



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министър на здравеопазването

Изх. № _____ / _____ 2017г.

ДО

МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ НА

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Относно: Проект на Постановление за приемане на Наредба за медицинска експертиза

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИНИСТЪР - ПРЕДСЕДАТЕЛ,

УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА МИНИСТРИ,

На основание чл. 32, ал. 1 от Устройствения правилник на Министерски съвет и на неговата администрация, внасям за разглеждане проект Постановление за приемане на Наредба за медицинска експертиза.

Обхватът на медицинската експертиза е определен в чл. 101, ал. 1 на Закона за здравето и съгласно последната редакция на тази разпоредба, която е в сила от 31.07.2010 г., включва медицинските дейности по установяване на временна неработоспособност, вида и степента на увреждане на деца до 16-годишна възраст и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване, степента на трайно намалена работоспособност на лица в трудоспособна възраст, както и потвърждаване на професионална болест. Алинея 7 на същата разпоредба предвижда принципите и критериите на медицинската експертиза, редът за установяване на временна неработоспособност, видът и степента на увреждане, степента на трайно намалена работоспособност, потвърждаване на професионална болест, както и условията и редът за извършване на освидетелстване на лице за

възможността за явяването му пред разследващите органи или пред органите на съдебната власт, да се определят с наредба на Министерския съвет.

Действащата към момента Наредба за медицинската експертиза е приета с Постановление № 87 от 05.05.2010 г. на Министерски съвет, обнародвана е в ДВ, бр. 36 от 14.05.2010 г. и последното изменение е направено в ДВ, бр. 17 от 1.03.2016 г., в сила от 1.01.2016 г. Причините, които налагат приемането на нова наредба за медицинската експертиза са свързани със съдебното оспорване на действащата наредба, при което съдът установи нарушение на административнопроизводствените правила при изработване на наредбата, а именно – не са обявени мотиви на електронната страница на Министерство на здравеопазването при публикуване на проекта на наредба през 2009 г. Отменянето на тази наредба отчасти или в нейната цялост е със значителни неблагоприятни последици предвид обстоятелството, че тя е с много голям обхват на приложение и на практика засяга цялото население на страната.

Мотивирането на отделните правни норми в наредбата ще осигури нейната стабилност и ще допринесе за правилното разбиране на регламентите от страна на всички заинтересовани страни.

С проекта на наредба се цели да се създаде правна регламентация на принципите и критериите на медицинската експертиза и редът за нейното извършване. Важно е да се отбележи, че медицинската експертиза е неразделна част от диагностично-лечебната и профилактичната дейност на лечебните заведения и затова не може да се разглежда като самостоятелна област на медицинската наука и практика. Самата експертиза е пряко свързана с извършването на редица диагностични процедури, имащи за цел да обективизират здравословното състояние, с което да се определи съществува ли временна или трайна неработоспособност/вид и степен на увреждане, както и тяхната количествена характеристика.

Приемането и прилагането на наредбата засяга широк кръг заинтересовани страни, върху които нормативният акт ще има пряко въздействие – освидетелстваните, осигурителите, Националния осигурителен институт, Агенцията за социално подпомагане, Агенцията за хората с увреждания и органите на медицинската експертиза на работоспособността.

От решенията на органите на медицинската експертиза следват редица права на пациентите в трудовата и социалната сфера. Затова прецизността и обосноваването на регламентите в наредбата за медицинската експертиза са много важни и от гледна точка на целесъобразността на ползването на тези привилегии и придобивки със социален

характер или свързани с упражняването на труд. В този смисъл наредбата осигурява много права на хората и липсата ѝ означава невъзможност те да се възползват от тях.

Наредбата е структурирана в седем глави, като всяка от тях съответства на основна тематична част.

В първа глава са представени общите положения, които определят обхвата на нормативния акт.

Освен дейностите, които се включват в медицинската експертиза, в тази глава са дефинирани и органите на медицинската експертиза. За някои специфични категории освидетелствани са определени специални изисквания – например за експертизата на деца до 16-годишна възраст в териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК) задължително участва лекар с придобита специалност по педиатрия; в експертизата на професионалните болести участват специалисти по трудова медицина и по професионални болести.

С цел осигуряване на еднакъв подход в извършването на медицинската експертиза и недопускане на дискриминация, се регламентира, че на изискванията на тази наредба се подчинява и медицинската експертиза във ведомствените лечебни заведения към Министерски съвет и министерствата.

Във втора глава се регламентира експертизата на временната неработоспособност.

В първи раздел са представени общите правила за издаване на болнични листове. Изчерпателно се конкретизират случаите, при които осигуреното лице не може или е възпрепятствано да работи, в резултат на което е налице временна неработоспособност. Определя се начинът, по който органите на медицинската експертиза изразяват становището си относно наличието на временна неработоспособност – с оформяне на болничен лист по образец.

В този раздел са регламентирани и условията и редът за установяване на временна неработоспособност. Основно правило в медицинската експертиза на временната неработоспособност е издаването на болничен лист след медицински преглед за времето от първия ден на нейното настъпване до възстановяване на работоспособността или до установяване на трайна неработоспособност. Изключенията от това основно правило също са регламентирани и се основават на опита в медицинската практика, като гарантират правата на осигурените.

Извършването на медицински преглед, при който се констатира временна неработоспособност, е достатъчно основание да се издаде болничен лист за минало време, когато той не е издаден при първоначалния преглед, само в случаите когато с

обосноваваща документация по безспорен начин се доказва временната неработоспособност.

В този раздел се определя и максималната продължителност и последователността при издаването на болничните листове от гледна точка на това кой орган на медицинската експертиза ги издава – лекуващ лекари, лекарска консултативна комисия, ТЕЛК или НЕЛК. По този начин се осигурява приемственост между тях и се гарантира достатъчност. Продължителността на болничните листове е съобразена с медицинския опит относно времето, за което е възможно благоприятно повлияване на здравословното състояние и постигане на пълно оздравяване или необходимост от определяне на степен на трайна неработоспособност.

Друг съществен регламент в този раздел, за който практиката показва, че не се познава от осигурените лица и често се нарушава от лекуващите лекари, е правилото, че неработните дни, както и ползването на друг законоустановен отпуск не прекъсват временната неработоспособност. Това правило е пряко свързано с основното правило, което беше споменато по-горе, а именно, че временната неработоспособност започва от първия ден на нейното настъпване и продължава до пълното възстановяване на здравето или до установяване на трайна неработоспособност. В тази връзка е и невъзможността осигуряващият се или неговият работодател да отменят решението на органа на медицинската експертиза, установил временната неработоспособност. Това право има само този, който е издал болничния лист.

С цел създаване на координация между заинтересованите страни е разпоредбата относно задължението на осигурения да представи болничния лист пред своя работодател до два дни след издаването му, като има право на избор дали да ползва болничния лист или да ползва платен годишен отпуск за времето, включено в болничния лист по законоустановения ред.

С оглед осигуряване на проследимост и контрол върху експертизата на временната неработоспособност в раздела е регламентирана задължителната медицинската документация, която се води.

Следвайки основния принцип на хуманност в медицината, без значение каква е причината за настъпване на временната неработоспособност, изрично са посочени специфични случаи, когато осигуреният има право на болничен лист, независимо от това, че със свои действия или бездействия, съзнателно или не, е причинил това състояние.

Издаването на болничен лист при болнично лечение, включващ целия период на хоспитализация и домашното лечение след него, се обяснява с това, че стационарното

лечение и следващото го домашно лечение представляват епизод с относителна самостоятелност от медицинска гледна точка. Този епизод започва с постъпването на пациента и прилагането на специфични диагностични и лечебни методи, които в своята цялост не могат да се приложат в извънболнични условия. Домашното лечение след хоспитализацията се преценява като необходимост също в зависимост от заболяването, приложеното болнично лечение и състоянието, в което се изписва пациентът. Задължителното съвпадение на началото на болничния лист с първия ден от хоспитализацията, за разлика от регламента в извънболничната помощ, е обусловено и от обстоятелството, че за периода на стационарно лечение болничното лечебно заведение отговаря цялостно за състоянието на пациента, чрез осигуряване на непрекъснато медицинско наблюдение, като принципно пациентът няма право да напуска болницата. Издаването на болничния лист еднолично от лекуващия лекар/лекар по дентална медицина, е съобразено с организацията на стационарната медицинска дейност, при която лечението на всеки пациент се провежда по индивидуален план, изпълнението на който се ръководи от лекуващ лекар. Именно той има необходимата компетентност да прецени необходимия болничния престой, както и продължителността на домашното лечение след него.

Важен реквизит на болничния лист е определянето на режима, при който осигуреният ще проведе възстановителния за здравето период. Той е важен както от медицинска гледна точка, предвид осигуряване на оптимални условия за възстановяване, така и от трудово – правната гледна точка на осигурителя, който има законовото право да провери изпълнението на предписания режим от страна на осигурения.

Във втори раздел се определя редът на издаване на болничен лист при общо заболяване, трудова злополука, професионална болест, аборт, при належащи медицински прегледи и изследвания и при трудоустрояване. Ясно са регламентирани правилата по отношение на това кой издава съответния болничен лист, как се процедира при злополука и необходимост от трудоустрояване.

В трети раздел е регламентирано издаването на болничен лист за временна неработоспособност при бременност, раждане и осиновяване. В детайли са регламентирани условията за осигуряване на отпуск поради бременност и раждане на осигурена жена в размер на общо 135 календарни дни, като са предвидени всички възможни казуси – раждане преди или след термина; смърт на детето в различни периоди от 90-те дни на полагащ се болничен след раждане; настаняване на детето в детско заведение на пълна държавна издръжка или даване за осиновяване в същия период; случаите когато по някакви причини болничен лист за бременност не е издаден;

при невъзможност на майката да се грижи за детето поради тежко заболяване; при смърт на майката и поемането на грижата за детето от друго лице, което ще ползва отпуск по чл. 167 КТ и др.

Във всички изброени случаи подробно са уточнени полагащите се дни временна неработоспособност, както и кой издава съответния болничен лист. Всички регламенти осигуряват правата на бременната и родилата жена да се възстанови пълноценно след раждането, като предвиждат и случаи, при които възникват непредвидени усложнения на здравословното състояние.

В четвърти раздел е регламентирано издаването на болничен лист за балнеолечение, климатолечение и таласолечение. В зависимост от здравословното състояние на осигурения, са определени случаите когато за провеждане на този вид лечение той може да ползва болничен лист и когато трябва да ползва друг вид законоустановен отпуск. Регламентирани са различни специфични случаи като например необходимост от промяна на режима по вече издаден болничен лист във връзка с последващо решение на лекуващ лекар, че е необходимо да се проведе балнеолечение, климатолечение и таласолечение.

В пети раздел е определен редът за издаване на болничен лист при карантина и отстраняване от работа по предписание на медицинските органи. Предвидени са случаите когато по време на карантина контактен осигурен се разболее от друга или от същата болест, заради която е в карантина.

В шести раздел е регламентиран редът за издаване на болничен лист за гледане на болен член от семейството. Определени са правилата в зависимост от това дали болният е дете или възрастен, както и изискванията към документирането на обстоятелствата, свързани с ползването на този вид болничен лист.

В седми раздел е определен редът за издаване на болничен лист за придружаване на член от семейството за лечение, консултация и изследване. Регламентирани са случаите, в които се полага такъв болничен лист, кой го издава, какви са допълнителните условия за издаването му и изискванията за вписване на допълнителна информация в личната амбулаторна карта на болния и придружителя и в болничния лист.

В осми раздел е регламентирано издаването на болничен лист за лечение и изследване в чужбина. В отделни текстове са определени редът и условията, при които се издават болнични листове в различни случаи, при които се налага лечение в чужбина. Изрично е уточнено, че разпоредбите в този раздел не се прилагат по отношение на лица, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност на

Европейския съюз или международните договори в областта на социалната сигурност, по които Република България е страна.

В девети раздел са определени общите изисквания по отчетността на болничните листове. Регламентирано е издаването на дубликат на болничен лист, което става само въз основа на писмено искане от заинтересованото лице. Предвидена е и възможността за анулиране на болничен лист когато е издаден неправомерно. За целта обаче се изисква съгласието на осигурения, както и да е спазено условието да не е извършено изплащане на обезщетение по болничния лист.

В раздела се урежда и въпросът за получаване на уникални номера на болничните листове от електронния регистър по чл. 33, ал. 5, т. 12 от Кодекса за социално осигуряване, работа с регистъра, както и сроковете, в които се съхраняват предоставените болнични листове от работодателите/осигурителите/самоосигуряващите. Този регламент е в изпълнение на комплексна мярка № 74 „Подаване на сведения по електронен път” от приетия от Министерския съвет План за действие за намаляване с 20 на сто на административната тежест от законодателство, което съдържа национални и транспонирани европейски изисквания за периода 2012-2014 г.

В тази връзка от 1 януари 2014 г. са създадени нови разпоредби в Кодекса за социално осигуряване (КСО) и в Закона за здравето (ЗЗ). Тези разпоредби налагат разработване на подзаконовата нормативна уредба и изработването на програмните продукти, необходими за създаването и поддържането на електронния регистър.

На основание чл. 33, ал. 5, т. 12 от КСО, в сила от 1 януари 2014 г., Националният осигурителен институт (НОИ) създава и поддържа електронен регистър на болничните листове и решенията по обжалването им.

Съгласно новата разпоредба на чл. 103а от ЗЗ, в сила от 1 декември 2014 г., органите на медицинската експертиза представят в Националния осигурителен институт данните, съдържащи се в издадените болнични листове и решенията по обжалването им по ред, определен с акт на Министерския съвет.

На това основание е разработена Наредбата за реда за представяне в Националния осигурителен институт на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им. Това обосновава и отразяването им в проекта на Наредба за медицинската експертиза.

Трета глава се отнася до определяне характера на заболяванията - професионален или общ. С цел доказване на професионалния характер на заболяванията, освен задължителния по принцип клиничния преглед и данните от медицинското досие на

лицето, то може да бъде насочено за изясняване към отделенията и клиниките по професионални болести. Допълнително се извършва и проучване по повод на професионална болест, направено от съответното Териториално поделение на НОИ.

Срокът на експертното решение при професионално заболяване е дефинитивен – 3 години, който е медицински обоснован предвид характеристиката на тези заболявания и невъзможността от съществена промяна за срок по-малък от този. При преосвидетелстването на пациента е възможно да се препотвърди професионалното заболяване или да установи липса на такова.

Професионален характер на заболяване може да се признае и посмъртно, по искане на наследниците/предварителното производство и съда, въз основа на аутопсионния протокол и други определени в наредбата документи.

Четвърта глава регламентира експертизата на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане.

Определен е обхватът на експертизата на трайно намалената работоспособност, както и на вида и степента на увреждане, като първата категория включва оценката на обстоятелствата от гледна точка на връзката им с упражнявания труд.

С изключение на дефинитивните състояния, както и при лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, при които се определя пожизнен срок, в останалите случаи срокът на инвалидността е от 1 до 3 години в зависимост от характера на увреждането, динамиката на неговото развитие и възможностите за възстановяване. Този регламент от наредбата е в изпълнение на чл. 101а, ал. 1 от Закона за здравето, където е определено, че срокът на решението за степента на трайно намалената работоспособност се определя в наредбата по чл. 101, ал. 7.

Определеният срок от 1 до 3 години се основава на медицинския опит и е свързан със следните обстоятелства:

Срок под 1 година, от гледна точка на динамиката в развитието на заболяванията, е твърде кратък за да бъде определен като срок на инвалидност. Той не е целесъобразен от медицинска гледна точка и ще допринесе единствено за увеличаване на натовареността на ТЕЛК/НЕЛК.

Горната граница е 3 години, тъй като това е оптимален срок, в който състоянието на осигуреният може да претърпи развитие, което да намира израз в промяна на процентът функционален дефицит.

В този период всяко заболяване, с изключение на дефинитивните, може да претърпи съществено от гледна точка на оценката развитие както към подобрение в

резултат на подходящо лечение и рехабилитация, така и към влошаване по редица причини. В предназначението си медицинската експертиза да бъде максимално съответстваща на състоянието на пациента, срок на инвалидност по-дълъг от 3 години се отдалечава значително от целта.

Европейската практика в това отношение е насочена към въвеждането на Международната класификация на функционирането, увреждането и здравето (ICF), одобрена на 22 май 2001 г. от всичките 191 държави – членки на СЗО. Редица държави от ЕС вече използват ICF в различни клинични условия. Това са например Италия, Холандия, Ирландия, Хърватия, Гърция, Кипър, Естония и др. Други държави са започнали процес по въвеждане на ICF в своите стандарти и законодателство.

В тези страни, срокът за който се определя загубената функционална дееспособност, е за не повече от 3 години. В някои от страните дори имат и въведени извънредни контролни прегледи през тези три години.

Счита се, че 3-годишният период от време е достатъчно дълъг период, през който с напредъка на медицинската наука става възможно:

- проучване на повече характеристики на болестите;
- изследване на повечето от процесите, които протичат в човешкия организъм;
- нарастват знанията и се разгадават причинните за възникване на редица болести.

Това води до нови открития в областта на диагностиката и лечението на различните заболявания.

От съществено значение за избора на период до 3 години е и развитието на технологиите в медицината, тъй като посредством тях се създават възможности за подобряване качеството на живот на освидетелстваните лица, както и възможности за възстановяване на част от тяхната работоспособност.

В наредбата са регламентирани и правилата, по които се определя датата на инвалидизиране, както и случаите, при които се определя нова дата на инвалидизиране. Регламентите са конкретни, ясни и изчерпателни. Те обхващат всички възможни варианти на обстоятелствата при освидетелстваното лице – работи, не работи, намира се във временна неработоспособност, трудоустроено на работа с по-ниска квалификация и др.

Конкретно са посочени и случаите и редът на определяне на причинна връзка, включително при военна инвалидност и по искане на частни и държавни застрахователи и застраховани лица.

Важно изискване е определянето на условията на труд, противопоказани за здравословното състояние на освидетелстваните лица, в решенията на ТЕЛК и НЕЛК.

В Приложение № 1 към настоящата глава са определени отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти. В много от отправните точки е определен диапазон на проценти, в който попада съответният функционален дефицит, като определянето на конкретен процент от ТЕЛК/НЕЛК се съобразява със степента на установения дефицит, което е изцяло в сферата на медицинската компетентност. Такава имат само специалисти със съответната медицинска специалност, какъвто е и принципът на сформирание на ТЕЛК /НЕЛК – съставите. Съгласно действащото законодателство е препоръчително лекарите от съставите на ТЕЛК да притежават призната медицинска специалност по: вътрешни болести, ортопедия и травматология, хирургия, нервни болести, неврохирургия, урология, медицинска онкология, очни болести, пневмология и фтизиатрия, психиатрия или педиатрия. При освидетелстване на лица по повод приемане или отхвърляне на професионален характер на заболяването в състава на ТЕЛК се включват специалисти по трудова медицина, радиобиология и радиационна хигиена и по професионални болести, които председателстват заседанията на комисията. Следователно при освидетелстването на всяко отделно лице се подхожда индивидуално и в състава на комисията се осигурява специалист с необходимата компетентност.

Процентите на функционален дефицит са представени в диапазони, тъй като не е възможно да бъдат дефинирани всички възможни състояния със съответстващите им точни проценти. От друга страна определянето само на един конкретен процент, съответстващ на определено заболяване/увреждане, без да се отчита степенната разлика във възможните състояния би било неточно и некоректно, особено при заболявания, които се проявяват в голям диапазон на състояния между лека и тежка форма.

За онагледяване на горното представяме следния пример относно разпоредбата на Част осма, раздел XI, т. 1 от Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от проекта на наредбата, съгласно която са определени следните отправни точки, проценти на функционален дефицит и периоди:

„1. Малигнен тумор на гърдата в първите пет години:

1.1. в ранен стадий, както и след екстирпация на локален рецидив или кожни метастази:

1.1.1. първите две години: 80 %;

1.1.2. третата до петата година: 50 - 70 %;

1.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 %.“

Мотивите за определяне на отправните точки в конкретния посочен пример са следните:

В медицинската практика е доказано, че в момента на поставяне на диагнозата „малигнен тумор на гърдата“ само при 5% от пациентките се намира генерализиране на злокачествения процес. Въпреки това, при този вид злокачествен тумор е характерно развитието на метастазни клетъчни колони още в неговия ранен стадий, което във времето нараства.

Клиничните прояви на далечните метастази, след поставянето на диагнозата, зависи от редица фактори – стадий, брой засегнати лимфни възли, вид адювантна терапия (терапия след първоначалната), редица биологични прогностични параметри и др.

Разпределението във времето на заболяването бележи два пика – около 18-ти и 60-ти месец след операцията и трайна тенденция за последващо намаление до 15-годишен период. Друго установено правило е, че пациентките с тройно негативни тумори на гърдата имат по-висока вероятност от системни метастази и в по-кратки срокове след поставяне на диагнозата. Всичко това налага поетапното освидетелстване и преосвидетелстване на оперираните и подложени на лечение жени за два периода – първите две години и от третата до петата година след откриването на малигнения тумор в ранен стадий или след екстирпация на локален рецидив или кожни метастази, което е медицински целесъобразно и има предимства вместо едноетапно определяне на процент, отнасящ се за целия петгодишен период.

В подкрепа на това мнение е и обстоятелството, че до втората година значителна част от пациентките са подложени на лечение с хормонотерапия и лъчетерапия с последващ риск за увреждане и на други здрави органи и системи от самото лечение. Значителен е и психичният стрес, на който лекуваните са подложени в този начален период.

Най-големият риск от рецидив на болестта е до втората година от поставянето на диагнозата и този риск постепенно спада до 2 – 5%. Трайната тенденция за последващо намаление на вероятността от тласък на заболяването не налага преосвидетелстване на пациентките с малигнен тумор на гърдата след петата година от диагностицирането на заболяването.

Предложените отправни точки в Приложение №1 към чл. 63, ал. 1 от наредбата за оценка на уврежданията са определени във връзка с голямата динамика, различните

етапи и стадии на едно и също заболяване. Също така предложените отправни точки са съобразени изцяло с достиженията на медицинската наука.

Приложение № 1 включва десет части, които съответстват на отделни системи в човешкия организъм. Към всяка част са структурирани раздели, които конкретизират отправните точки за оценка по отношение на различни форми и степени на отделни заболявания или групи от заболявания на дадената система:

Част първа „Заболявания на опорно-двигателния апарат“:

Процентът на трайно намалената работоспособност при тези заболявания се определя съобразно функционалните ограничения на опорно-двигателния апарат и отражението им върху другите органи и системи.

При дегенеративни промени на ставите на крайниците и на гръбначния стълб (артрози, остеохондрози) се вземат под внимание и данните за болка, за приемането на които дава основание клиничната находка (ставни отоци, мускулни контрактури, атрофии).

Рентгеновите данни за дегенеративни промени, както и претърпени оперативни интервенции сами по себе си, без други изменения, не обуславят намалена работоспособност.

Чужди тела не обуславят намалена работоспособност, когато не ограничават функцията и не упражняват неблагоприятно влияние върху други органи и системи.

Степента на намалената работоспособност при мускулни и сухожилни наранявания се основава на функционалните нарушения и на оценката на съдовата и неврологичната симптоматика.

Основен критерий при определяне процента на намалената работоспособност при ампутации на крайниците е нивото на ампутацията. При неблагоприятни характеристики на чукана и при функционални ограничения на съседните стави оценките следва да се завишат средно с 10% независимо от това, дали се носят протези или не. Въпреки съхраняването на крайника може да се установи състояние, което да е по-неблагоприятно, отколкото липсата му.

Оценката на намалената работоспособност при псевдоартрозите се базира на това, дали те са стабилни или халтави, и се определя от рентгеновия образ и клиничната находка.

При хабитуални луксации степента на намалената работоспособност се определя освен от обема на подвижността и от честотата на изкълчванията.

Процентът на намалената работоспособност при ендопротезираните стави е в зависимост и от ограничението на движенията и възможностите за натоварване.

Част втора „Психични болести“:

При органично-мозъчни психични смущения се прави разграничение между отслабената годност на мозъчната активност и по-тежки, променящи се органично-мозъчни промени на характера, които често се проектират като преливащи се едно в друго състояния.

Органично-мозъчна промяна на личността и нарушения на паметово-интелектуалните и когнитивни функции се определя от обедняване и загрубяване на личността със смущения на подтиците и настроението, с ограничаване на критичната оценка, както и на контакта с околната и социалната среда, включително до най-тежки промени на личността. На базата на органично-психичните промени нерядко се развиват допълнителни психо-реактивни смущения.

При оценката на намалена работоспособност/степен на увреждане при затруднено заучаване и умствена ограниченост не се изхожда единствено от степента на понижената интелигентност и съответните резултати от тестовете, тъй като те винаги обхващат затруднението в определен период от време. Едновременно с това се взема под внимание и развитието на личността - афективно и емоционално, а така също и в областта на подтиците, паметта и вниманието, способността за интегриране на нови знания и възможността за социално вграждане.

При алкохолна болест, оценката зависи преди всичко от трайните органични увреди и техните последици (чернодробна увреда, полиневропатия, психоорганични промени, мозъчно-органични припадъци и др.). При доказана алкохолна зависимост със загуба на контрол, значително снижение на волевата сфера и затруднено социално вграждане общата оценка се оценява на 50 %.

Част трета „Ушни, носни и гърлени (УНГ) заболявания“:

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 (КПД) на слуховата протеза с 20 децибела, като се ползва таблицата на Клодил Портман. При трудова злополука и професионални увреждания, доказано с Протокол за професионално разследване от НОИ, не се прави корекция с КПД, а се изчислява направо от таблицата.

Част четвърта „Заболявания на сърдечно-съдовата система“:

При органични сърдечни увреди (клапни дефекти - придобити и вродени; вродени сърдечни малформации; исхемична (коронарна) болест на сърцето; заболявания на ендокарда; заболявания на миокарда; заболявания на перикарда; хронична белодробно-

сърдечна болест; хипертонична сърдечна болест и др.), процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от:

а) степента на функционалния дефицит [функционален клас (ФК) на сърдечната недостатъчност (СН)];

б) вида на заболяването - етиология, ход, протичане, стадий, еволюция, прогноза и т.н.

При сърдечни вмешателства (без инвазивните диагностични методи), клапно протезирани 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 и др., процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност след интервенцията - по аналогия с раздел I, т. 2 - 5, и от степенната изразеност на усложненията.

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция, не обуславят процент трайно намалена работоспособност (степен на увреждане).

Процентът на трайно намалената работоспособност при чужди тела в сърдечния мускул с повлияване на сърдечните функции се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност - по реда на раздел I, т. 1 - 5.

При АХ от III стадий с прояви на симптоми на органно увреждане на един или повече от прицелните органи процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от степента на функционалния дефицит на прицелния/прицелните органи. При вторични хипертонии процентът на трайно намалена работоспособност се определя, като се отчитат и видът, и тежестта на основното заболяване, довело до симптоматична хипертония. При оценката на състоянието по този раздел да се има предвид стратификацията на риска по отношение на наличието или отсъствието на съпътстващи АХ рискови фактори, на захарен диабет, на таргетно органно увреждане (ТОУ) и на асоциирани с рискови фактори клинични състояния (АСС).

При неупоменати заболявания на сърцето процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност.

Част пета „Очни заболявания“:

При преценката на степента на трайно намалената работоспособност се имат предвид основните функции на зрителния анализатор (централно зрение, периферно зрение, адаптация, акомодация), както и най-характерните, видими и доказуеми клинични изяви, съпътстващи очното заболяване. Зрителната острота се преценява с поносима корекция. Изследването на зрителните функции се извършва само с уреди и методи, официално приети и практикувани в очните структури на лечебните заведения. При атрофия на зрителните нерви, напреднала глаукома, обширни разпръснати или конfluиращи дегенеративни огнища на хориоретината, при условие че са засегнати и двете очи, към процентите на намалената работоспособност за централно и периферно зрение се прибавя и процентът за смутена адаптация.

При хронични заболявания, създаващи рискове за внезапно допълнително увреждане на централното и периферното зрение (например ексцесивна дегенеративна миопия, аблационна болест, диабетна ретинопатия и др.), към процента на основното увреждане се добавят от 15 до 30 %.

При вродени или придобити помътнявания на роговицата, лещата и стъкловидното тяло и промени в зрителния нерв и ретината оценката на трайно намалена възможност за социална адаптация при децата, които не могат да бъдат оценени по функционален дефицит, се определя от степента на помътняването или промените в очните среди.

При невъзвратими морфологични изменения в очните придатъци, преден очен сегмент, пречупващи среди и заден очен сегмент решението е с пожизнен срок, независимо от зрителните функции.

За диагноза злокачествен вътреочен тумор не се определя необходимост от чужда помощ. Необходимост от такава се определя единствено и само от това дали има функционален дефицит за централно и периферно зрение.

Част шеста „Белодробни болести“:

При преценката на степента на трайно намалената работоспособност се имат предвид основните функции на белите дробове, както и най-характерните, видими и доказуеми клинични изяви, съпътстващи белодробните заболявания.

Изследването на белодробните функции се извършва само с уреди и методи, официално приети и практикувани.

При всички доброкачествени тумори трайната неработоспособност се определя според засегнатите органи и степента на функционалните нарушения.

По отношение на туберкулозата, след проведено адекватно лечение на активните форми на извънбелодробната туберкулоза, трайната неработоспособност се определя според засягането на съответния орган и настъпилите функционални нарушения.

За белодробен тромбоемболизъм при лица, които работят, се следва временна неработоспособност до овладяване на клиничната симптоматика.

Част седма „Нервни болести“:

При преценката на степента на трайно намалената работоспособност се имат предвид основните функции на ЦНС и периферната нервна система, както и най-характерните, видими и доказуеми клинични изяви, съпътстващи неврологичните заболявания.

Изследването на функциите на нервната система се извършва само с уреди и методи, официално приети и практикувани.

При нарушения на езика (афазия) и съпътстващи речово/говорни нарушения – оценката се извършва на базата на количествените и качествените нарушения на спонтанната реч, повторната реч, назоваване, разбиране на устна реч, писмена реч (процент нарушение при тестването, в съчетание с еволюцията и етапа на обратно развитие на афазийните синдроми).

Нарушенията на очните функции и тазово-резервоарните нарушения се оценяват в съответните части (част пета- очни заболявания и част осма- хирургични заболявания).

Хронични нервни болести се оценяват съобразно стадия на развитие и тежестта на симптоматиката (полирадикулоневрит Гилен-Баре, множествена склероза, хередодегенеративни заболявания на нервно-мускулния апарат, миопатии, енцефалопатии, централен отоневрологичен синдром, паркинсонизъм, миастения и миастенни синдроми, сирингомиелия, мозъчни атрофии, неврологични увреждания при ХИВ инфекции, лаймска болест, невролуес, кауда еквина синдром, АЛС, табес дорзалис, фуникуларна миелома, дискоординационни синдроми, екстрапирамидни синдроми, нарушения на стволите функции и редки неврологични синдроми).

По отношение на епилепсията - припадъчното заболяване се счита в ремисия, ако в продължение на 3 години без медикация няма припадък.

При увреждане на доминантен горен крайник оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се завишава с 10 %.

При увреждания с дефинитивен и невъзвратим характер в зависимост от заболяването се определя пожизнен срок.

Част осма „Хирургични заболявания“:

При преценката на степента на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане на: съдови заболявания на горните крайници; болести на артериите (стенози и тромбози) на долните крайници; хронична венозна болест (варици, посттромботичен синдром); лимфедем; аневризми (без мозъчните) и артерио-венозни фистули; болести на хранопровода; болести на стомашно-чревния тракт; злокачествени заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и жлъчния мехур; хернии; пикочни органи; мъжки полови органи; женски полови органи; вродени цепки на устни, челюсти и небце; травматичен скалп; обезобразяващи състояния (след операция на новообразуване на паротидната жлеза, резекция на челюст и др.), с нарушения на говора и храненето; новообразувания на устни, бузи, език, тонзилии, горна и долна челюст, паротидна жлеза; контрактура на темпоромануибуларните стави, с нарушено хранене; злокачествени мекотъканни тумори, се имат предвид основните функции, както и най-характерните, видими и доказуеми клинични изяви на заболяванията.

Изследването на функциите се извършва само с уреди и методи, официално приети и практикувани.

При липса на данни за рецидив и метастази всички онкологични заболявания след петата година се оценяват с 50 %.

При изгаряния оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се прави по функционалния дефицит на различните органи и системи, засегнати от изгарянето.

Част девета „Вътрешни болести“:

По отношение на диабета - при определяне на окончателния процент на трайно намалена работоспособност/степен на увреждане, за захарен диабет на медикаментозно лечение през устата с хронични усложнения на заболяването в зависимост от броя им и инсулинозависим захарен диабет с хронични усложнения в зависимост от техния брой се вземат предвид и процентите, определени за функционалния дефицит на прицелните органи следствие на хроничните усложнения.

При деца до 16 години, процентът при всички форми на болестите на щитовидната жлеза, заболяването се приравнява към тежката му форма [значителна загуба на тегло, пулсова фреквенция при покой над 120 удара/мин, 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.

При щитовидна хипофункция (микседем), при определяне на окончателния процент на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се вземат предвид и процентите, определени за остатъчните органи увреди и усложнения, включително вследствие на проведеното лечение.

При високостепенна и ретростернална струма, преценена в клинични условия като иноперабилна, с компресивен синдром, съпътстващи заболявания и напреднала възраст, които са контраиндикации за операция в процента се включва и функционалният дефицит на зрителния анализатор.

При хиперфункция на надбъбречната кора (синдром на Къшинг), процентът на намалена работоспособност/степен на увреждане се определя от мускулната слабост и от отражението върху различните органи и системи (хипертония, сърдечна недостатъчност, захарен диабет, остеопороза, психични промени).

При първичен хипералдостеронизъм (синдром на Кон), оценката е във връзка с тежестта на повишеното артериално кръвно налягане и понижената стойност на калий в кръвта и органните усложнения до оперативното лечение, като след лечение процентът на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя от тежестта на остатъчната хипертония и усложненията ѝ.

При смущение на: обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци; минералната обмяна; във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс; други смущения на обмяната (кистозна фиброза, нарушения на обмяната на порфирина, пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушения на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др.), оценката на ТНР/ вид и степен на увреждане при възрастни е в зависимост от функционалния дефицит на прицелните органи.

При подагра степента на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя съобразно функционалния дефицит на прицелните органи - бъбреци и ставен апарат.

При тежки функционални нарушения на бъбреците които не подлежат на трансплантация (доказано с медицински документ) се определя пожизнен срок на инвалидността.

При рецидивираща или множествена, включително и иноперабилна ехинококоза, процентът на намалена работоспособност/степен на увреждане се определя според органната локализация и степента на функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи и системи (черен дроб, бели дробове, централна

нервна система (ЦНС), слезка, опорно-двигателен апарат, отделителна система, зрителни органи и др.). Всички останали паразитози (извън ехинококоза, трихинелоза, амобен абсцес с локализация в черен дроб, главен мозък, бели дробове и по-рядко други органи, шистозоматози - хроничен стадий), които могат да доведат до намалена работоспособност/степен на увреждане, се оценяват според функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи и системи.

При установяване на траен функционален дефицит на опорно-двигателния апарат при инфекциозни артрити, реактивни артрити, синдром на Райтер и др., на малки, средни и големи стави на крайници, вкл. и гръбначен стълб, състоянието се оценява по част първа- ортопедични болести. Трайният функционален дефицит, който се оценява по част първа, се включва в диапазона на Раздел XXIII „Заболявания на опорно-двигателния апарат“ от част девета „Вътрешни болести“.

При псориатичен артрит оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане при засягане на периферни стави е аналогична с тази в т. 4 (Ревматоиден артрит), а при засягане на гръбначния стълб - с т. 6.2 (Болест на Бехтерев).

В окончателната оценка на псориатичен артрит и ревматоиден полиартрит влизат трайният функционален дефицит на опорно-двигателния апарат, оценен по част първа (ортопедични болести), и настъпилите усложнения от медикаментозното лечение, както и промените във висцералните органи.

Системни заболявания на съединителната тъкан (системен еритематоден лупус, прогресивна склеродермия, полимиозит и дерматомиозит, възлест периартрит, васкулити и други системни аутоимунни болести) и Болестта на Бехтерев (анкилозиращ спондилоартрит) се оценяват в зависимост от формата, протичането, засягането на отделните системи и в съображението влизат функционалните дефицити от страна на опорно-двигателния апарат, сърдечно-съдовата и дихателната система, оценени в съответните части на таблицата.

При гръбначно-периферна форма на Болестта на Бехтерев оценката на окончателния процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане се изчислява, като се вземат предвид процентите, отразени в т. 4 (Ревматоиден полиартрит) и 6.2 (Болест на Бехтерев, централна форма (ангажиране на шиен, торакален и лумбален отдел на гръбначния стълб), които се включват в диапазона.

Част десета „Кожни болести“:

При Екзема, Атопичен дерматит (конституционален невродермит), Хронично рецидивираща уртикария, Акне конглобата и професионално акне (маслено и хлорно) с често развитие на фистули с двигателен дефицит, Акне инверса с тежко засягане и

гноене (аксилни, ингвинални гънки, перианално пространство), Кожни промени при автоимунни заболявания (лупус еритематодес, дерматомиозит, прогресивна склеродермия, болест на Бехчет, пиодерма гангренозум) ограничението на ставните движения и въвличането на вътрешните органи се оценяват допълнително.

При Булозни дерматози (пемфигус, пемфигоид и морбус Дюринг) при оценката се вземат предвид усложненията от други органи и системи (храносмилателна, опорно-двигателна и др.), както и изоставането във физическото и нервно-психическото развитие.

При Псориазис вулгарис, ставното и гръбначното участие следва да се оцени допълнително по раздел XXIII „Заболявания на опорно-двигателен апарат“ на част девета „Вътрешни болести“ и се включва в посочения по-горе диапазон.

При системни микози (кандидомикози, хистоплазмози, кокцидомикози) трябва да бъдат оценени промените и на вътрешни органи.

В Приложение 2 към чл. 63, ал. 3 на наредбата е представена методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти. Изготвянето на тази методика е резултат от прилагане на метода на аналитичното (математическо) моделиране, в основата на който е експерименталното изучаване на количествените закономерности при определяне на степента на установен функционален дефицит спрямо здрав човек.

Здравият човек със своите физически и умствени характеристики, които го определят като такъв, се явява основата, спрямо която се прилагат отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане. Отправните точки за оценка на намалената работоспособност в проценти, които са регламентирани в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от наредбата, представляват съществените величини, определящи състоянието на системата „човек“ в аналитичния модел на медицинската експертиза. Проявяването на тези величини в различни комбинации намира израз в количествените закономерности, характеризиращи динамиката на същата тази система. Именно тези количествени закономерности са определени чрез метода на аналитичното моделиране и се изразяват в математическите правила, на които се подчинява определянето на крайния процент на функционален дефицит съгласно методиката в Приложение 2 към чл. 63, ал. 3 на наредбата.

Съществените принципи от медицината, които са залегнали в определянето на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти и са

взети предвид при аналитичното моделиране с цел създаването на методиката за тяхното прилагане, са следните:

1. Едни и същи състояния, обуславящи еднаква степен на функционален дефицит, могат да бъдат проява на различни заболявания или комбинация от заболявания.

2. Едно и също заболяване може да обуслови различна степен на функционален дефицит при различни хора, в зависимост от това каква е неговата форма, стадий на развитие, начин на повлияване от терапия, наличие на съпътстващи усложнения, предизвикани от него.

3. Проявите на две или повече основни заболявания не са обикновен аритметичния сбор, тъй като съгласно първия принцип някои от състоянията при различните заболявания се припокриват напълно или отчасти.

Първият принцип е в основата на приложното правило в наредбата, че при липса на определени отправни точки за някои състояния в Приложение № 1, на база съпоставимост с други - сходни на тях, може да се определи степента на трайно намалената работоспособност без да се допуска съществено различие предвид приблизително еднаквите увреждания.

Вторият принцип е в основата на това, отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в преобладаващата си част да представляват диапазони от проценти, а не конкретни проценти, тъй като различните възможни състояния при определено заболяване или група сходни заболявания обуславят различна степен на функционален дефицит.

Третият принцип е в основата на методиката в Приложение № 2 към наредбата и съгласно него, при наличието на повече от едно увреждане при един човек, крайният процент на дефицит не се определя като обикновен аритметичен сбор от процентите по отделните увреждания, а определянето става по математическа формула, която най-точно отразява формиращият се общ процент на функционален дефицит.

В методиката към Приложение № 2 на наредбата е представен алгоритъмът на определяне на степента на трайно намалена работоспособност, като в последователност са представени стъпките.

В т. III от методиката са регламентирани правилата, по които се определя процентът на функционален дефицит при наличие на комбинация от увреждания – винаги най-високият процент се взема за основа и към него се прибавят от 5 до 20 % от сбора на процентите на останалите увреждания, като прибавеният процент е в зависимост от общото състояние на освидетелстваното лице, но не може да бъде по-висок от най-високия процент за останалите увреждания.

В първият пример, за онагледяване на горните правила, е представен случай, при който лицето има 4 увреждания, за които в отправните точки са посочени следните проценти: 50; 10; 10; 10. Следвайки горните правила, в този случай основният процент е 50%. Сумата на останалите проценти по другите три увреждания е 30. Диапазонът между 5 и 20% от сбора в случая е между 1,5 и 6%. Съобразява се и последното условие, съгласно което максималният допълнителен процент не може да бъде повече от най-високия процент за останалите увреждания – в случая най-високият процент е 10, на който от сбора (30) съответстват 3%. Следователно възможният диапазон на допълнителните проценти в случая е 1,5 – 3%, като конкретният процент, който ще се добави към основния (50%) зависи от състоянието на лицето.

Във втория пример лицето има 5 увреждания, за които в отправните точки са посочени следните проценти: 40; 30; 20; 15; 10. В този случай основният процент е 40%. Сборът от останалите проценти по другите увреждания е 75%. Допустимият диапазон между 5 и 20% от сбора, в случая съответства на диапазона между 3,75 и 15%. Най-големият процент в сбора е 30, който надвишава допустимия максимум (20%) от сбора. Следователно възможният диапазон на допълнителни проценти в случая остава между 3,75 и 15%, като конкретният процент, който ще се добави към основния (40%) зависи от състоянието на лицето.

Методът на изчисление, представен в т. III на методиката, се прилага и при определяне на крайния процент на намалена работоспособност при единични и множествени увреждания на чифтни органи, когато в приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 не е предвидена съответна комбинация. Процентът се изчислява за всеки орган по отделно, след което се изчислява и крайният процент. Отново по-големият процент се взема за основа, а процентът, който се добавя към основния се изчислява по горните правила – в диапазона от 5 до 20% от сбора, но не повече от най-големия съставен на сбора процент, като се отчита и състоянието на лицето.

Важно уточнение в т. VII на методиката е, че оценката на намалената работоспособност се определя поотделно за всеки осигурителен риск (общо заболяване/ трудова злополука и професионална болест), като при увреждания, получени при трудова злополука и при професионална болест, които са един и същ осигурителен риск, се прави обща оценка.

Финансовите и други средства, необходими за прилагането на новата уредба, свързана с медицинската експертиза, е свързана с функционирането на отделните органи на медицинската експертиза.

По отношение на лекуващите лекари и лекари по дентална медицина дейностите по медицинската експертиза са неразделна част от цялостната медицинска дейност, тъй като необходимостта да се издаде решение за временна неработоспособност или пациентът да се насочи към друг по-висшестоящ орган на медицинската експертиза възниква в цялостния процес на диагностика и лечение на заболяванията. По тази причина не може да се направи разграничаване на финансирането на дейностите по медицинската експертиза от финансирането на останалата медицинска дейност.

Лекарските консултативни комисии (ЛКК) се създават на функционален принцип към лечебните заведения, със заповед на директора на съответната регионална здравна инспекция, като осъществяват и други експертни дейности, които са извън обхвата на Наредбата за медицинската експертиза. Издръжката на дейността на ЛКК е неразделна част от издръжката на лечебните заведения, към които са разкрити.

Дейността по медицинската експертиза на ЛКК в извънболничната медицинска помощ се осъществява и финансира по договор с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), който се сключва ежегодно, или срещу заплащане от освидетелстваното лице. В тази връзка регламентът на заплащането на дейностите по НЗОК е променлив. За 2017 г. все още не е обнародван Националният рамков договор. За 2016 г. с Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса, обн., ДВ, бр. 25 от 31.03.2016 г., е определен общ обем дейности по медицинска експертиза и цена 5,50 лв. за единица такава дейност в специализираната извънболнична медицинска помощ. В рамките на този обем дейности се извършва плащане за извършена и отчетена медицинска експертиза на работоспособността на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но не повече от трима членове.

Дейността по медицинската експертиза на ЛКК в болничната помощ също се финансира от НЗОК, но не самостоятелно както в извънболничната помощ, а като част от финансирането на дейностите по клинични пътеки, амбулаторни и клинични процедури. Следователно в болничната помощ няма обособен финансов ресурс конкретно за медицинската експертиза.

Териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) са обособени структури към лечебни заведения за болнична помощ. Те са специализирани органи за осъществяване на медицинска експертиза, които се разкриват от директорите на регионалните здравни инспекции съгласувано с министъра на здравеопазването. Тяхната издръжка, както и тази на ЛКК, е неразделна част от издръжката на съответното лечебно заведение и в рамките на нормативно определения диапазон на брой случаи, за които се

разкрива един състав на ТЕЛК. Финансирането на дейността се осъществява от Министерство на здравеопазването по ежегодно утвърждавана методика за субсидиране по реда на чл. 106а от Закона за лечебните заведения, но общата стойност не може да надхвърля утвърдените за тази дейност средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за съответната година.

Следователно доколкото има диференциране на заплащането на дейностите по медицинската експертиза при ЛКК в извънболничната помощ и при ТЕЛК, като цяло то се вмества в предварително определена финансова мажорамка.

НЕЛК е специализиран орган за медицинска експертиза на национално ниво и самостоятелно юридическо лице на бюджетна издръжка към министъра на здравеопазването. Финансирането на дейността на НЕЛК не се повлиява от обема дейност, който Комисията осъществява.

Нормативният акт засяга пряко микро-, малките и средните предприятия (МСП) чрез възможността работещите в тях при заболяване да получат правото да отсъстват от работа по преценка на органите на медицинската експертиза до пълното или максимално възможното възстановяване на здравето, като за целта бъдат освидетелствани от тези органи съгласно регламента на наредбата.

Очакваните резултати от прилагането на наредбата са свързани с възможност за създаване на условия за прилагане на единни и обосновани критерии в медицинската експертиза и ред, по който да се осъществява тя. С правната регулация се осигурява утвърждаване на принципи, правила, организация и уеднаквяване на територията на цялата страна на дейностите, свързани с медицинската експертиза. Тя се прилага и с цел да осигури определени права на пациентите – например правото им на отсъствие от работа или осигуряване на подходяща работа с цел полагане на оптимални грижи за здравето до неговото пълно или максимално възможно възстановяване.

В същото време чрез правната регулация се осигурява стабилност и предвидимост на резултатите от нея, което е предпоставка за планиране и прогнозиране на всички произтичащи от медицинската експертиза последствия, включително социалните придобивки и финансови обезщетения, които сами по себе си са обект на прилагане на други нормативни документи.

С проекта на наредба не се създават нови регулаторни режими и не се засягат съществуващи режими и услуги. Проектът няма да доведе до пряко и/или косвено въздействие върху държавния бюджет.

Обществените отношения, предмет на проекта на Наредба за медицинската експертиза, не са регламентирани в европейското право. Тяхната уредба е въпрос на национално решение и от компетентността на отделените държави-членки. С оглед на това не се налага извършването на анализ за съответствие на проекта с правото на Европейския съюз.

Проектът на наредба е публикува за обществено обсъждане на страницата на Министерството на здравеопазването в Интернет и на Портала за обществени консултации и всички заинтересовани страни имат възможност да представят своите аргументирани предложения и становища в 30-дневен срок от публикуването.

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ,

УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА МИНИСТРИ,

Предвид гореизложеното и на основание чл. 41, ал. 4 и 5 от Закона за лечебните заведения и чл. 8, ал. 2 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация, предлагаме Министерският съвет да разгледа и приеме приложения проект на Постановление на Министерски съвет за приемане на Наредба за медицинска експертиза.

С уважение,

Д-Р ИЛКО СЕМЕРДЖИЕВ

*Заместник министър-председател по социални политики
и министър на здравеопазването*