



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министър на здравеопазването

Изх. № _____ / _____ 2022 г.

ДО
МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ НА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

ДОКЛАД
ОТ Д-Р АСЕН МЕДЖИДИЕВ
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Относно: Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. (обн., ДВ, бр. 51 от 2017 г.; изм. и доп. бр. 62 и 64 от 2018 г., бр. 46 и 84 от 2019 г.; Решение № 1632 на Върховния административен съд от 2020 г. – бр. 63 от 2020 г. и доп. бр. 79 от 2020 г. и бр. 59 от 2021 г.)

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ГОСПОДА ЗАМЕСТНИК МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛИ,
УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА МИНИСТРИ,

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

Изготвеното изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ) е обусловено от съществуването на няколко проблема, които трябва да намерят решение:

Първият проблем е свързан с необходимостта от синхронизиране на националното ни законодателство по отношение на обхвата на временната неработоспособност:

Със Закона за изменение на Закона за здравето, обн. - ДВ, бр. 58 от 2022 г., в сила от 01.01.2023 г., е изменена дефиницията за „Временна неработоспособност“ (т. 34 от ДР), като в нейния обхват е включено и гледането на здраво дете, до 12-годишна възраст, върнато от детско заведение или училище, поради карантина на заведението или на училището, или на отделна група или клас в него, или поради карантина на детето, за разлика от предишната редакция, съгласно която ползването на болничен лист за временна неработоспособност се полагаше само за дете, върнато от детско заведение, поради карантина в заведението, което на практика касаше само децата до училищна възраст. Със закона са направени съответстващите промени и в Кодекса на труда и Кодекса за социалното осигуряване. С цел привеждане в съответствие на НМЕ с тези законодателни промени, с проекта се предлага изменение на разпоредбата на чл. 6, ал. 1, съгласно която са определени случаите при които е налице временна неработоспособност. Предложена е промяна и в разпоредбата на чл. 39, съгласно която се регламентира издаването на болничен лист за гледане на дете, до 12-годишна възраст, посещаващо детско заведение или училище, контактно със заразено, задължително карантинирано в дома и за гледане на дете до 12-годишна възраст, посещаващо детско заведение или училище, върнато от там, поради наложена карантина на това заведение или училище, или на отделна група или клас в него. ,

Вторият проблем е установената непълнота в НМЕ по отношение на случаите, при които е необходимо произнасянето на органите на медицинската експертиза относно необходимостта от чужда помощ, определени в общата част на наредбата:

В общата част на НМЕ са дефинирани случаите, при които е възможно определянето на необходимостта от чужда помощ, необходима за лицата, които не са в състояние да се обслужват самостоятелно при задоволяване на ежедневните си потребности.

Извън общото правило териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК) да се произнасят и по необходимостта от чужда помощ при степен на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане (ТНР/ВСУ) над 90 на сто, е регламентирано, че при децата може да се определи чужда помощ и при степен на увреждане под 90 на сто, в зависимост от естеството на заболяването и възможността за отглеждането им извън семейството, свързана с посещение на детска ясла, детска градина, училище и други (чл. 68, ал. 1 - 3).

Необратимостта на състоянието при психичните заболявания обуславя необходимостта лицата, които страдат от такива, също да бъдат включени в тази категория извън общото правило, свързана с произнасяне на органите на медицинската експертиза относно необходимостта от чужда помощ при определена ТНР/ВСУ под 90 на сто. Критерий за необходимостта от това произнасяне е степента на загуба на базисни социални и ключови умения, водещи до невъзможност за съществуване без осъществяване на контрол на хората с психични увреждания.

Третият проблем е свързан с наличие на непълноти и несъвършенства, касаещи определени заболявания или групи заболявания, формиращи някои отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане (ТНР/ВСУ) в проценти, съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ.

Споменатите непълноти и несъвършенства се изразяват най-общо в следното: несъответстващо ниски проценти, определени за някои състояния; непълнота по отношение определянето на пожизнен срок и/или на чужда помощ при някои състояния, които дефинитивно изискват това; терминологични несъответствия с общоприети международни стандарти и класификации; терминологични неточности от гледна точка на прецизност и логическа свързаност; неточности, свързани с възрастов признак; липса на необходимата детайлност по отношение на различни състояния; неточно дефинирани отделни състояния, обуславящи различни проценти ТНР/ВСУ; липса на някои съществени уточнения в „забележка“, което води до двусмислие и различна практика на ТЕЛК при оценяването; непълнота по отношение на някои времеви периоди, които касаят оценяването на ТНР/ВСУ; доказана в практиката медицинска нецелесъобразност по отношение на някои отправни точки.

Промените в горните насоки засягат част първа „Заболявания на опорно-двигателния апарат“, част втора „Психични болести“, част трета „Ушни, носни и гърлени (УНГ) заболявания, част четвърта „Заболявания на сърдечно-съдовата система“, част седма „Нервни болести“, част осма „Хирургични заболявания“ и част девета „Вътрешни болести“.

Четвъртият проблем се отнася до Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти, съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 (Методиката), която не осигурява справедливо оценяване на лицата с множество увреждания, тъй като се игнорират част от заболяванията, а друга част участват в общата оценка с несъответстващо малък дял:

Методиката е променяна няколкократно през последните години, като във всичките си варианти тя е по-неблагоприятна от тази преди 2018 година.

При настоящата редакция на Методиката основното правило при определяне на оценката на ТНР/ВСУ при множество увреждания е да се вземе най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане, а останалите проценти, които съответстват на съпътстващите увреждания не се вземат предвид. Изключение от това общо правило се допуска когато при наличие на две или повече увреждания, за всяко от които е посочен отделен процент и поне на две от тях съответстват 50 и над 50% ТНР/ВСУ - в тези случаи се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане и към него се прибавят 20% от сбора на процентите на всички съпътстващи увреждания.

От горното следва, че отразяването в общата оценка на съпътстващите увреждания е поставено под условие от наличието на определени обстоятелства и следователно не винаги тези съпътстващи увреждания се вземат предвид при формиране на оценката на ТНР/ВСУ.

Предложената промяна в Методиката е свързана именно с отразяване в общата оценка на всички съпътстващи увреждания, независимо от процентите, които им съответстват по отделните отправни точки, като този подход се счита за по-справедлив. Предложеният начин на изчисляване на оценката на ТНР/ВСУ (най-високият процент на най-тежкото увреждане + 20% от сбора на процентите на всички съпътстващи увреждания) е значително опростен и лесно приложим и за органите на медицинската експертиза. Предложеният начин на изчисляване на процента е почти идентичен с този преди 2018 година и по емпиричен път е доказал своята целесъобразност от гледна точка на реалното съответствие на оценката с действително формирания функционален дефицит на организма като цяло, спрямо здравия човек.

Предвид така очертаните проблеми, на които се търси решение чрез предложената нормативна промяна, нейните цели са следните:

- да се постигне съответствие на Наредбата за медицинската експертиза със Закона за здравето по отношение на дефиницията за временна неработоспособност;
- в случаите, при които е необходимо определянето на потребността от чужда помощ, в общата част на Наредбата за медицинската експертиза, да се включат и хората с психични заболявания, които, поради спецификата на патологията, в значителна степен се нуждаят от допълнителна ежедневна

подкрепа в обслужването и задоволяването на основните човешки потребности, независимо от процента на ТНР/ВСУ;

- с промените в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ) „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти“ се цели да се актуализират процентите, които съответстват на определени отправни точки и да се определи пожизнен срок и/или чужда помощ при определени отправни точки по медицинска целесъобразност, да се компенсират непълноти и да се премахнат терминологични неточности, водещи до двусмислие или противоречивост на текстовете, което води до разнопосочно прилагане на нормативните разпоредби от органите на медицинската експертиза;
- с промяната в Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 „Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти“ се цели да се постигне по-справедливо и пълноценно оценяване на ТНР/ВСУ при наличие на множество увреждания, както и да се улеснят органите на медицинската експертиза при оценяване на ТНР/ВСУ когато са на лице множество увреждания.

По-детайлното разглеждане на предложените промени в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ) „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти“, включва следните мотиви за всяка конкретна промяна:

В част първа „**Заболявания на опорно-двигателния апарат**“, в раздел IX „Увреди на долните крайници“, при тежката степен на криво краче след едногодишна възраст на детето, се предлага повишаване на процентите, съответно за едното стъпало – от 30 на 50 и за двете стъпала – от 50 на 71. Мотивите за предложената промяна е свързана с обстоятелството, че деформацията на стъпалата изисква многоетапно лечение, включващо поредица от оперативни интервенции, носене на ортезни средства, което води до продължително страдание на детето. Освен това проведеното лечение не винаги гарантира пълно отстраняване на деформацията, особено при тежките форми, което от медицинска гледна точка обуславя предложената промяна в оценката на състоянието.

Промените в разделите към част втора „**Психични болести**“ са свързани основно с допълване на пожизнен срок и/или чужда помощ по отношение на отделни отправни точки, което е обусловено от необратимостта на състоянията и невъзможност за

самостоятелно справяне в заобикалящата среда, както и необходимост от осъществяване на непрекъснат контрол върху поведението на тези лица.

Другите промени в тази част са свързани с непълноти или терминологични неточности и несъответствия. В тази връзка заглавието на раздел II се променя от „Умствена ограниченост“ на „Умствена изостаналост“ в съответствие на термините в Международната класификация на болестите – Десета ревизия (МКБ - 10). По отношение на афективните психози в раздел IV текстът, касаещ „манийни и манийно-депресивни психози“ се променя на „манийни или депресивни, или смесени психози“, което съответства на съвременните медицински класификации на този вид заболявания. В заглавието на раздел IX понятието „в детска възраст“ се заменя с „на лица до 16 години“, тъй като медицинската експертиза се разграничава по признак възраст при навършване на 16 години, което е в съответствие на определени разпоредби, касаещи правото на трудова заетост, съгласно Кодекса на труда.

Във втора част се предлагат и някои уточнения, с цел прецизиране на текстовете или разграничаване на отделни състояния, изискващи самостоятелно оценяване с отделни проценти. Така например в заглавието на раздел V – „Аутистично разстройство“ се добавя пояснението „при лица, навършили 16 години“, тъй като органите на медицинска експертиза допускат грешка като оценяват по този раздел и лицата до навършване на 16 години, които следва да се оценяват по т. 2 от вече споменатия раздел IX. В т. 1.1. на раздел IX „Психични отклонения в детска възраст“ е уточнено, че става въпрос за лека умствена изостаналост, в която, по аналогия с умерената степен на умствена изостаналост (т. 1.2.), се предлага разграничаване на случаите без и с поведенчески отклонения.

Промените в **част трета „Ушни, носни и гърлени (УНГ) заболявания“** касаят раздел I „Слухов анализатор“, като се предлага изцяло нова класификация на степените на загуба на слуха и съответстващата им оценка в проценти, съобразно последната класификация на Световната здравна организация, свързана с прилагане на таблицата на Клодил Портман.

В **част четвърта „Заболявания на сърдечно-съдовата система“** е добавена отправна точка, свързана с инфаркт на миокарда след първата година от реализирането му (Раздел I Органични сърдечни увреди – нова т. 4.1.), когато липсват хемодинамични нарушения и усложнения. Определеният процент за това състояние е 50. Уточнено е също така по коя отправна точка, от вече определените, се извършва оценяването при наличие на хемодинамични нарушения и усложнения. Мотивите за тази допълнителна отправна точка са свързани с тежестта на заболяването „инфаркт на миокарда“ и значимите

последствия за общото здравословно състояние и функционалност на организма, респ. за инвалидизирането, вкл. и след първата година от реализирането му, което до сега не е предвидено.

По същата причина в Раздел I на тази част са повишени процентите от 10 на 30 на две от състоянията - при сърдечна недостатъчност I клас по Росс (асимптоматични) и при вродени сърдечни малформации без хемодинамични отклонения, които не се нуждаят от лечение (хирургично и/или медикаментозно), а само от клинично наблюдение.

Промените в раздел II на част четвърта, който се отнася за сърдечните вмешателства, включват допълване на нова отправна точка, свързана с клапно протезиране и аортно-коронарен байпас, като за това състояние са определени 50%, в случай, че липсват хемодинамични нарушения. Допълнително, в забележка, е уточнено как се извършва оценяването при наличие на хемодинамични нарушения и усложнения, като са посочени съответните относими отправни точки от раздел I. Мотивите за допълнителната отправна точка са, че посочените сърдечни вмешателства (клапно протезиране и аортно-коронарен байпас) обикновено не водят до дефинитивно разрешаване на основното заболяване, поради което следва да се считат за инвалидизиращи лицата с по-висок процент ТНР/ВСУ.

В раздел II също така е повишен процентът на две от отправните точки, касаещи по-леките случаи на оперирани деца, тъй като в тази възраст последствията от основното заболяване за цялостното развитие на организма, наложило оперативно вмешателство на сърцето, както и самото оперативно вмешателство, са много по-осезаеми отколкото при възрастните индивиди, които са със завършено развитие на органите и системите в човешкия организъм.

В раздел V „Ритъмни и проводни нарушения“ от част четвърта промяната в т. 2 и т. 3 има за цел да прецизира текста от медицинска гледна точка, тъй като постоянното предсърдно мъждене, независимо от това дали е нормофреквентно, тахи- или бради-форма, е значимо хемодинамично ритъмно нарушение, с големи социални последствия, особено за лицата над 65 годишна възраст. Свързано е с непрекъснат прием на антикоагулантна профилактика и е причина за 1/3 от емболичните мозъчни инсулти, както и за други форми на периферен емболизъм, които тежко инвалидизират лицата във връзка с тахикардно индуцирана кардиопатия, намален минутен обем и ремоделиране на сърдечните кухини в еволюция със синдром на сърдечна недостатъчност. Коректно е определянето на степента на тежест на ритъмните и проводни нарушения да става по единната класификация на Нюйоркската кардиологична асоциация (НИХА).

В част седма „Нервни болести“ понятието „дискоординационни синдроми“ в т. 3, което не представлява отделна нозологична единица, а е синдром към друго неврологично заболяване, е заменено с по-прецизния текст „координационни нарушения в рамките на дадено неврологично заболяване, в зависимост от тежестта му“.

След т. 3.4, която се отнася за тежките форми на хронични нервни заболявания, е добавена забележка, касаеща конкретно случаите на тежка степен на Множествена склероза, при които задължително се определя пожизнен срок, тъй като при това ниво на тежест на инвалидизацията процесите са необратими и обуславят дефинитивност на състоянието.

В т. 4, която се отнася за епилепсията, при средно честите генерализирани епилептични пристъпи процентът се променя от 70 на 71 (т. 4.3), което поставя лицата с това увреждане в съответстващата им по-високата група на инвалидност, предвид реалния дефицит, който ограничава както тяхната дееспособност в работна среда, така и възможността им за битовото справяне в ежедневието.

При много честите (т. 4.4) и много честите и тежки епилептични пристъпи (т. 4.5) се добавят пожизнен срок на инвалидност и чужда помощ, тъй като тези състояния, предвид тежестта и честотата на пристъпите, изискват присъствието на друг човек до болния с цел избягване на травматизъм, както и подпомагане в ежедневието, тъй като такива болни обичайно не могат да извършват почти никаква самостоятелна дейност.

При случаите на Епилептични синдроми, включително Епилептични енцефалопатии и медикаментозно-резистентна епилепсия с ежедневни и/или еженощни пристъпи (т. 4.6.) се добавя пожизнен срок на инвалидност, тъй като обичайно тези състояния започват още в детска възраст и поради това са съпроводени с изоставане в психомоторното (невропсихическото) развитие в значителна степен.

Забележката след т. 12.3, касаеща определянето на стадия на вибрационна болест и вегетативна полиневропатия в клиника по професионални болести, се заличава, поради възможността това да се извършва и в амбулаторни условия.

В част осма „Хирургични заболявания“ най-честата предложена промяна, в почти всички раздели, е допълването на периода, спрямо давността от оперативната интервенция или хистологична верификация на злокачествено заболяване, с пожизнен срок на инвалидността. По този начин текстът става по-прецизен, тъй като настоящата редакция за много от отправните точки гласи: „за петата година след операцията/хистологичната верификация - ...% с пожизнен срок“, което буквално означава, че само за петата година може да се определи пожизнен срокът. В случай, че

лицето мине на преосвидетелстване, по някакви причини, след петата година от интервенцията, при тази редакция следва, че тогава то не може да получи пожизнен срок на инвалидност, което го поставя в неравностойно положение спрямо лицата, които последно са преосвидетелствани на петата година от интервенцията/верификацията. При наличие на уточнен процент и срок на инвалидност за всяко от заболяванията в тази част, спрямо неговата давност и приложени интервенции, забележката в края на част осма се обезсмисля и тя се заличава.

Извън споменатата основна промяна по отношение на срока на инвалидност, в тази част са предложени и няколко промени, касаещи процентите или срока на инвалидност на някои отправни точки:

Предлага се повишаване на процента на една от отправните точки в раздел V „Болести на хранопровода“ – т. 12.2, която се отнася за третата година след операция по повод малигнен тумор на панкреаса. Процентите са променени от 80 на 91, като причината за това е значителната агресивност на онкологичното заболяване с тази локализация, изразяваща се в бързо разпространение на метастази и изключително висок процент на смъртност.

В раздел IX „Пикочни органи“ по т. 9 Ектопия на пикочен мехур – 100% е предложен пожизнен срок на инвалидност, като в забележка се уточнява, че тази оценка важи преди и след провеждане на оперативно лечение на заболяването. Мотивите за това допълнение е експертното медицинско становище, че при децата с това заболяване, което се счита за една от най-тежките вродени аномалии на долните пикочни пътища, независимо от ранната реконструктивна операция, процентът на усложненията е голям, а прогнозата за пълно решаване на този здравословен проблем не е много добра. До 15-годишна възраст много от децата претърпяват 10 и повече оперативни интервенции, като постигнатият успех, в най-добрия случай, е до 2-3 часа континенция, което неминуемо води до нарушение на нормалните ежедневни активности и качество на живот.

В раздел XI „Женски полови органи“ се предлага прецизиране на текста на т. 3.3, касаеща понастоящем липсата на два яйчника до 50-годишна възраст на жената. Промяната поставя акцент на наличието на посткастрационния синдром, който практически обуславя функционалния дефицит, а не на отстраняването на двата яйчника, което само по себе си не обуславя задължително нарушаване на функциите, още повече, че има жени, при които по естествен път менопаузата настъпва значително по-рано от навършването на 50 годишна възраст.

Промените в част девета „**Вътрешни болести**“ засягат три раздела:

В раздел I „Захарен диабет“ се променят заглавията на двете основни точки, като по този начин се прегрупират състоянията въз основа на типа захарен диабет в съчетание с прилаганото лечение. Предложението е свързано с експертно медицинско становище, че тези два критерия в съчетание определят по-правилното оценяване на функционалния дефицит при лицата със захарен диабет. Освен това при случаите на захарен диабет тип 2 неинсулинозависим, при които са налице две и повече усложнения се предлага допълването с „пожизнен срок на инвалидност“, тъй като на този етап от развитието на заболяването прогнозата за подобряване на състоянието е негативна.

Пожизнен срок е предложен и за две отправни точки в раздел II „Болести на щитовидната жлеза“, свързани с карцином на щитовидната жлеза и преживяемост след петата година – т. 3.3.3 и т. 3.4.2. Причината за тази промяна е унифициране на подхода както при останалите злокачествени заболявания след петата година.

Предложение за пожизнен срок е направено и при две от отправните точки на раздел V „Хипофизарни нарушения“, свързани с нанизъм (т. 2.2.1 и т. 2.2.2), тъй като не се очаква положителна еволюция в състоянието (растеж на височина) поради вече приключен растеж.

Забележката, която пояснява прилагането на раздел XI „Генетични аномалии“ се променя с цел по-голяма прецизност и яснота на даденото указание и съответно предотвратяване на различната практика в страната при оценяването на състоянията от този раздел. С промяната става ясно, че на самостоятелно оценяване, от една страна, подлежат посочените в раздел XI състояния и от друга - клинично проявените патогенни генетични аномалии, в случай че има такива. Окончателната оценка се получава по реда на Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от Наредбата за медицинска експертиза - Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти.

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

- разходи за възнаграждения на лекарите и другите лица, работещи в ТЕЛК и НЕЛК, които са обект на индивидуално договаряне между ръководителите на лечебните заведения (търговски дружества), към които са разкрити ТЕЛК/директора на НЕЛК и съответните длъжностни лица;
- разходи във връзка с прилагането на Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и

реда за субсидиране на лечебни заведения, в частта субсидиране за медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, като от началото на 2022 г. субсидирането е диференцирано на база определени критерии, пряко свързани с качеството на експертизата – вместо на база брой издадени и отчетени експертни решения на ТЕЛК вече се заплаща на база влезли в сила експертни решения и то при процедури, в които обжалванията са ограничен брой пъти; заплащането за брой експертно решение е увеличено значително – от 29 на 25/40/50 лв. в зависимост от диференцирането на случаите;

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

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

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

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

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

Промяната, касаеща обхвата на временната неработоспособност в НМЕ, ще доведе до синхронизиране на разпоредбите в това направление със Закона за здравето.

Включването на хората с психични увреждания в категорията, за която е необходимо определяне на потребността от чужда помощ, независимо от определеният процент ТНР/ВСУ, ще допринесе за тяхното по-справедливо оценяване и осигуряване на адекватна грижа в ежедневието им съществуване, с цел компенсиране на загубата на базисни социални и ключови умения.

Промяната в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане в проценти ще доведе до по-прецизно, съответстващо на здравословното състояние и по-справедливо оценяване на функционалния дефицит при лицата, прецизиране на случаите, в които е необходимо да се определи пожизнен срок на инвалидност и/или потребност от чужда помощ, постигане на съответствие със съвременни медицински класификации на заболяванията и методите за тяхното оценяване по степен на тежест, ще се отстранят съществуващи двусмислия в някои от текстовете, водещи до разнопосочна практика на ТЕЛК в страната, както и терминологични неточности, водещи до противоречивост на текстове.

Промяната на Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти, от една страна ще допринесе за по-справедливо оценяване на ТНР/ВСУ, като се отчита значението на всяко увреждане, независимо от съответстващия му процент, а от друга – ще улесни работата на органите на медицинската експертиза, предвид опростяване на начина, по който ще се изчислява оценката при множество увреждания.

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

Поради значителен интерес от страна на заинтересованите лица с увреждания, който се очаква към предложените промени в НМЕ, не се предвижда срок, в който те да заявят желание за преосвидетелстване, тъй като промяната в Методиката вероятно ще касае по-голямата част от тях и не би било възможно да се предвиди времето, необходимо за преосвидетелстването на този сравнително голям контингент от ТЕЛК.

Обществените отношения, предмет на нормативната промяна, не са регламентирани в европейското законодателство. Те са въпрос на национално решение и

са от компетентността на отделените държави-членки. Това произтича от разпоредбата на чл. 168, параграф 7 от Договора за функциониране на Европейския съюз, която предвижда изключителна компетентност на държавите-членки по определяне на здравната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи.

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ГОСПОДА ЗАМЕСТНИК МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛИ,
УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА МИНИСТРИ,**

С оглед гореизложеното и на основание на чл. 8, ал. 2 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация, предлагам да бъде приет проектът на Постановление за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. (обн., ДВ, бр. 51 от 2017 г.; изм. и доп. бр. 62 и 64 от 2018 г., бр. 46 и 84 от 2019 г.; Решение № 1632 на Върховния административен съд от 2020 г. – бр. 63 от 2020 г. и доп. бр. 79 от 2020 г. и бр. 59 от 2021 г.)

С уважение,

Д-Р АСЕН МЕДЖИДИЕВ

Министър на здравеопазването