии на едно и също заболяване		ниска	висока	ниска
	Цел 2: Актуализиране величината на определени проценти, съответстващи на отделни отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в съответствие на съвременните достижения на медицинската наука и практика		ниска	висока	ниска
	Цел 3: Премахване на несъответстващата на медицинската логика зависимост между процентите при доказани генетични аномалии и възрастта на лицето		ниска	висока	ниска

5.2. По проблем 2: Наличие на практическа невъзможност за еднолично издаване на болничен лист от лекуващия лекар за срока на карантинния период, в случаите когато лицето преди това е ползвало 180 календарни дни непрекъснат отпуск за временна неработоспособност или 360 дни отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването.

Цели		Варианти на действие		
		Вариант „без действие“	Вариант „регулаторна намеса“	Вариант „нерегулаторна намеса“
Ефективност	Цел 1: Синхронизиране на разпоредбата на чл. 37 от Наредбата за медицинската експертиза, съгласно която болничен лист за карантина се издава еднолично от лекуващия лекар за срока на карантинния период и разпоредбите на чл. 26, ал. 1 и чл. 28, ал. 1, т. 3 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи	ниска	висока	ниска
	Цел 2: Оптимизиране на процедурата по издаване на болничен лист при карантина, в съответствие на мерките, насочени срещу разпространението на заразните заболявания	ниска	висока	ниска
	Цел 3: Намалване ангажираността на ЛКК и ТЕЛК в експертната на временната неработоспособност при карантина	ниска	висока	ниска
Ефикасност	Цел 1: Синхронизиране на разпоредбата на чл. 37 от Наредбата за медицинската експертиза, съгласно която болничен лист за карантина се издава еднолично от лекуващия лекар за срока на карантинния период и разпоредбите на чл. 26, ал. 1 и чл. 28, ал. 1, т. 3 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи	ниска	висока	ниска
	Цел 2: Оптимизиране на процедурата по издаване на болничен лист при карантина, в съответствие на мерките, насочени срещу разпространението на заразните заболявания	ниска	висока	ниска
	Цел 3: Намалване ангажираността на ЛКК и ТЕЛК в експертната на временната неработоспособност при карантина	ниска	висока	ниска
Съгласуваност	Цел 1: Синхронизиране на разпоредбата на чл. 37 от Наредбата за медицинската експертиза, съгласно която болничен лист за карантина се издава еднолично от лекуващия лекар за срока на карантинния период и разпоредбите на чл. 26, ал. 1 и чл. 28, ал. 1, т. 3 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи	ниска	висока	ниска
	Цел 2: Оптимизиране на процедурата по издаване на болничен лист при карантина, в съответствие на мерките, насочени срещу разпространението на заразните заболявания	ниска	висока	ниска
	Цел 3: Намалване ангажираността на ЛКК и ТЕЛК в експертната на временната неработоспособност при карантина	ниска	висока	ниска

5.3. По проблем 3: Практически затруднения при осигуряване на нормативното изискване за включване в състава на ТЕЛК/НЕЛК на специалисти по професионални болести и по трудова медицина, радиобиология или радиационна хигиена, които председателстват заседанията на комисията при освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването.

Цели		Варианти на действие		
		Вариант „без действие“	Вариант „регулаторна намеса“	Вариант „нерегулаторна намеса“

Ефективност	Цел 1: Да се осигури окомплектоване на ТЕЛК и НЕЛК за целите на медицинската експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията, без да се занижават изискванията към качеството на този вид експертиза	ниска	висока	ниска
Ефикасност	Цел 1: Да се осигури окомплектоване на ТЕЛК и НЕЛК за целите на медицинската експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията, без да се занижават изискванията към качеството на този вид експертиза	ниска	висока	ниска
Съгласуваност	Цел 1: Да се осигури окомплектоване на ТЕЛК и НЕЛК за целите на медицинската експертиза по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията, без да се занижават изискванията към качеството на този вид експертиза	ниска	висока	ниска

1.1. Сравнете вариантите чрез сравняване на ключовите им положителни и отрицателни въздействия.

1.2. Посочете степента, в която вариантите ще изпълнят определените цели, съгласно основните критерии за сравняване на вариантите: ефективност, чрез която се измерва степента, до която вариантите постигат целите на предложението; ефикасност, която отразява степента, до която целите могат да бъдат постигнати при определено ниво на ресурсите или при най-малко разходи;

съгласуваност, която показва степента, до която вариантите съответстват на действащите стратегически документи

* При повече от един поставен проблем мултиплицирайте таблицата за всеки отделен проблем.

6. Избор на препоръчителен вариант:

По проблем 1: Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“ е единственият възможен вариант за решаване на проблема, тъй като критериите по отделните отправни точки в Приложение № 1 към чл. 36, ал. 1 от НМЕ, обуславящи оценката в проценти, са обект на нормативна регулация. Следователно и промяната им също следва да е обект на нормативна регулация.

Доказателство за този единствено възможен подход е резултатът на оценяването на вариантите в т. 5 по проблем № 1, който показва, че с най-голяма ефективност, ефикасност и съгласуваност е именно вариант „регулаторна намеса“.

По проблем 2: Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“ е единственият възможен вариант за решаване на проблема, тъй като само по този начин може да се уреди едноличното издаване на болничен лист за целия карантинен период, независимо от ползваните преди това дни временна неработоспособност по всички поводи.

Доказателство за този единствено възможен подход е резултатът на оценяването на вариантите в т. 5 по Проблем № 2, който показва, че с най-голяма ефективност, ефикасност и съгласуваност е именно вариант „регулаторна намеса“.

По проблем 3: Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“ е единственият възможен вариант за решаване на проблема, тъй като само при него може да се постигне оптимизиране относно изискванията за окомплектоване на съставите на ТЕЛК и НЕЛК за целите на експертизата по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията.

Именно това показва и оценяването на вариантите по Проблем № 3 – с най-голяма ефективност, ефикасност и съгласуваност е именно вариант „регулаторна намеса“.

Посочете препоръчителните варианти за решаване на поставения проблем/проблеми.

6.1. Промяна в административната тежест за физическите и юридическите лица от прилагането на препоръчителния вариант (включително по отделните проблеми):

По Проблем № 1: Няма ефект

- Ще се увеличи
- Ще се намали
- Няма ефект

Прецизирането на критериите за оценяване на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане по отправните точки в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ няма да повлияе върху работата на ТЕЛК и НЕЛК в насока на увеличаване или намаляване на административната тежест, тъй като ще има ефект единствено върху качеството на медицинската експертиза, без да се увеличава количествено или да се утежнява процедурно работата на тези органи.

По Проблем № 2: Ще се намали

- Ще се увеличи
- Ще се намали
- Няма ефект

С изключването на дните временна неработоспособност поради карантина от общия брой дни временна неработоспособност, дадени преди това по всички поводи, административната тежест за органите на медицинската експертиза ЛКК и ТЕЛК ще се намали, тъй като ще се намали тяхната ангажираност чрез изключването им от този вид медицинска експертиза. Тя ще остане изцяло в правомощията на лекуващите лекари.

По Проблем № 3: Ще се намали

- Ще се увеличи
- Ще се намали
- Няма ефект

С осигуряването на алтернативни варианти за избор на специалист за окомплектоване съставите на ТЕЛК/НЕЛК във връзка с експертизата за приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването, се създават условия за оптимална работа на тези органи на медицинската експертиза, каквито понастоящем липсват в някои области и перспективата е този проблем да се мултиплицира и в останалата част от страната.

- 1.1. Изборът следва да е съотносим с посочените специфични въздействия на препоръчителния вариант за решаване на всеки проблем.*
- 1.2. Ако се предвижда въвеждането на такса, представете образуването на нейния размер съгласно Методиката по чл. 7а от Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност.*

6.2. Създават ли се нови/засягат ли се съществуващи регулаторни режими и услуги от прилагането на препоръчителния вариант (включително по отделните проблеми)?

- Да
- Не

Промените и по трите посочени проблема не са свързани със създаване на нови регулаторни режими, нито със съществуващи такива.

- 1.1. Изборът следва да е съотносим с посочените специфични въздействия на избрания вариант.*
- 1.2. В случай че се предвижда създаване нов регулаторен режим, посочете неговия вид (за стопанска дейност: лицензионен, регистрационен; за отделна стелка или действие: разрешителен, уведомителен; удостоверятелен и по какъв начин това съответства с постигането на целите).*
- 1.3. Мотивирайте създаването на новия регулаторен режим съгласно изискванията на чл. 3, ал. 4 от Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност.*

1.4. Посочете предложените нови регулаторни режими отговарят ли на изискванията на чл. 10 – 12 от Закона за дейностите по предоставяне на услуги.

1.5. Посочете изпълнено ли е изискването на § 2 от Допълнителните разпоредби на Закона за дейностите по предоставяне на услуги.

1.6. В случай че се изменят регулаторни режими или административни услуги, посочете промяната.

6.3. Създават ли се нови регистри от прилагането на препоръчителния вариант (включително по отделните проблеми)?

Да

Не

Промените и по трите горе-посочени проблема не са свързани със съществуващи регистри, нито създават нови такива.

Когато отговорът е „Да“, посочете регистрите, които се създават и по какъв начин те ще бъдат интегрирани в общата регистрова инфраструктура.

6.4. По какъв начин препоръчителният вариант въздейства върху микро-, малките и средните предприятия (МСП) (включително по отделните проблеми)?

Актът засяга пряко МСП

Актът не засяга МСП

Както вече беше отбелязано, при прилагане на вариант „предприемане на регулаторна намеса“ за решаване на първия проблем, въздействието върху малките и средните предприятия е косвено и то е свързано с обстоятелството, че част от лицата, подлежащи на медицинска експертиза за трайно намалена работоспособност, при които оценяването на тяхното здравно състояние ще попадне в обхвата на нормативната промяна, ще получат оценка, която ще им даде относително по-големи права, свързани с трудовите правоотношения (трудоустройство, защита от съкращение и уволнение и други, подчинени на законодателството в сферата на труда и социалната политика). Това на практика ще засегне част от предприятията, в които работят лица с увреждания, попадащи в обхвата на предложената нормативна промяна.

При втория проблем нормативната промяна ще има положително въздействие върху лечебните заведения, които попадат на категорията на МСП, тъй като ЛКК и ТЕЛК, които са техни органи на експертизата, ще бъдат освободени от осъществяване на медицинска експертиза за временна неработоспособност при карантина.

При третия проблем нормативната промяна ще има благоприятно въздействие върху лечебните заведения, които попадат на категорията на МСП, тъй като за ТЕЛК, които са техни органи на експертизата, се създават по благоприятни възможности за окомплектоване на съставите за целите на експертизата по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването.

Изборът следва да е съотнесен с посочените специфични въздействия на препоръчителния вариант.

6.5. Потенциални рискове от прилагането на препоръчителния вариант (включително по отделните проблеми):

При проблем № 1 нормативната промяна, предвид това, че тя е насочена към детайлизиране на критериите, повишаване на процентите по някои отправни точки и елиминиране на сега действащи и несъответстващи на медицинската логика критерии, е свързана с известен риск по отношение на размера на обезщетения/социални права, тъй като част от лицата с увреждания, които попадат в обхвата на нормативната промяна ще получат относително по-висок процент ТНР/ВСУ, обуславящ именно тези по-големи социални права.

При проблем № 2 нормативната промяна не носи потенциални рискове в нито един аспект на прилагането ѝ.

При проблем № 3 също няма потенциални рискове от прилагането на предложената нормативна промяна.

Посочете възможните рискове от прилагането на препоръчителния вариант, различни от отрицателните въздействия, напр. възникване на съдебни спорове и др.

7. Консултации:

Проведени са консултации

Посочете основните заинтересовани страни, с които са проведени консултации. Посочете резултатите от консултациите, включително на ниво ЕС: спорни въпроси, многократно поставяни въпроси и др.

Предстоят обществени консултации по чл. 26 от Закона за нормативните актове

В рамките на процедурата по приемане на предложените нормативни промени се предвижда провеждане на обществени консултации освен с цялото общество чрез публикуване на сайта на Министерство на здравеопазването и Портала за обществени консултации към Министерския съвет за 30-дневен период, също и консултации с Националния съвет на хората с увреждания и Националния съвет за тристранно сътрудничество. Ще бъде поискано и становището на Националния осигурителен институт, чиято дейност пряко се засяга от предложените промени. Очаква се изразен интерес от всички заинтересовани страни, но най-вече от лицата с увреждания и техни организации, както и от органите на медицинската експертиза, които ще прилагат промените. По тази причина се предвижда да се даде възможност на лицата, пряко заинтересовани от промените в Приложение № 1 към Наредбата за медицинската експертиза, в едномесечен срок от влизането им в сила, да подадат документи за ново преосвидетелстване, извън случаите по чл. 56, ал. 1 от Правилника.

Освен това се предвижда отлагане във времето на влизане в сила на промяната, касаеща временната неработоспособност при карантина, поради необходимост да се извърши адаптиране на електронния регистър на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им, администриран от НОИ.

Обобщете най-важните въпроси за обществени консултации. Посочете индикативен график за тяхното провеждане и видовете консултационни процедури.

8. Приемането на нормативния акт произтича ли от правото на Европейския съюз?

Да

Не

1.1. Посочете изискванията на правото на Европейския съюз, включително информацията по т. 6.2 и 6.3, оали е извършена оценка на въздействието на ниво Европейски съюз, и я приложете (или посочете връзка към източник).

1.2. Изборът трябва да съответства на посоченото в раздел 1, съгласно неговата т. 1.5.

9. Изисква ли се извършване на цялостна предварителна оценка на въздействието поради очаквани значителни последици?

Да

Не

(преценка съгласно чл. 20, ал. 3, т. 2 от Закона за нормативните актове)

10. Приложения: няма

Приложете необходимата допълнителна информация и документи.

11. Информационни източници:

Посочените по-горе варианти за действие са избрани въз основа на анализ на разпоредбите и практическото приложение на Наредбата за медицинската експертиза и Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи.

Взети са предвид предложения, дадени от организации на хората с увреждания по отношение на отправните точки в Приложение №1 от НМЕ, както и становища на експертни съвети по определени медицински специалности във връзка с тези предложения.

Относно предложената промяна, свързана с временната неработоспособност, тя е обусловена най-вече от практическите затруднения на хората, на които е предписана карантина по повод COVID-19 и същевременно са ползвали продължително време болнични листи преди това, така че се налага експертизата да се извърши от ЛКК и ТЕЛК, а не еднолично от лекуващия лекар. В този смисъл сигналите и жалбите по този повод, постъпили в Министерство на здравеопазването, бяха източникът на информация, за да се оцени необходимостта и да се предложи нормативната промяна.

Промяната, касаеща експертизата по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяванията, е свързана с официално постъпили сигнали в Министерство на здравеопазването от две области в страната – Сливен и Пловдив за невъзможност да бъдат осигурени специалисти по професионални болести в съставите на ТЕЛК. Проблемът беше потвърден и в становище от НЕЛК, като националната комисия предлага той да бъде решен чрез нормативна промяна, предвид това, че перспективата е той да се задълбочава и разпространява на територията на цялата страна. Анализът на осигуреността със специалисти по професионални заболявания, предоставен от НЦОЗА, потвърди съществуващия проблем и затвърди становището, че за неговото решаване е необходима нормативна промяна.

Посочете изчерпателен списък на информационните източници, които са послужили за оценка на въздействията на отделните варианти и при избора на вариант за действие: регистри, бази данни, аналитични материали и др

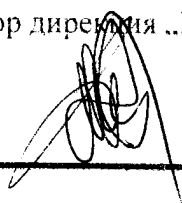
12. Име, длъжност, дата и подпис на директора на дирекцията, отговорна за извършването на частичната предварителна оценка на въздействието:

Име и длъжност: Д-р Иван Бенишев

Директор дирекция „Медицински дейности“

Дата: 05.04.2021 г.

Подпис:





РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
АДМИНИСТРАЦИЯ НА
МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ

№..... 04. 11-43

..... 02.04 2021 г.

оригинал / Х.Г

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО 11000, София, пл. "Света Неделя" № 5 РЕГИСТРАТУРА
Регистрационен индекс, дата
03-08-673/02.04.21

✓ ДО

Г-ЖА ХРИСТИНА ГЕТОВА

ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА

МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

На Ваш № 03-08-673/30.03.2021 г.

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ГЕТОВА,

Приложено Ви изпращам становището на дирекция „Модернизация на администрацията” относно съгласуването на частичната предварителна оценка на въздействието на проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза.

Съгласуването се извършва на основание чл. 30г от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация.

Приложение: становище на дирекция „Модернизация на администрацията”

**ЗА ГЛАВЕН СЕКРЕТАР
НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ**

/РОСЕН КОЖУХАРОВ/

(съгласно заповед № Н-641/23.03.2021 г.)



Становище на администрацията на Министерския съвет

Съгласуването се извършва на основание чл. 21, ал. 5 от Закона за нормативните актове

Проект на акт:	Вид оценка:	Частична
- Наредба за медицинската експертиза; - Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи; - Наредба за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести	Становище по ред:	Единствено съгласуване
	Дата:	01.04.2021
	В отговор на №:	03-08-673/30.03.2021 г
	Институция:	Министерство на здравеопазването
Диспозитив:	Съгласува с препоръки	
Основание:	Чл. 30б, ал. 3, т. 2, б. "а" от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация	

I. Обща бележка

При положение че се предвиждат промени в *Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи* и в *Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести*, предлагаме да се включат в графата „Нормативен акт“.

II. Относно раздел 1 „Проблем/проблеми за решаване“

За Проблем 1:

Предлагаме да се посочат кои са конкретните заболявания или групите заболявания, за които е необходима актуализация на сегашните нормативно определени стойности в проценти на трайно намалената работоспособност и степен на увреждане, като се включат и конкретни примери или други факти, доказващи несъвършенствата в действащата нормативна уредба.

III. Относно раздел 3 „Заинтересовани страни“

За Проблем 1:

Предвид спецификата на обществените отношения, които ще бъдат засегнати, предлагаме заинтересованите страни да се определят максимално изчерпателно, както и да се обмисли възможността за формиране на специфични подгрупи заинтересовани и засегнати страни, групирани по избрани критерии или категории. В случай че се прецени, че не е необходимо да се конкретизират отделни специфични подгрупи заинтересовани страни, предлагаме накратко да се мотивира защо такова разделяне не е необходимо.

IV. Относно раздел 4 „Варианти на действие. Анализ на въздействията.“

За Проблем 1:

Предлагаме във *Вариант 2* да се изложат подробно новите критерии за оценка на уврежданията, да се посочи как ще се извърши актуализирането на процентите, съответстващи на отделните отправни

точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане, да се поясни как ще бъдат засегнати лицата с увреждания, които ще попаднат в обхвата на промените и др.

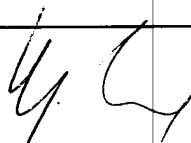
* Съгласно чл. 17 от Наредбата за обхвата и методологията за извършване на оценка на въздействието, изводите и относимата информация от извършената частична предварителна оценка на въздействието се включват във финансовата обосновка по чл. 35, ал. 1, т. 4 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация.

** При съгласуването по чл. 32 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация се съпоставят кръгът от въпроси, проблеми и решения, разгледани в оценката на въздействието и кръгът от въпроси, засегнати от обхвата на нормативната намеса в проекта на акт.

*** На основание чл. 30б, ал. 4 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация е необходимо окончателната оценка на въздействието да бъде съобразена с препоръките от становището.

**** На основание чл. 85, ал. 1 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация е необходимо това становище да бъде публикувано заедно с преработената оценка на въздействието и проекта на акт при обществените консултации, провеждани в изпълнение на Закона за нормативните актове.

**ДИРЕКТОР НА ДИРЕКЦИЯ
„МОДЕРНИЗАЦИЯ НА АДМИНИСТРАЦИЯТА“**


/КРАСИМИР БОЖАНОВ/



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министерство на здравеопазването

Дирекция „Връзки с обществеността и протокол“

СЪОБЩЕНИЕ ДО СРЕДСТВАТА ЗА МАСОВО ОСВЕДОМЯВАНЕ

Министерският съвет прие Постановление за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза.

Промяната, касаеща отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти, цели по-голяма прецизност по отношение на критериите, по които се извършва оценката на уврежданията, предвид динамиката в развитието, различните етапи и стадии на едно и също заболяване.

В част от случаите се актуализира величината на определени проценти, съответстващи на отделни отправни точки, като се взимат предвид достиженията на медицинската наука и практика. Отчитат се и съвременните възможности за терапевтично повлияване на уврежданията. При доказани генетични аномалии се премахва обвързаността между възрастта и оценката на степента на увреждане, тъй като възрастта няма отношение към функционалния дефицит.

Промяна в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, свързана с временната неработоспособност, цели болничният лист за карантина да се издава от лекуващия лекар, независимо колко дни временна неработоспособност е имало лицето преди карантината. Това ще улесни както гражданите, защото няма да се налага да посещават различни органи на медицинската експертиза в условията на карантина, така и ЛКК и ТЕЛК, които няма да бъдат ангажирани с този вид експертиза.

Промяната в Правилника и Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести, касаеща изискванията към състава на ТЕЛК и НЕЛК, цели окомплектоване на комисиите, ангажирани с приемането или отхвърлянето на професионален характер на заболяването. Взаимозаменяемостта между специалистите по професионални болести и тези по трудова медицина ще гарантира кадровата осигуреност на ТЕЛК и НЕЛК и оптималното протичане на медицинската експертиза по отношение на професионалните болести.

ДИЛЯНА ПАНАЙОТОВА

Директор Дирекция „Връзки с обществеността и протокол“