

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

### Частична предварителна оценка на въздействието

<p><b>Институция:</b> Министерство на здравеопазването</p>	<p><b>Нормативен акт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наредба за медицинската експертиза;</li> <li>• Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи;</li> <li>• Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести</li> </ul>
<p><input type="radio"/> Не е включен в законодателна/оперативна програма на Министерския съвет</p>	<p><input type="radio"/> Включен е в законодателната/оперативната програма на Министерския съвет за:</p>
<p><b>Лице за контакт:</b> Дирекция „Медицински дейности“</p>	<p><b>Телефон и ел. поща:</b></p>

#### 1. Проблем/проблеми за решаване:

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

1.1. В действащото към момента Приложение №1 към чл. 63, ал.1 от НМЕ „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти“ съществуват несъвършенства, свързани с липса на точни критерии за оценка на уврежданията при някои отправни точки, предвид по-голямата динамика, различните етапи и стадии на едно и също заболяване. Освен това в голямата си част отправните точки не са актуализирани спрямо последните достижения на медицинската наука и практика. Друг съществен проблем се явяват процентите, определени в зависимост от възрастта при доказани генетични аномалии, тъй като възрастта в случая няма отношение към дефицита, който обуславя степента на увреждане.

По-конкретно промените, касаещи Приложение №1 към чл. 63, ал.1 от НМЕ „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти“ се изразяват в следното:

При болестта на Чандлър, която е бързо развиващо се заболяване (Част първа Заболявания на опорно-двигателния апарат, раздел VII Асептични некрози), придружено с мъчителна, продължителна и неповлияваща се от обезболяващи средства болка, водеща до допълнителен

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Следващата промяна засяга раздел VI Злокачествени новообразувания на ларинго-ото-рино (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 ларинкса ще могат да се разглеждат и по отделно, като две самостоятелни увреждания, а не както сега – задължително в съвкупност.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Обществените отношения, предмет на предложеното изменение и допълнение на Правилника и Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести, във връзка с уреждане на споменатите изисквания, не са регламентирани в европейското законодателство. Те са въпрос на национално решение и са от компетентността на 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.

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

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

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

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

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

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

## 2. Цели:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3. Заинтересовани страни:**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4. Варианти на действие. Анализ на въздействията:**

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

##### **Вариант 1 „Без действие“:**

###### **Описание:**

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

###### **Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

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

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

###### **Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

###### **Специфични въздействия:**

###### **Въздействия върху малките и средните предприятия:**

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

###### **Административна тежест:**

Вариант „без действие“ не генерира административна тежест.

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

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

## **Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“:**

### **Описание:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

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

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

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

### **Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

Нормативната промяна няма отрицателни социални въздействия.

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

### **Специфични въздействия:**

#### **Въздействия върху малките и средните предприятия:**

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

#### **Административна тежест:**

Предложената нормативна промяна не води до увеличена административна тежест.

*(въздействията върху малките и средните предприятия; административна тежест)*

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

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

### **Вариант 3 „предприемане на нерегулаторни възможности“:**

#### **Описание:**

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

#### **Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Специфични въздействия:**

**Въздействия върху малките и средните предприятия:** не съществуват.



## **Административна тежест: не съществуват**

*(въздействията върху малките и средните предприятия; административна тежест)*

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

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

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

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

### **Вариант 1 „Без действие“:**

#### **Описание:**

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

#### **Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

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

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Специфични въздействия:**

##### **Въздействия върху малките и средните предприятия:**

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

##### **Административна тежест:**

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

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

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

## **Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“:**

### **Описание:**

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

### **Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

### **Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

### **Специфични въздействия:**

#### **Въздействия върху малките и средните предприятия:**

#### **Административна тежест:**

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

*(въздействията върху малките и средните предприятия; административна тежест)*

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

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

## **Вариант 3 „предприемане на нерегулаторни възможности“:**

### **Описание:**

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

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

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

**Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

**Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

**Специфични въздействия:**

**Въздействия върху малките и средните предприятия:**

**Административна тежест:**

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

*(въздействията върху малките и средните предприятия; административна тежест)*

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

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

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

**Вариант 1 „Без действие“:**

**Описание:**

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

**Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Специфични въздействия:**

##### **Въздействия върху малките и средните предприятия:**

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

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

##### **Административна тежест:**

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

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

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

#### **Вариант 2 „предприемане на регулаторна намеса“:**

##### **Описание:**

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

##### **Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

Нормативната промяна няма въздействие в икономически и екологичен аспект.

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

##### **Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Специфични въздействия:**

#### **Въздействия върху малките и средните предприятия:**

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

#### **Административна тежест:**

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

*(въздействията върху малките и средните предприятия; административна тежест)*

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

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

### **Вариант 3 „предприемане на нерегулаторни възможности“:**

#### **Описание:**

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

#### **Положителни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Отрицателни (икономически/социални/екологични) въздействия:**

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

*(върху всяка заинтересована страна/група заинтересовани страни)*

#### **Специфични въздействия:**

**Въздействия върху малките и средните предприятия: не съществуват.**

**Административна тежест: не съществуват**

*(въздействията върху малките и средните предприятия; административна тежест)*

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

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

## 5. Сравняване на вариантите:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*съгласуваност, която показва степенята, до която вариантите съответстват на действащите стратегически документи*

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

## **6. Избор на препоръчителен вариант:**

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

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

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

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

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

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

*Посочете препоръчителните варианти за решаване на поставения проблем/проблеми.*

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

**По Проблем № 1: Няма ефект**



- Ще се увеличи
- Ще се намали
- Няма ефект

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

#### **По Проблем № 2: Ще се намали**

- Ще се увеличи
- Ще се намали
- Няма ефект

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

#### **По Проблем № 3: Ще се намали**

- Ще се увеличи
- Ще се намали
- Няма ефект

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

*1.1. Изборът следва да е съотносим с посочените специфични въздействия на препоръчителния вариант за решаване на всеки проблем.*

*1.2. Ако се предвижда въвеждането на такса, представете образуването на нейния размер съгласно Методиката по чл. 7а от Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност.*

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

- Да
- Не

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

*1.1. Изборът следва да е съотносим с посочените специфични въздействия на избрания вариант.*

*1.2. В случай че се предвижда създаване нов регулаторен режим, посочете неговия вид (за стопанска дейност: лицензионен, регистрационен; за отделна стелка или действие: разрешителен, уведомителен; удостоверителен и по какъв начин това съответства с постигането на целите).*

*1.3. Мотивирайте създаването на новия регулаторен режим съгласно изискванията на чл. 3, ал. 4 от Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност.*

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

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

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

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

Да

Не

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

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

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

Актът засяга пряко МСП

Актът не засяга МСП

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7. Консултации:

Проведени са консултации

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

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

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

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

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

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

Да

Не

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

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

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

Да

Не

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

## 10. Приложения: няма

*Приложете необходимата допълнителна информация и документи.*

## 11. Информационни източници:

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

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

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

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

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

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

**Име и длъжност:** Директор дирекция „Медицински дейности“

**Дата:** 05.04.2021 г.

**Подпис:**