



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министър на здравеопазването

Изх. № _____ / _____ 2021 г.

ДО
МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ НА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

ДОКЛАД
ОТ ПРОФ. Д-Р КОСТАДИН АНГЕЛОВ, ДМ
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.

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.

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 здравето 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 здравето 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.

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.

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 компенсирен, 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 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

ларингса 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 неколкратно, 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 стадиите и съответстващите им проценти.

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.

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.

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 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, 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,

ПРОФ. Д-Р КОСТАДИН АНГЕЛОВ, ДМ

Министър на здравеопазването