

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени след общественото обсъждане на
Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза

№	Участник в общественото обсъждане	Предложение/ Мнение	Приема/не приема/ предложението	Мотиви
1.	Проф. д-р Елисавета Наумова , национален консултант по клинична имунология; Проф. д-р Марта Балева , председател на Националния специализиран експертен лекарски борд и консултант на НЗОК, вх. № 33-18-42/18.05.2018 г.	Тестът в т. 8 „Разстройства на имунитета в детска възраст – тежка степен (вродени и придобити имунодефицитни болести): 80% да се замени с текст: „Разстройства на имунитета при деца и възрастни – тежка степен (вродени и придобити имунодефицитни болести): 80%“. Предложението е съгласно Решения на Експертния съвет по клинична имунология, Експертния лекарски борд по клинична имунология и Българската асоциация по клинична имунология. <u>Мотиви:</u> Благодарение на възможностите на съвременната терапия пациентите с имунодефицитни състояния преодоляват високата смъртност, наблюдавана при тези болести в детска възраст. В същото време, от една страна специфичните проблеми, характерни за всяка една от тези нозологични единици (разстройства в клетъчния и хуморален имунитет, в системата на комплемента и т.н.) остават, а в някои случаи и се задълбочават. От друга страна, усложненията, свързани с тези нарушения в различни органи и системи прогресират. Според нас, това налага продължаване на срока за оценка на трайно намалената работоспособност и след навършване на 18 годишна възраст.	Приема се	Приема се текстът да се промени в т. 8 на Раздел XVIII, част 9 и да гласи „Разстройства на имунитета при деца и възрастни – тежка степен (вродени и придобити имунодефицитни болести) и наследствен ангиоедем: 80%“
2.	Галина Сбиркова , родител на дете с вродено криво ходило, вх. № 03-08-88/16.05.2018 г.	Промените на процентите в раздел IX – Увреди на долните крайници, точки от 38 до 42.2.2., вкл., с изключение на 40.1., са крайно недостатъчни и липсва осъвременяване на начина на лечение на това заболяване и неговата продължителност. Съвременното лечение по метода „Понсети“ не приключва с оперативната намеса, и въпреки, че този метод е по-щадящ и доказано по-ефективен, той е и по-продължителен във времето, като носенето на ортези се препоръчва вече до 7-годишна възраст, но не по-малко от 3-годишна. Моля, частта на Наредбата в тази част да се	Приема се	Включена е точка 40.2.3 – тежка степен за двете стъпала – 50% степен на увреждане.

		осъвременени с помощта на практикуващи, водещи лекари в тази специалност и децата с това заболяване да получат адекватна помощ от държавата.		
3.	Национален Алианс на хората с редни болести – НАХРБ, вх. №№ 63-00-79/08.05.2018 г., 02-01-108/15.05.2018 г.	Становище 1. Да запази действието си 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 към действащата в момента Наредба за Медицинската експертиза. (При наличие на множествени увреждания, посочени като отправни точки в приложение № 1, крайният процент на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) се определя по Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти съгласно приложение № 2)	<i>Т.1- не се приема</i>	Действащото към момента приложение №2 към чл.63, ал.3 от НМЕ „Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти“, не предлага достатъчно справедлив в медицинско отношение начин, определящ процента трайно намалена работоспособност (ТНР) - използваната в него математическа формула няма и не би могла да бъде обоснована от медицинска гледна точка. При действието на настоящото приложение №2, лицата с леки, неинвалидизиращи ги заболявания, но много на брой при изчислението по настоящата формула попадат неоснователно в правопораждаща категория %ТНР наравно с тежко увредените хора. Когато са налице няколко увреждания, независимо дали са за заболявания от общ характер или за заболявания с причинна връзка, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане е посочен отделен процент, оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя, като се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане. Останалите проценти за съпътстващите увреждания, не се вземат предвид при оценката, но се изписват в мотивната част на експертното решение. Създадена е и нова т.IV, с която се допълва Методиката по отношение на лицата с тежки заболявания, а именно: „За лицата, при които най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане е 80 % или над 80 % (и ако той не е 100%), и които имат едно или повече съпътстващи заболявания, за всяко от които е посочена отправна точка от над 50 процента, общата оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя като за основа се вземе най-високият процент (80 или над 80) и към него се прибавят 20

		2. Саркоидоза Част шеста белодробни болести Раздел VII В т.2 на действащата наредба се присъждат в зависимост от степента на функционалните нарушения от 60 до 80%	2. Приема се	процента от сбора на процентите на останалите увреждания.“ Мотивите ни за това са следните: 1. необходимо е да се изписват и процентите на съпътстващите заболявания, тъй като по този начин става ясно как е бил определен най-високият процент на най-тежкото увреждане. 2. В ЕР на НЕЛК, тъй като съществуват отделни специализирани състави, останалите проценти, извън най-високият се изписват в техните консултации, поради което вписването им в моитвната част е повторение на вече изписаните проценти. Но в ЕР на ТЕЛК, тъй като няма отделни специализирани състави, вписването само на диагнозите в мотивите не дава яснота какви проценти са определени за тях по отправните точки, поради което не може да стане ясно как е определен най-високият процент. С оглед унифициране на ЕР на ТЕЛК и на НЕЛК е необходимо в мотивната част на двата вида решения да бъдат изписвани и процентите на съпътстващите заболявания, за да бъде ясно как е бил определен най-високият процент. 3. Процентите ТНР/степен на увреждане за общо заболяване и за заболявания с причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна и гражданска инвалидност) са различни във всеки отделен случай, тъй като обуславят различни осигурителни рискове, за които се полагат съответни права в системите на пенсионно осигуряване и социално подпомагане. За заболяванията с определен процент, с причинна връзка, винаги се определя и отделна дата на инвалидизиране по същата причина. Поради това %-те за тези заболявания винаги се изписват, както на първа страница в нарочна за това графа, така и в мотивите на ЕР на ТЕЛК и на НЕЛК. 2. Приема се предложението за промяна напроцентите в т.2 на раздел VII на ч.VI Саркоидоза 2.1-60% 2.2-75% 2.3-90%
--	--	---	---------------------	--

	Нашето предложение да се завиши процента съответно на 60%, 75% и 90% „2. Паренхимна форма с клинична симптоматика и функционални нарушения според степенната им изразеност: 2.1. лека степен на функционални нарушения- вместо 50% да стане 60%. 2.2. средно тежка степен на функционални нарушения- вместо 60% да стане 75%. 2.3. тежка степен на функционални нарушения- вместо 80% да стане 90%.“ 3. Обструктивна сънна апнея Част шеста белодробни болести Раздел IX Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) и обструктивна сънна апнея доказана с полисомнография и в зависимост от функционалните нарушения В точки 1, 2, 3 и 4 да бъде упомената обструктивната сънна апнея – „1. ХОББ I ст. и ОСА, с обективизирани тласъци и вентилаторни нарушения, без хронична дихателна недостатъчност: 20 % 2. ХОББ II ст. и ОСА, с ХДН I ст., със или без хронично белодробно сърце: 2.1 с хронична дихателна недостатъчност Iст без хронично белодробно сърце -30% 2.2 с хронична дихателна недостатъчност Iст с хронично белодробно сърце -50% 3. ХОББ III ст. и ОСА, с ХДН II ст. – 80% 4. ХОББ III ст. и ОСА, с ХДН III ст. – 100%“ 4. Пулмонална хипертония Част шеста белодробни болести Раздел XII Да се добави раздел XII Състояние след трансплантация на бял дроб 100% Част четвърта заболявания на сърдечно съдовата система Раздел II Сърдечни вмешательства (без инвазивните диагностични	3.Приема се 4.Приема се	3.Приема се предложението към текста да се прибави и ОСА във всички т. на раздел IX, ч.VI. ОСА се оценява както хроничната обструктивна белодробна болест и затова е прибавена към отправните точки на ХОББ. 4. Раздел XII – добавя се Трансплантация на бял дроб-100% но като т.6 на раздел X част VI Създава се т. 1.1 в Раздел II със следното съдържание: Състояние след трансплантация на сърце – 100%. В раздел II, след „тумори на сърцето“ се добавя – „състояние след трансплантация на сърце и др.“
--	---	---------------------------------------	---

	методи), Клапнопротезирани с механични или биологични протези; инфекциозен ендокардит след клапно протезиране; коригирани (оперирани или след интервентни процедури) вродени сърдечни малформации; палиативно коригирани клапни дефекти без протезиране; състояние след аортокоронарен байпас; състояние след имплантиране на интракоронарен стент; състояние след перкутанна транслуменална коронарна ангиопластика (РТСА); имплантиране на постоянен кардиостимулатор; състояние след резекция на сърдечна аневризма; състояние след хирургическо лечение по повод тумори на сърцето и др. Да се добави т.3 3. Състояние след трансплантация на сърце 100% 5. Синингомиелия, Синингобулбия и Синдром на Арнолд Киари в т.3 освен синингомиелия да се добавят синингобулбия, синдром на Arnold Chiari Част СЕДМА Нервни болести, т.3 - Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие и тежестта на симптоматиката (полирадикулоневрит Гилеи-Баре, множествена склероза, хередодегенеративни заболявания на нервно-мускулния апарат, миопатии, енцефалопатии, централен отоневрологичен синдром, паркинсонизъм, миастения и миастенни синдроми, синингомиелия, синингобулбия, синдром на Arnold Chiari, мозъчни атрофии, неврологични увреждания при ХИВ инфекции, лаймска болест, невролуес, кауда еквина синдром, АЛС, табес дорзалис, фуникуларна миелоза, дискоординационни синдроми, екстрапирамидни синдроми, нарушения на стволите функции и редки неврологични синдроми) 3.1. патологична симптоматика без двигателен дефицит – вместо 20 % - 30% 3.2. лека степен (форма): 50 % 3.3. средна степен (форма): 75 % 3.4. тежка степен (форма): вместо 95 % - 100% 6. Вроден хипотериоидизъм Част девета - вътрешни болести		5. Не се приема 6. Не се приема	5. В т.3 Хронични нервни болести съобразно стадий на развитие и тежестта на симптоматиката са изредени някои от хроничните заболявания и накрая е прибавен израза „Редки неврологични синдроми и други”, което предполага всички останали непосочени в точката неврологични заболявания. 6. Не се приема тъй като оценката касае деца без увредено психосоматично състояние. При увредено
--	---	--	---	---

	Раздел II Болести на щитовидната жлеза 2. Щитовидна хипофункция (микседем): 2.3. при вроден хипотиреоидизъм в зависимост от психосоматичното състояние у деца до 3 годишна възраст: вместо 30% - 50%. 7. Порфирии Част девета вътрешни болести Раздел VIII Други болести на обмяната Да се обособи в отделна трета точка - Нарушение на обмяната на порфирина 1. Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци; минералната обмяна; във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс; други смущения на обмяната/кистозна фиброза, нарушение на обмяната на пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушение на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др./баланс). При възрастни в зависимост от функционалния дефицит на прицелните органи. За деца до 16 години 1.1. Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци; минералната обмяна; във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс-80% 1.2 Други смущения на обмяната/кистозна фиброза, нарушение на обмяната на пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушение на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др./-100% 2. Подагра Степента на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя съобразно функционалния дефицит на прицелните органи – бъбреци и ставен апарат. При хронична подагра с образуване на тофи оценката се определя по т. 4.3, раздел XXIII, част девета. 3. Нарушение на обмяната на порфирина При възрастни 3.1. При доказано нарушение на обмяната на порфирина – 50% 3.2. При наличен пристъп или перманентно периодично	7. Не се приема	<i>психосоматично състояние има оценка и по ч. II.</i> 7. Не се приема тъй като оценката касае деца без увредено психосоматично състояние. При увредено психосоматично състояние има оценка и по ч. II. <i>Раздел VIII - Не се приема, тъй като в т. I в р. VIII е оказано че оценката е от функционалния дефицит на прицелните органи.</i> <i>Т.2 /при възрастни/- Не се приема, тъй като в т. I в р. VIII е оказано че оценката е от функционалния дефицит на прицелните органи и се взима най-високият процент</i>
--	--	-----------------	---

	влошаване на параметрите на порфириновата обмяна – 75% При деца до 16 години – 100%. 8. Болест на Уилсън Да се добави и болест на Уилсън с неврологична симптоматика Част СЕДМА Нервни болести, т.3 - Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие и тежестта на симптоматиката (полирадикулоневрит Гиле-Баре, множествена склероза, хередодегенеративни заболявания на нервно-мускулния апарат, миопатии, енцефалопатии, централен отоневрологичен синдром, паркинсонизъм, миастения и миастенни синдроми, сирингомиелия, сирингобулбия, синдром на Arnold Chiari, мозъчни атрофии, неврологични увреждания при ХИВ инфекции, лаймска болест, неврулес, кауда еквина синдром, АЛС, табес дорзалис, фуникуларна миелоза, дискоординационни синдроми, екстрапирамидни синдроми, нарушения на стволите и редки неврологични синдроми функции болест на Уилсън с неврологична симптоматика и други) 3.1. патологична симптоматика без двигателен дефицит – вместо 20 % - 30% 3.2. лека степен (форма): 50 % 3.3. средна степен (форма): 75 % 3.4. тежка степен (форма): вместо 95 % - 100% Част девета - вътрешни болести Раздел XV Болести на черния дроб В т.3.1. да отпадне ” по аналогия с т. 1” (вместо това да се определят 50%) В т.3.2. да се промени на с промяна на общото състояние (неврологично , психично, както и увреждания на други органи и системи в следствие на заболяването и др.) – 75% В т.3.3. да се добави с чернодробна цироза - по аналогия с т. 2 3. Първична билиарна цироза, хемохроматоза, болест на Уилсън: 3.1. без оформяне на чернодробна цироза и без промяна на общото състояние 50%. 3.2. с промяна на общото състояние (неврологично , психично, както и увреждания на други органи и системи в	8. Не се приема	8. Не се приема добавянето на Болест на Уилсън с неврологична симптоматика, тъй като неврологичният дефицит се оценява по ч.VII. Заболяването влиза в състава на ч. VII, т.3 „Хронични нервни болести”, където са описани повечето заболявания и рубрика „Други”. Т.3.1- не се приема, тъй като определеният процент е съобразен с до момента действащия диапазон и е предвидена максималната стойност. Т.3.4 - Определянето на 95% и на 100% ТНР пораждат едни и същи права за хората с увреждания. Раздел XV - Не се приемат предложенията за промяна в т.3, т.3.1, т.3.2 на р.XV тъй като в т.3.1 липсва какъвто и да е функционален дефицит и по тази причина се отнася към т.1, а в т.3.2 по аналогия с т.2 са включени предлаганите проценти 50, 80 и 95 в зависимост от степенната изразеност на заболяването. Предложението за т.3.3 не се приема, тъй като попада в обхвата на т. 3.2.
--	--	------------------------	--

	следствие на заболяването и др.) – 75% 3.3. с чернодробна цироза - по аналогия с т. 2 9. НАЕ - Наследствен ангиоедем в т.8 да отпадне ” в детска възраст” да се впише наследственият ангиоедем, предвид практиката досега с нашите болни. Част девета - вътрешни болести, раздел XVIII - Други болести на кръвта и кръвотворните органи Т.8. Разстройства на имунитета (вродени и придобити имунодефицитни болести, наследствен ангиоедем): вместо 80% - 90 % 10. Като пациенти и родители на деца и хора с редки заболявания предлагаме за разглеждане следното допълнение Чл. 69. (4) (Изм. – ДВ, бр. 55 от 2014 г.) При дефинитивни състояния, с генетична обусловеност и вродени състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността. Приложение към Становище: Ангioneвротичен оток Част девета - вътрешни болести, раздел XVIII - Други болести на кръвта и кръвотворните органи Нашето предложение – в т.8 да отпадне ” в детска възраст” да се впише наследственият ангиоедем, предвид практиката досега с нашите болни. Вместо 80% да се впишат 90%. Т.8. Разстройства на имунитета (вродени и придобити имунодефицитни болести, наследствен ангиоедем): 90 % Ангioneвротичният оток е често срещано в клиничната алергологична практика състояние. Той може да се изяви както самостоятелно, като системна алергична реакция, така и в съчетание с други алергични синдроми и заболявания. Ангиоедемът може да бъде част от клиничната картина на анафилактичния шок, който е животозастрашаващо състояние. Наследственият ангиоедем (НАЕ) се явява рядко срещана и специфична, предвид етиологията и патогенезата си, форма на ангioneвротичния оток. За него се знае, че в 30 до 40% от случаите атаките могат да протекат със засягане на	9. <i>Приема се частично.</i> 10. <i>Не се приема</i> <i>Приложението към становището преповтаря горните предложения.</i>	9. <i>Приема се предложението с цел по-голяма яснота на т. 8 на раздел XVIII, част IX, като текстът следва да се чете: „Разстройство на имунитета при деца и възрастни – тежка степен (вродени и придобити имунодефицитни болести) и наследствен ангиоедем – 80 %“. Не се приема предложението за 90%, поради медицинска необоснованост.</i> 10. <i>Не се приема, тъй като текста на чл. 69, ал.4 обхваща дефинитивните заболявания по цялото Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ и са точно определени.</i>
--	--	--	--

		ларинкса от отока. Този факт причислява НАЕ към едно от малкото състояния в клиничната алергология, отличаващи се с висок риск от фатален изход. Като отделни форми са идентифицирани четири типа придобити (ПАЕ) и три вида наследствен ангиоедем (НАЕ). В рамките на придобития и наследствен ангиоедем специфичните форми се отличават допълнително по етиология, патогенеза или клинични фенотипове. Наследствения ангиоедем е рядко (засяга около 1:10 000 до 1:50 000 в света), животозастрашаващо наследствено заболяване чиито симптоми са тежки, болезнени и повтарящи се епизоди на едем (оток) на крайници, гениталии, лице, тяло, дихателни пътища (гърлото), коремни и други вътрешни органи. Засягането на отделителната система може да се прояви и като остра бъбречна недостатъчност. Пациентите с НАЕ имат дефект в гена, който контролира белтък в кръвта, наречен C1-инхибитор. Тъй като дефектният C1-инхибитор не изпълнява правилно регулаторната си функция, може да възникне биохимично неравновесие и да се създаде нежелан пептид (наречен брадикинин), който кара капилярите да изпускат течности в околните тъкани, като по този начин възниква оток. Подуването е обезобразяващо, изключително болезнено и омаломощаващо. Понякога пристъпите на НАЕ засягат повече от една част на тялото. Средната продължителност на пристъпа трае между 24 и 72 часа, но някои атаки могат да продължат и повече от седмица. Част от причините предизвикващи тези атаки са: стресът, травми и натиск върху кожата, различни медицински процедури, заболявания като настинки и грип, медикаменти, физически дейности и др.Профилактиката срещу атаки е единствено избягването на правокиращи фактори : • въздържане от употреба на НСПВС, АСЕ-инхибитори, кодеин и други медикаменти • стрес • травми • вирусни инфекции • прием на алкохол • прием на оцветители и консерванти • избягване професионалния контакт с контактни алергени от работната среда и обладаващи сенсibiliзиращи свойства материали и химични субстанции		
--	--	---	--	--

		• избягване на физикални фактори – излагане на слънце, студово въздействие, въздействие от натиск, вибрации и т.н. От всичко посочено до тук е видно, че НАЕ налага значителна тежест върху индивида и качествата му на живот. Пациентите живеят в постоянен стрес от животозастрашаваща обструкция на ларингса и имат проблеми не само с физическото, но и с психическото здраве(депресии и страхови неврози и др.). Наследствения ангиоедем е изключително сериозно, инвалидизиращо, потенциално животозастрашаващо и хронично състояние, което налага да бъде включено в Наредбата за медицинска експертиза с висок процент инвалидност . Порфирии Част девета вътрешни болести Раздел VIII Други болести на обмяната Да се обособи в отделна трета точка - Нарушение на обмяната на порфирина Нашето предложение: Раздел VIII Други болести на обмяната 1. Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци; минералната обмяна; във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс; други смущения на обмяната/кистозна фиброза, нарушение на обмяната на пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушение на екскрецията на билирубина,мукополизахаридоза,в урейния цикъл и др./баланс). При възрастни в зависимост от функционалния дефицит на прицелните органи. За деца до 16 години 1.1Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци;минералната обмяна; във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс-80% 1.2 Други смущения на обмяната/кистозна фиброза, нарушение на обмяната на пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушение на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др./-100% 2. Подагра Степента на трайно намалената работоспособност/степен		
--	--	---	--	--

		на увреждане се определя съобразно функционалния дефицит на прицелните органи – бъбреци и ставен апарат. При хронична подагра с образуване на тофи оценката се определя по т. 4.3, раздел XXIII, част девета. 3. Нарушение на обмяната на порфирина При възрастни 3.1. При доказано нарушение на обмяната на порфирина – 50% 3.2. При наличен пристъп или перманентно периодично влошаване на параметрите на порфириновата обмяна – 75% При деца до 16 години – 100%. Мотивите ни за това изменение се базират на следните факти: 1. Нарушението на порфириновата обмяна съставя група от 7 разновидности на порфирия, но всички те са редки заболявания. Броят на всички хора, носители на различните порфирии, може да бъде предоставен от регистрирания експертен център, който е: Експертен център по наследствени метаболитни заболявания на черния дроб /болест на Уилсън, наследствена хемохроматоза, порфирии/ Лечебно заведение: УМБАЛ "Св. Иван Рилски", София Ръководител на центъра: доц. Анета Иванова Дата на обозначаване: 05.04.2016 г. Контакти: тел. 02 8510 814; 02 9522 018 e-mail: anetaivanova99@abv.bg 2. Характерно за порфириите е, че, след настъпил и овладян пристъп, е възможно почти 100% възстановяване на засегнатите органи. Но, въпреки това, пациентът следва да се съобразява до края на живота си с особеностите на заболяването. 3. В същото време всеки, който е латентен носител на дефектен ген, свързан с определена порфирия, също се съобразява с изискванията на заболяването, свързани с хранене, физическо натоварване, горещини и употребявани медикаменти, тъй като пристъп може да бъде предизвикан от множество независещи от човека фактори. 4. Това е цитат от книгата на проф. Димчо Аджаров, която е единственото за момента подробно описание на порфириите, издавано в РБългария. Позволяваме си го, тъй като поддържа непрекъсната връзка с проф. Аджаров, с когото уточнихме и това искане за промяна в НМЕ: „Порфириите се класифицират като чернодробни и еритропоетични в зависимост от това дали ензимният блок , т.е. абнормното образуване на междинни метаболити е в		
--	--	--	--	--

		черния дроб или костния мозък. Обособени са 7 различни порфирии. Чернодробни са следните: - Остра интермитираща порфирия - <i>Porphyria variegata</i>** - Вродена копропорфирия - Плумбопорфирия - <i>Porphyria cutanea tarda</i>** Еритропоеични са: - Еритропоеична протопорфирия - Вродена еритропоеична порфирия /болест на Günther/ С изключение на някои форми на <i>porphyria cutanea tarda</i>, всички порфирии са генетични заболявания. Вродената еритропоеична порфирия и вероятно изключително рядката плумбопорфирия се предават автозомно-рецесивно, а останалите автозомно-доминантно. Съществена особеност в патогенезата на вродените порфирии е, че при мнозинството генни носители ензимният дефект сам по себе си не е достатъчен за клиничната изява на болестта. Необходимо е въздействие на допълнителни екзогенни причини /лекарства, алкохол, слънчево облъчване и др./ или ендогенни фактори /хормонални колебания, бременност/, за да премине заболяването от латентно в проявено. Това прави патогенезата на порфириите особено сложна, тъй като те се оказват не само генетични, а многофакторни заболявания. При повечето от носителите на дефектния ген заболяването остава латентно през целия им живот, но то може да се предаде на следващото поколение, при което да се изяви и клинично.“ С пълното съдържание на книгата на проф. Аджаров можете да се запознаете на сайта на Института по редки болести или директно чрез този линк: https://www.raredis.org/archives/1090?lang=bg И не на последно място трябва да поставим основната особеност на порфириите. При деца под 16 години могат да се проявят единствено двете еритропоеични порфирии. Всички чернодробни порфирии се проявяват с пристъпи след 18-годишна възраст.		
--	--	--	--	--

	Пулмонална хипертония Нашето предложение е свързано с единствената възможност за оцеляване на болните от пулмонална хипертония в крайната фаза - възможност за белодробна или сърдечна трансплантация, или и двете според спецификата на заболяването. Част шеста белодробни болести Раздел XII Да се добави раздел XII Състояние след трансплантация на бял дроб 100% Част четвърта заболявания на сърдечно съдовата система Раздел II Сърдечни вмешателства (без инвазивните диагностични методи), Клапнопротезирани с механични или биологични протези; инфекциозен ендокардит след клапно протезиране; коригирани (оперирани или след интервентни процедури) вродени сърдечни малформации; палиативно коригирани клапни дефекти без протезиране; състояние след аортокоронарен байпас; състояние след имплантиране на интракоронарен стент; състояние след перкутанна транслуменална коронарна ангиопластика (PTCA); имплантиране на постоянен кардиостимулатор; състояние след резекция на сърдечна аневризма; състояние след хирургическо лечение по повод тумори на сърцето, трансплантация на сърце и др. Да се добави т.3 3. Състояние след трансплантация на сърце 100%. Пулмоналната хипертония е патологично състояние на повишаване на средното налягането в белодробната артерия. Като хипертония се разбират стойностите над 25 mmHg в покой и над 30mmHg при натоварване. Пулмоналната хипертония представлява ограничаване на кръвотока на белодробната артерия и увеличаване на съдовото съпротивление като последица от това. Белодробните артерии са с ремоделирани стени в отговор на увеличението на товара. То се изразява в увеличената им дебелина в резултат на пролиферацията на интимата и медията. Познаването на патофизиологичния механизъм е в основата на изготвяне на правилна лечебна стратегия. Резултатът от това натоварване на белодробния кръвоток е увеличаване на насрещния товар към дясна сърдечна камера. Застоят е в	Не се приема	Пулмонална хипертония- предложението не се приема, тъй като не съдържа конкретно предложение. Таблицата за приложението на отправните точки е построена на функционален принцип, а не на нозологичен, поради което не може да изчерпа всички нозологични единици (диагнози). Пулмоналната хипертония най-често е синдром, а не нозологична единица, който се изявява в резултат на много и различни заболявания на сърцето и белия дроб, с изключение на идиопатичната такава. При крайната фаза на това заболяване в част Шеста и Част Четвърта е предвидена сърдечна и белодробна трансплантация, В Част Четвърта, Раздел Първи е предвидена оценка в зависимост от функционалния дефицит при хронична белодробно-сърдечна болест.
--	---	---------------------	---

		следната последователност - увеличено белодробно налягане, увеличено пълнене на дясна камера - задебеляване и в следствие дилатация на дясна камера. Това се означава, като хронично белодробно сърце. Пулмоналната артериална хипертония (ПАХ) е заболяване, което се манифестира с дискретни симптоми и това води до забавяне на диагнозата. Поради ограничените възможности за лечение и тежката прогноза лечението на пациенти с ПАХ е предизвикателство за медицински специалисти от различни специалности. Нелекуваната пулмонална хипертония (ПХ) се характеризира с прогресивно увеличение на белодробното съдово съпротивление, десностранна сърдечна недостатъчност (ДСН) и смърт. Провежда се лечение чиято цел е значимо подобряване на очакваната преживяемост, физическото натоварване и качеството на живот. Конкретните схеми при всеки пациент с ПАХ са насочени към повлияване на основното заболяване, степента на тежест, очакваната прогноза, наличието и достъпа до съответните лечебни опции (например наличие на възможност за белодробна или сърдечна трансплантация или и двете според спецификата на заболяването.) Саркоидоза Саркоидоза е системно заболяване, характеризиращо се с формиране на грануломи в различни тъкани и органи. Поради разнообразието от комбинации на поразени органи и системи считаме за уместно леко завишаване на процентите при Паренхимната форма с клинична симптоматика и функционални нарушения, което да отрази макар и в малка степен съпътстващите усложнения от различните видове саркоидоза. Част шеста белодробни болести Раздел VII В т.2 на действащата наредба се присъждат в зависимост от степента на функционалните нарушения от 60 до 80% Нашето предложение да се завиши процента съответно на 60%, 75% и 90% 2. Паренхимна форма с клинична симптоматика и функционални нарушения според степенната им изразеност: 2.1 лека степен на функционални нарушения- вместо 50% да стане 60% 2.2. средно тежка степен на функционални нарушения-		
--	--	--	--	--

		вместо 60% да стане 75% 2.3 тежка степен на функционални нарушения- вместо 80% да стане 90% Смятаме, че опитът да се включат в НМЕ всички видове саркоидоза би натоварил същата и би довел до нуждата от много, скъпи, високо специализирани изследвания и ще отклони ресурс в доказване, вместо в диагностика, лечение и рехабилитация. СИНОНИМИ: Болест на Besnier-Boeck-Schaumann (белодробна форма) КОД МКБ10: D86 ОРРНА КОД: ОРРНА797 КРАТКА ДЕФИНИЦИЯ НА БОЛЕСТТА: Саркоидозата е мултисистемно възпалително заболяване с неизяснена етиология, характеризиращо се с формиране на имунни грануломи в засегнатите органи. Най-често първичното разположение е в белите дробове, но постепенно може да обхване и други органи – черен дроб, нервна система, сърце, кожа, очи. ЕТИОЛОГИЯ: Етиологията остава неизвестна, но преобладаващата хипотеза е, че различни неидентифицирани, вероятно слабо разграждащи антигени от инфекциозен произход или от околната среда могат да отключат прекомерна имунна реакция на организма при генетично предразположени индивиди. При саркоидозата се наблюдава повишена активност на Т-хелперните лимфоцити, които влизат в контакт с чуждите агенти и причиняват възпалителни огнища под формата на грануломи. Видове саркоидоза · D86.0 Саркоидоза на белите дробове Саркоидните грануломи в белите дробове са разположени в бронхиалната лигавица, перибронхиално, периваскуларно и в интерстициалните пространства като могат да претърпят пълно обратно развитие или фиброзна трансформация. Заболяването протича в две клинични форми (остра и хронична), които имат различна прогноза. При рентгеново изследване на белите дробове се открива стадийност на процеса. D86.1 Саркоидоза на лимфните възли Лимфаденопатията е чест симптом при саркоидоза. Засягането на лимфните възли от процеса води до		
--	--	---	--	--

		увеличаването им, но те рядко дават друга симптоматика, освен в случаите, когато притискат съседни органи или кръвоносни съдове и причиняват функционални нарушения. D86.2 Саркоидоза на белите дробове със саркоидоза на лимфните възли. На рентгенография на гръден кош се наблюдава увеличение на лимфните възли. Обикновено са засегнат хилусните и медиастиналните торакални лимфи, но не са типична находка само при саркоидоза. Увеличението на лимфните възли в гръдния кош се установява и при други патологични състояния като туберкулоза или карцином. В случай че лимфаденопатията е с билатерална локализация и е придружена с кожни изменения, диагнозата вероятно е саркоидозата. Хроничното белодробно възпаление може да доведе до развитието на белодробна фиброза. Фиброзата уврежда белодробната тъкан и нарушава функцията ѝ. Белодробната фиброза в по-късни етапи води до развитие на сърдечна недостатъчност. Грануломите в белите дробове могат да причинят различни симптоми като гръдна болка, кръвохрачене, пневмоторакс. Грануломи могат да се развият и в трахеята и главните бронхи и да доведат до обструкция - затруднено дишане, обструктивна пневмония. D86.3 Саркоидоза на кожата Кожната форма на саркоидоза се проявява с обриви и различни кожни лезии. Класифицира се като специфична и неспецифична. Пример за неспецифична кожна лезия е еритема нодозум. Тя се открива и при други състояния, освен саркоидоза. Еритема нодозум е представена от нежни червени възли или плаки с неравни очертания, над нивото на околната кожа, които са разпространени най-често по предната повърхност на подбедриците, но може да се открият и по трункуса и ръцете. Разположените в съседство стави са подути и болезнени. Лупус пернио е много рядко състояние, което причинява твърди, червено - лилави плаки по бузите, носа, устните, ушите. Тези плаки не претърпяват обратно развитие, дори много често рецидивират след приложено лечение. Те са прояви на хронична саркоидоза и в някои случаи могат да се открият по задните части и бедрата. Обикновено лупус пернио се съчетава с други форми на саркоидоза - на дихателните органи, костите, слъзните жлези и бъбреците.		
--	--	--	--	--

		Характерна е бавната прогресия на състоянието. Друга проява на кожна саркоидоза са папулите (пъпките), които се определят като специфична лезия. При микроскопско изследване в тях се открива грануломатозно възпаление. Свързването на папулите помежду им води до оформяне на плаки. При по-обширни лезии може да се получи разязвяване на кожата. Други прояви на саркоидоза на кожата са подкожните възли. Те се откриват по трункуса и крайниците. Понякога при болните се получава възпаление на стари белези или татуировки. D86.8 Саркоидоза с други комбинирани локализации Саркоидозата е полиорганно заболяване, което се характеризира с наличието на грануломи в различни органи. Саркоидоза с други комбинирани локализации включва: 1. Очна локализация - очните симптоми при саркоидоза включват парене, сърбеж, болка, сухота, сълзене, размазано виждане, тъмни петна, фоточувствителност. При хроничната саркоидоза могат да се развият увеит, увеопаротит, глаукома, катаракта и възпаление ретината, което може да причини загуба на зрителна острота или слепота. Увеитът представлява възпаление на увеята. Увеята е средната, пигментирана и съдова структура на окото и включва ириса, цилиарното тяло и хориоидеята. Предният увеит, известен също като иридоциклит и ирит, е възпаление на ириса и предната камера. При около 90% от всички случаи с увеит се касае за преден увеит. Това състояние може да възникне в един епизод и отшумяват с правилното лечение или може да предприеме на рецидивиращ или хроничен характер. Иридоциклит при саркоидоза При очен прегледа се наблюдават разширени цилиарни съдове, наличие на клетки в предната камера и кератинови преципитати върху задната повърхност на роговицата. Комбинацията от преден увеит, паротит, парализа на VII черепната нерв (n. facialis) и висока температура се нарича увеопаротидна треска[Heerfordt], асоциира се със синдром на Heerfordt-Waldenstrom. Наблюдавано е развитието на възелче в склерата, свързано със саркоидоза. 2. Засягане на централната нервна система. Грануломите могат да се открият както в мозъчните полукълба, така и в менингите. Често се засягат и лицевите нерви. При		
--	--	---	--	--

		въвличане в процеса на главния мозък се получава главоболие, зрителни нарушения, слабост в ръце/крака, парестезии, припадъци. Засягането на хипоталамуса може да доведе до поява на безвкусен диабет. При засягане на гръбначния мозък могат да се получат парализи на ръце или крака. Множествени парализи на черепномозъчни нерви при саркидоза - засягането на черепномозъчни нервите се наблюдава в приблизително 50-70% от случаите. Най-често се ангажира лицевият нерв (VII, n. facialis), което може да доведе до намалена мускулна сила на едната или двете страни на лицето (65% от всички случаи със засягане на краниалните нерви), последвано от намаление на зрителната перцепция, поради увреждане на зрителния нерв. По-редки симптоми са двойно виждане (n. Oculomotorius, n. trochlearis или n. abducens), намалена сетивност на лицето (n. trigeminus), загуба на слуха или световъртеж (n. vestibulocochlearis, VIII), проблеми с преглъщането (n. glossopharyngeus) и слабост на раменните мускули (n. accessorius) или на езика (n. hypoglossus). Проблемите в зрението могат да са резултат и от едем на папилата (поток на диска на зрителния нерв) поради обструкция, от грануломи, на циркулацията на цереброспиналната течност. 3. Ангажиране на скелетно-мускулна система - характерна е саркоидната артропатия. По-често се среща артритът на глезенните стави и много по-рядко коленни, фалангеални, киткови и лакътни стави. Много често ставните симптоми придружават еритема нодозум. Понякога артритът хронифицира и налага лечение, тъй като може да доведе до увреждане на ставите. От саркоидозата може да бъде засегнат и костния мозък - с прояви на анемия и левкопения. Атакуването на мускулите от процеса се нарича саркоиден миозит и се изяснява с мускулна слабост и миалгия. 4. Саркоиден миокардит - въвличането на сърцето в процеса може да причини сериозни проблеми. Въпреки че сърдечните усложнения се наблюдават при 20% до 30% от пациентите със саркоидоза, само при 5% от пациентите със системна саркоидоза са симптоматични. Клиничните прояви при саркоиден миокардит варират от асимптоматични проводни нарушения до фатална вентрикуларна аритмия.		
--	--	--	--	--

		Саркоидозата нарушава помпената му функция на сърцето, което може да доведе до симптоми като затруднено дишане, кашлица, отоци по краката, сърдечна тампонада. Тъй като се засяга и проводната система на сърцето може да възникнат ритъмни нарушения и внезапна загуба на съзнание (синкоп). Миокардната саркоидоза може да бъде рядка причина за внезапна сърдечна смърт. 5. Саркоидоза на слезката невинаги причинява симптоматика. Най-често се извява с болка и напрежение в левия хипохондриум и чувство на умора. 6. Чернодробна саркоидоза Саркоидните грануломи водят до увеличение на черния дроб, грануломатозен хепатит при саркоидоза и до цироза. 7. Саркоидозата рядко атакува бъбреците директно. При заболяването се увеличава продукцията на витамин D, който от своя страна повишава резорбцията на калций и обуславя развитието на нефролитиаза. D86.9 Саркоидоза, неуточнена Саркоидоза е системно заболяване, характеризиращо се с формиране на грануломи в различни тъкани и органи, което засяга около 1-2 души на 10 000 от популацията. Заболяването може да засегне всяка част на тялото, Възпалителният процес при саркоидоза, неуточнена може да изчезне от самосебеси и да настъпи спонтанно излекуване. В някои случаи възпалението може да прогресира и да доведе до образуване на ръбцова тъкан (фиброза) в засегнатия орган. Болест на Уилсън Предлагаме следните промени, които да кореспондират с тежестта на заболяването. Да се добави и болест на Уилсън с неврологична симптоматика Част СЕДМА Нервни болести, т.3 - Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие и тежестта на симптоматиката (полирадикулоневрит Гиле-Баре, множествена склероза, хередодегенеративни заболявания на нервно-мускулния апарат, миопатии, енцефалопатии, централен отоневрологичен синдром, паркинсонизъм, миастения и миастенни синдроми, сирингомиелия, сирингобулбия, синдром на Arnold Chiari, мозъчни атрофии, неврологични увреждания при ХИВ инфекции, лаймска болест, невролуес, кауда еквина синдром, АЛС, табес		
--	--	--	--	--

		дорзалис, фуникуларна миелоза, дискоординационни синдроми, екстрапирамидни синдроми, нарушения на стволите и редки неврологични синдроми функции болест на Уилсън с неврологична симптоматика и други) 3.1. патологична симптоматика без двигателен дефицит – вместо 20 % - 30% 3.2. лека степен (форма): 50 % 3.3. средна степен (форма): 75 % 3.4. тежка степен (форма): вместо 95 % - 100% Част девета - вътрешни болести Раздел XV Болести на черния дроб В т.3.1. да отпадне ” по аналогия с т. 1” (вместо това да се определят 50%) В т.3.2. да се промени на с промяна на общото състояние (неврологично , психично, както и увреждания на други органи и системи в следствие на заболяването и др.) – 75% В т.3.3. да се добави с чернодробна цироза - по аналогия с т. 2 3. Първична билиарна цироза, хемокроматоза, болест на Уилсън: 3.1. без оформяне на чернодробна цироза и без промяна на общото състояние. 3.2. с промяна на общото състояние (неврологично , психично, както и увреждания на други органи и системи в следствие на заболяването и др.) – 75% 3.3. с чернодробна цироза - по аналогия с т. 2 Из „Практическо клинично ръководство за Болест на Уилсън“ на Европейската асоциация за изследване на черния дроб. EASL Clinical Practice Guidelines: Wilson’s disease European Association for the Study of the Liver Journal of Hepatology 2012 vol. 56 j 671–685 „Болест на Уилсън или хепатолентикулярна дегенерация за първи път се описва от Kinnear Wilson през 1912 г като фамилно летално неврологично заболяване, придружено от хронично чернодробно заболяване водещо до цироза. През следващите няколко десетилетия е установена ролята на медта в патогенезата на болестта на Уилсън, определя се наследствения модел като автозомно рецесивен. През 1993 г е идентифициран генът свързан с болестта ATR7B. Нормалната консумация и усвояване на мед надхвърля метаболитните нужди и хомеостазата на този елемент се поддържа изключително чрез жлъчната екстракция на медта.		
--	--	--	--	--

		Болестта на Wilson е наследствено заболяване, при което дефект на жлъчната екстракция на медта води до нейното натрупване преди всичко в черния дроб и мозъка. Болестта на Wilson се дължи на мутация на гена АТР7В върху 13-тата хромозома. Клиничната картина варира в широки граници, но основни характеристики на болестта на Уилсън са заболяване на черния дроб и цироза, невропсихиатрични нарушения, пръстен на Кайзер Флайшер в роговицата на очите, периоди на хемолитични кризи често свързани с остра чернодробна недостатъчност Най-често болестта се изяснява с чернодробно заболяване или с нервно-психиатрични смущения. Различна степен на заболяване на черния дроб може да се срещне при пациенти с болест на Уилсън. Чернодробното заболяване може да предхожда неврологичните симптоми с цели 10 години като повечето пациенти с неврологични симптоми имат известна степен на увреждане на черния дроб при диагностициране на заболяването. Предварителни симптоми на чернодробно заболяване може да варира в широки граници, от асимптоматични само с биохимични аномалии, до изразена цироза с всички усложнения. Болестта на Уилсън може да се изяви като хемолитична анемия понякога свързана с остра бъбречна недостатъчност. Неврологичните симптоми могат да бъдат крайно недолжими и с прекъсвания в продължение на много години, но могат също да се развият много бързо, в рамките на няколко месеца до пълна инвалидност. Неврологичните аномалии могат да се класифицират като: тремор в покой, наподобяващо болестта на Паркинсон, псевдосклероза доминирана от тремор, атаксия – липса на равновесие и координация на волеви мускулни движения в различна степен, дистония. В много случаи неврологичните симптоми са много трудни за класифициране като пациентите могат да имат повече от една аномалия, всяка с различна степен на тежест. Проблеми в преглъщането, промяна в говора или силно слюнкоотделяне са често ранни неврологични симптоми. При поява на тремор трябва да се повиши подозрението за болест на Уилсън. В случаите на голяма трудност при контролиране на движенията или прогресивна дистония, пациентите се		
--	--	--	--	--

		залежават и не могат да се грижат за себе си. В последствие пациентите остават с тежки увреждания, будни, но не могат да говорят. При пациентите с чернодробна изява на болестта, неврологичните симптоми могат да се объркат за признаци на чернодробна енцефалопатия. Прогнози: Когато не се лекува болестта на Уилсън води до летален край, като повечето пациенти умират от чернодробно заболяване, по-малко от усложнения на прогресивно неврологично заболяване. При терапия с хелатор или чернодробна трансплантация преживяемостта се удължава до нормална. По принцип прогнозите зависят от тежестта на чернодробното и неврологично заболяване и спазване на лечение с медикаменти.“		
4.	Минчо Минчев Кехайов , инвалид, вх. № 97-738/21.05.2018 г.	Счита, че промяна следва да бъде направена „единствено за пожизненото освидетелстване и крайната формула за изчисляване на % ТНР“.	<i>Не съдържа конкретно предложение</i>	
5.	Д-р Л. Тончева – председател на ТЕЛК II състав, гр. Русе, вх. № 03-08-88/16.05.2018 г.	I. В отправните точки от приложение № 1 към чл. 63 установявам резки разлики в предвидените % ТНР за близки състояния. Намирам за уместно, да се добавят точки с междинни проценти за междинна тежест на състоянието. Посочвам следните примери: 1) В част 1, раздел II, т.1-40 %, а т. 2- 75 % за остеомиелит. Биха могли да се определят 4 степени на тежест, от които междинно състояние 50 % или 60 %; 2) В част 9, р. V, т.2.2.1-40 %, а в т. 2.2.2.-71 % за нисък ръст, като разликата в ръста е 1 см. Може да се промени % на т.2.2.1-50% или да се въведе междинна точка с 50-60 %. 3)В част 9, р. XIV, т.2.1-40 %, а т.2.2-71% за панкреатит. Може да се въведе междинна точка според усложненията или обострянията - 50-60 %. 4) В част 9, р. XIX , т. 5.2 са предвидени 60 % за всяка ХБН с креатинин над норма до 400 мкмол/л. Много често има ХБН с креатинин до 200 мкмол/л, която до сега оценявахме с 40 % ТНР. Може да се въведе допълнителна точка. II. По отношение на р.1, ч. VIII, т.1 - загуба на двете ръце не е предвидена чужда помощ , но определено е нужна. В част I, р. IX, т. 2- загуба на двата крайника на ниво	<i>Т. I, 1- Не се приема</i> <i>Т. I, 2- Приема се</i> <i>Т. I, 3- Не се приема</i> <i>Т. I, 4- Не се приема</i> <i>Т. II - Не се приема</i>	<i>Т. I, 1- Считаме, че трите степени са достатъчни.</i> <i>Приема се в част IX, раздел V, т. 2.2.1 вместо 40 % се определят 50 %</i> <i>В част IX, р. XIV се касае за за хроничен улцерозен колит и регионален ентерит, а не както е написано панкреатит. Не се приема предложението за промяна в т.2.1и т.2.2 на р.XIV на ч.IX, тъй като при т.2.1 липсва функционален дефицит.</i> <i>Т. I, 4- Не се приема предложението за промяна в част 9, р. XIX, т. 5.2, тъй като болният със захарен диабет с креатинин до 200 ще бъде оцетен.</i> <i>Т. II, част I, р. IX, т. 2- Необходимостта от чуждата помощ се обхваща от чл.68 на НМЕ и не се включва в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ.</i>

		бедро също е уместна чужда помощ, както и загуба на 2 крака на ниво подбедрици в ч. 1, р. IX, т. 9.2 и т. 9.1. III. В част 9, р. XVII, т.11.2 от постигане на ремисия до кога?.Да се уточни за какъв срок. В т. 11.4 - Да се уточни, за кой стадий на лимфом се отнася.		<i>Т. III. Приема се</i> <i>Приема се корекцията в част 9, р. XVII, т.11.2 и да се чете, както следва- т.11.2- до петата година от постигане на ремисия при първи и втори клиничен стадий- 50 %;</i> <i>Приема се корекцията в т.11.4 част 9, р. XVII и да се чете, както следва :</i> <i>Т.11.3- при трети и четвърти клиничен стадий до постигане на ремисия- 95 %;</i> <i>Т. 11.4- до петата година при постигната ремисия- 75 %;</i> <i>Т. 11.5- от петата до десетата година- 50 %</i>
6.	Никола Делъв Тодев, вх. № 03-08-88/21.05.2018 г. публикувано и в Портала за обществени консултации	1. Не може за различни хора - с различна степен на увреждане за едно и също заболяване, да се дава един и същ % инвалидност /фиксиран % инвалидност/, пример - ако един човек има тежко гръбначно изкривяване, а при друг по леко такова не може и за двамата да е предвиден един и същ % инвалидност,т.е. действащият сега модел на по-широки граници, в който може да се определи % инвалидност, не само е правилен - ами дори трябва и да бъде разширен. Не може да определяте за едно заболяване на различни хора един и същ % инвалидност, защото заболяванията са с различна степен, интезитет и водят до различна нетрудоспособност при определените индивиди. Хората не са серийно производство и не са еднакви - при едни заболяването, същото може да е в по тежка степен при едни, а при други в по лека степен-същото и относно % нетрудоспособност при едно и също заболяване е различен при различните хора. 2. Напълно излишно, рестриктивно и антихуманно е предложението да се премахне досегашната практика % инвалидност да се формира за всички заболявания /по сложна схема основно заболяване плюс намален в пъти % от другите заболявания/. Вие предлагате % инвалидност да е само за основното заболяване, а какво правим с другите заболявания ?-все едно човека ги няма ли ? Какво имате предвид - може би това че един човек ако има 10 различни заболявания вие ще признаете само едно, като %	<i>Не се приема</i>	<i>Дйстващото към момента приложение №2 към чл.63, ал.3 от НМЕ „Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти“, не предлага достатъчно справедлив в медицинско отношение начин определящ процента трайно намалена работоспособност (ТНР)- използваната в него математическа формула няма и не би могла да бъде обоснована от медицинска гледна точка. При действието на настоящото приложение №2, лицата с леки, неинвалидизиращи ги заболявания, но много на брой при изчислението по настоящата формула попадат неоснователно в правопораждаща категория %ТНР наравно с тежко увредените хора.</i> <i>Когато са налице няколко увреждания, независимо дали са за заболявания от общ характер или за заболявания с причинна връзка, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане е посочен отделен процент, оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя, като се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане. Останалите проценти за съпътстващите увреждания, не се вземат предвид при оценката, но се изписват в мотивната част на експертното решение.</i>

	инвалидност а останалите заболявания няма да формират % нетрудоспособност-все едно човека ги няма тия заболявания ли ? Ако един човек е едновременно частично сляп, глух, куц и др., вие ще признаете като % инвалидност само едно от тия заболявания, все едно човека може да работи и да е трудоспособен с другите /придружаващи заболявания/-това е абсурд, не е адекватна реакция от ваша страна. Да приемем, че при заболявания от един и същи вид сте правилно какво става ако един човек има и физически и психически заболявания-вместо да се формира общ % инвалидност, както е до сега предлагате да се зачита като % нетрудоспособност само едното заболяване-а какво става с другото заболяване /защо не участва при формиране на % нетрудоспособност/? Усещате ли /или може би това е целта/, че се опитвате механично /чрез неправилна и антихуманна норм. уредба,като предлаганата от вас/ да ошетите хиляди хора от реалния-общия % инвалидност за всичките им заболявания ? Де факто и де юре-вие искате да ошетите хората и те да не получат реалния /сбора на всички заболявания/ % инвалидност. 3. Вие предлагате следния абсурд - да не участва /да не се формира/ % нетрудоспособност от второто, третото и др. заболявания при формирането на крайния % инвалидност-но същите да бъдат отразени в ТЕЛК-овете, от какъв зорнали на базата на тях /вторите,третите и др. заболявания/ не увеличават крайния % нетрудоспособност-примерно едни човек ако е 60 % инвалид за физическо заболяване и 40 % за психическо-с предлаганите от вас проценти той ще е инвалид / % инвалидност-само за първото/ т.е. ще е инвалид с 60 % нам. трудоспособност, защо тогава да пише в ТЕЛК и второто заболяване-след като от него не се формира % инвалидност. Въобще не надхвърляте ли дадените ви от закона правомощия, като с това - „но всички налични заболявания се отразяват в експертното решение, предвид възможността лицето да се ползва от регламентирани в други нормативни актове социални права въз основа на медицинската оценка“ – т.е. вие засягате социални и др. сфери-които не са от компетентността на МЗ /вкл. заболявания в ТЕЛК-овете от които не се увеличава % инвалидност-но се пишат в ТЕЛК предвид на социални права/-соц. права не са от компетентността на МЗ. 4. От предложените от вас промени, става ясно само едно-	Създадена е и нова т.IV, с която се допълва Методиката по отношение на лицата с тежки заболявания, а именно: „За лицата, при които най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане е 80 % или над 80 % (и ако той не е 100%), и които имат едно или повече съпътстващи заболявания, за всяко от които е посочена отправна точка от над 50 процента, общата оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя като за основа се вземе най-високият процент (80 или над 80) и към него се прибавят 20 процента от сбора на процентите на останалите увреждания.“ Мотивите ни за това са следните: 1. необходимо е да се изписват и процентите на съпътстващите заболявания, тъй като по този начин става ясно как е бил определен най-високият процент на най-тежкото увреждане. 2. В ЕР на НЕЛК, тъй като съществуват отделни специализирани състави, останалите проценти, извън най-високият се изписват в техните консултации, поради което вписването им в мотивната част е повторение на вече изписаните проценти. Но в ЕР на ТЕЛК, тъй като няма отделни специализирани състави, вписването само на диагнозите в мотивите не дава яснота какви проценти са определени за тях по отправните точки, поради което не може да стане ясно как е определен най-високият процент. С оглед унифициране на ЕР на ТЕЛК и на НЕЛК е необходимо в мотивната част на двата вида решения да бъдат изписвани и процентите на съпътстващите заболявания, за да бъде ясно как е бил определен най-високият процент. 3. Процентите ТНР/степен на увреждане за общо заболяване и за заболявания с причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна и гражданска инвалидност) са различни във всеки отделен случай, тъй като обуславят различни осигурителни рискове, за които се полагат съответни права в системите на пенсионно осигуряване и социално подпомагане. За заболяванията с определен
--	---	--

		че те не са медицински, хуманни и обективни, а същите /проекто-промените ви/ са финансови-да намалите изкуствено реалния брой на инвалидите и % /групата/ на инвалидност на същите-за да могат по малко хора да получават инвалидни пенсии-това е вашата основна и скрита /не чак толкова/ цел на подготвените промени в подз. норм. акт. Кое налага готвените промени, защо захвърляте /без ясни и обосновани аргументи/ наложени и доказани практики при определяне на % инвалидност, не само не става ясно, но и буди съмнения, това че целите ви са бюджетно-финансови и нямащи нищо общо с медицината и грижата към хората с увреждания. 5. Не става ясно какви са очакваните от вас резултати най-вече финансови такива, защото с предлаганите от вас промени ще бъдат лишени хиляди бълг. граждани от реалния % инвалидност, а от там и от правото им да получават инвалидни пенсии и помощи-каквато безспорно е вашата скрита цел.		процент, с причинна връзка, винаги се определя и отделна дата на инвалидизиране по същата причина. Поради това %-те за тези заболявания винаги се изписват както на първа страница в нарочна за това графа, така и в мотивите на ЕР на ТЕЛК и на НЕЛК.
7.	Петра Ганчева, вх. № 03-08-88/02.05.2018 г.	1. ТЕЛК не би трябвало да определя процент „намалена работоспособност”, а процент „вид и степен на увреждане” и да посочва противоположните условия на труд, които биха влошили здравословното състояние на лицето. Това, в никакъв случай не трябва да води до отнемане на инвалидната пенсия. 2. Засилване на контрола с наличния ресурс чрез преразглеждане функциите на картотеките за медицински експертни досиета в посока работещите там лекари, със стаж и опит в експертизата, да оказват допълнителен контрол и да имат право да обжалват експертните решения. 3. Преразглеждане на Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, включително сроковете на инвалидизиране, като се даде възможност за определяне на пожизнен срок за заболявания и състояния при които не	1. Не се приема 2. Не се приема 3. Не се приема	1. В предложеният проект за Постановление е регламентирано определянето не само на процент трайно намалена работоспособност, а и на вид и степен на увреждане. В чл. 78 от действащото НМЕ са посочени задълженията на органите на медицинската експертиза по отношение противоположните условия на труд и трудонасочване на лицата с увреждания. 2. Функциите на експертите от РКМЕ са ясно и детайлно разписани и излизането извън техните компетенции с вменияването им на нови функции би било в противоречие с чл. 112 от Закона за здравето. 3. В действащата към момента НМЕ въпросът с пожизненият срок на инвалидността е уреден в чл.69, ал.4 и ал.7, т.е. при дефинитивни състояния, без възможност за пълно или частично възстановяване,

		се очаква подобрение, изключване от наредбата на състояния които реално не водят до инвалидизиране и завишаване на процентите при сериозни заболявания и тежки увреждания. 4. Засилване на контрола чрез включване в състава на ТЕЛК на лекари-представители на НОИ на ротационен принцип, така че да имат пряк контакт с пациентите и да имат право да подписват решенията на ТЕЛК „с особено мнение“, което автоматично да ги насочва за преразглеждане от НЕЛК. 5. Създаване на Наредба за експертиза на вид и степен на увреждане при деца, съобразена със спецификата на заболяванията и протичането им в детска възраст. 6. Въвеждане на задължителни разумни срокове за освидетелстване както от ТЕЛК така и от НЕЛК в рамките на 3/три/ месеца от постъпване на документите. 7. Ускоряване въвеждането на електронна здравна карта и Единна електронна система за нуждите на ТЕЛК и НЕЛК.	4. <i>Не се приема</i> 5. <i>Не се приема</i> 6. <i>Не се приема</i> 7. <i>Приема се по принцип</i>	както и при лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл.68 от КСО се определя пожизнен срок на инвалидността. По отношение препоръката за завишаване на %-те при тежки заболявания и увреждания- това условие е предвидено в предложеният Проект на ПМС. 4. Предложението на се приема, тъй като би било конфликт на интереси наличието на представител на НОИ в състава на ТЕЛК. НОИ упражнява своя контрол посредством своите медицински комисии по чл.98 от КСО. 5. Във всяка част от приложение №1 към чл.63, ал.1 се съдържат текстове, регламентиращи оценката на вида и степента на увреждането на лица до 16-годишна възраст. 6. Сроковете за произнасяне и сега са регламентирани в чл.32, ал.3 и в чл.47, ал.1 от ПУОРОМЕРКМЕ и техният характер е инструктивен. 7. Предложението съдържа единствено препоръка.
8.	Инж. Галина Пенчева , вх. № 03-08-88/02.05.2018 г.	Счита, че следва да бъде помислено за „оценката на редките заболявания, защото в съществуващата до този момент Наредба за медицинска експертиза нищо не е написано за това“.	<i>Не се приема</i>	НМЕ е построена на функционален, а не на нозологичен принцип, т.е. не конкретното заболяване, от което страда лицето с увреждане определя процента трайно намалена работоспособност/степен на увреждане, а степента на функционален дефицит в увредения орган или система.
9.	Нели Господинова, вх. № 03-08-88/22.04.2018 г.; Пламена Тодорова, вх. № 03-08-88/16.05.2018 г. Анна Колева, вх. № 03-08-88/02.05.2018 г.	Залегналият към момента текст разделя лечението на два основни етапа: 40.1: при новородени - за срока на ранното функционално и оперативно лечение и до 1-годишна възраст: 100 %; 40.2: след 1-годишна възраст: 40.2.1. лека степен за всяко стъпало: 10 %; 40.2.2. тежка степен за всяко стъпало: 30 % Вроденото еквинуварусно ходило (пес еквинуварус, криво краче) представлява комплексна деформация на мускули, нерви и сухожилия, при която ходилото е силно	<i>Приема се частично</i>	След първата година процента се изчислява по функционалния дефицит. Предвидена е нова точка 40.2.3 – тежка степен увреждане на двете стъпала – 50% степен на увреждане. Използваните ортези следва да бъдат включени по Правилника за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания.

		изкривено надолу и навътре. Характеризира се с три основни компонента: - о Аддукция - извиване на предната част на ходилото навътре; - о Супинация - повдигане на вътрешния ръб на ходилото и снижаване на външния му ръб; - о Еквинус - висок стоеж на петичката. Същевременно, текстът, който засяга единствено един от трите разгледани по-горе компонента (пес еквинус - т. 38), както в старата НМЕ, така и в проекта за нова наредба, определя значително по-висок процент само за пес еквинус, отколкото за далеч по-тежкото и комплексно заболяване, каквото е пес еквиноварусът (т. 40)'. Формулировката е следната: 38. Подчертан пес еквинус според функционалните нарушения: 38.1. едностранно: 20 - 40 % 38.2. двустранно: 30 - 60 % В същото време, текстът за еквиноваруса предвижда: 40.2.1. лека степен за всяко стъпало: 10 %; 40.2.2. тежка степен за всяко стъпало: 30 % С оглед на горното противоречие, категорично мога да заявя, че липсва информираност и яснота по отношение на заболяването, а предходната и новата НМЕ единствено затвърждават това състояние на нещата. (В трите предложения са дадени конкретни примери за деца с увреждания) За разлика от лечението с корекционна ортопедична хирургия, свързано с отваряне на стъпалата и множество последователни операции, този метод е неинвазивен, значително по-ефективен и щадящ в дългосрочен план (включва серия от гипсови ботуши за поетапно коригиране на кривите ходила и оперативно отпускане на Ахилесовото сухожилие). След първоначалния етап на лечение, макар и с вече коригирани крачета, детето следва ежедневно и до навършване на 4 14 - 5 годишна възраст задължително да носи ортезни обувки с метална абдукционна шина на ширината на раменете по 12-13 часа в денонощие за задържане на постигнатите резултати". За разлика от традиционния хирургичен метод, при който лечението обикновено приключва докъм първата година и		
--	--	---	--	--

		половина, но често оставя инвалидизирани и ригидни стъпала, динамичното проследяване и функционално лечение по метода на Понсети не бива да се прекъсва до 4 14 - 5 годишна възраст, с оглед съществуващия висок риск от рецидиви/връщане на еквиноваруса при по-ранно преустановяване. Установено е, че факторите, довели до появата на това заболяване с неизяснен все още генетичен механизъм на отключване и развитие, са активни поне докъм петата година на детето. Чести са рецидивите и при възрастни пациенти. Независимо че НМЕ се опира на отдавна отживелия оперативен метод, глобално признати и уважавани източници като Световната здравна организация са категорични, че „при пациент, който е бил подложен на хирургично лечение, се налагат поне още две или три операции в рамките на живота. На 30-годишна възраст, такъв пациент ще има качество на живот, съпоставимо с това на 50-годишен пациент с Паркинсонова болест." 1 Вероятно поради сравнително скорошното утвърждаване на метода Понсети в България (и наличието на един единствен международно сертифициран и признат ортопед, базиран в град Варна2), предписанията в Наредбата за медицинската експертиза, които касаят еквиноваруса не са осъвременени и не отчитат реалната природа, начин и продължителност на лечението на това комплексно и за съжаление, персистиращо заболяване. В резултат, процентът на увреждане, предвиден в НМЕ, бива драстично и неадекватно свален още след края на първата (в редки случаи втората година), при непреключило, все още, ежедневно активно лечение (по 12-13 часа в денонощие) и все още действащи полигенни фактори, които създават обективна опасност от рецидиви и усложнения. Въз основа на горните факти, обоснована и съответстваща на действителното положение промяна в текста би предвидила след първата година и докато продължава активното ежедневно лечение (по 12-13 часа в денонощие), процент за тежки случаи на вроден еквиноварус (III и IV степен) от порядъка на поне 50% , без да дискриминира децата с едностранна или двустранна форма на заболяването. Ортезите, които подлежат на честа смяна поради		
--	--	---	--	--

		израстването на крачето възлизат на непосилна за повечето родители сума (от около 700 до 1000 лв. за чифт). Приемането на нова НМЕ дава безценния шанс да бъдат променени вече неактуалните и нехуманни разбирания, залежали в предходната, вече морално остаряла наредба. В продължение на гореизложеното, наложително е в новата наредба, еквиноварусът да бъде отразен в светлината на съвременните медицински стандарти, като се вземе предвид, че активното ежедневно лечение продължава докъм 4 Уг - 5-годишна възраст, а децата с едностранен еквиноварус носят същата шина и ортези, както и тези с двустранно увредени крачета. Показателен е фактът, че текстът, който разглежда първата година на лечението на кривото краче не дискриминира децата с едностранно увреждане. Тук е мястото да обърна внимание и върху реакцията на д-р Холевич, уважаван ортопед и специалист, която по време на явяването ни за преосвидетелстване пред ТЕЛК, призна, че вижда реален ортопедичен проблем, но не може да постанови справедливо ЕР, тъй като не желае да понася законови санкции заради неспазване буквата на закона. Като съвестни граждани и изрядни данъкоплатци сме убедени, че децата с еквиноварус трябва да получат шанс за съвременен и адекватно лечение, за да не се превърнат в професионални инвалиди.		
10.	Национално представителни организации на и за хора с увреждания, вх. № 03-08-88/23.05.2018 г.	§1. В чл. 63 се правят следните изменения: а) в ал. 1 изречение второ се заличава; б) алинея 4 се отменя. §2. В чл. 65 се правят следните допълнения: Накрая се поставя запетая и се добавя текстът „след което се изготвя и крайна оценка по правилата на т. III от Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти съгласно приложение № 2”. §3. В чл. 74, ал. 2 се правят следните изменения и допълнения: Изразът „заболяванията, за които е определена военна инвалидност” се заменя с изречение: „уврежданията, за които е определена военна или гражданска инвалидност”.	<i>§1. Липсва предложение.</i> <i>§2. Не се приема</i> <i>§3. Не се приема</i>	<i>§2. Не се приема, тъй като е в противоречие с предлаганата промяна на приложение № 2 и крайна оценка вече няма да се изготвя.</i> <i>§3. Военно-лекарските комисии и ЦВЛК в своите протоколи коментират не увреждания, а заболявания, които са придобити по време или във връзка с военната служба.</i>

		§4. Член 76 се отменя. §5. В чл. 77 се правят следните изменения: 1. Алинея 1 се изменя така: „(1) При преосвидетелстване на пенсионери по повод трудова злополука и професионална болест, гражданска или военна инвалидност, се признава причинна връзка и когато новите заболявания са резултат или следствие от увреждането, за което е приета причинна връзка”. 2. Алинея 2 се отменя. §6. Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 се изменя така: „Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 §7. Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 се изменя така: „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 При ползването на отправните точки трябва да се има предвид следното: I. Водеща при определяне степента на намалената работоспособност/степен на увреждане е експертната оценка на функционалния дефицит, обусловен от заболяването. II. Констатираното заболяване, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка от приложение № 1 към чл. 63, ал. 1. III. Когато са налице няколко увреждания (независимо дали са поради общо заболяване или за тях се определя причинна връзка), за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане е посочен отделен процент, но не е посочена	§4. Приема се. §5. Не се приема §6. Липсва предложение. §7. Не се приема	§4. Отразено е в проекта на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи. §5. Предложението се обхваща от действащия чл.74, ал.1 от НМЕ §7. Предложението не почива на медицинска обосновка по отношение на формулата за изчисление на кроаен процент ТНР/СУ. Не става ясно на какъв принцип почива предложението за добяване на половината от сбора на процентите и то само в определени случаи и при определена, фиксирана величина на определените проценти. Действащото към момента приложение №2 към чл.63, ал.3 от НМЕ „Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти“, не предлага достатъчно справедлив в медицинско отношение начин определящ процента трайно намалена работоспособност (ТНР)- използваната в него математическа формула няма и не би могла да бъде обоснована от медицинска гледна точка. При действието на настоящото приложение №2, лицата с леки, неинвалидизиращи ги заболявания, но много на брой при изчислението по настоящата формула попадат неоснователно в правопораждаща категория
--	--	---	--	--

	такава комбинация от увреждания, крайната оценка на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя, като се взема най-високият процент по съответната отправна точка за оценка на най-тежкото увреждане. В случаите, когато двата най-високи процента по съответните отправни точки за оценка на двете най-тежки увреждания са поотделно 50 или над 50 на сто, крайната оценка на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя, като към най-високия процент се добавя половината от сбора на процентите по съответните отправни точки за оценка на останалите увреждания – всички без най-тежкото; при това прибавеният процент не може да бъде по-висок от най-високия процент за останалите увреждания, както и общият процент не може да надхвърля 100. Процентите за всяко от уврежданията се изписват поотделно в мотивната част на експертното решение, независимо дали са включени при определянето на крайната оценка на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане. <i>Първи пример:</i> лицето има 4 увреждания, за които в отправните точки са посочени следните проценти: 60; 50; 20; 10. В този случай при определяне на общия процент към 60% се прибавя половината от сбора на процентите за останалите увреждания, т.е. 40%, и се получава общ процент 100%. <i>Втори пример:</i> лицето има 5 увреждания, за които в отправните точки са посочени следните проценти: 40; 30; 20; 15; 10. В този случай се взема най-високият процент по съответната отправна точка за оценка на най-тежкото увреждане – 40%, който представлява и общият процент на оценка. IV. Процентът на намалената работоспособност/степен на увреждане не може да бъде по-висок от 100. V. Оценката на намалената работоспособност/степен на увреждане се определя поотделно за всеки осигурителен риск, след което крайната оценка се изготвя по правилата на т. III от настоящата методика. VI. Когато лицето има увреждания, получени при трудова злополука и при професионална болест, оценката се определя по принципа, посочен в т. III, тъй като трудовата злополука и професионалната болест са един и същ	%ТНР наравно с тежко увредените хора. <i>В този смисъл независимо от величината на %ТНР, в диапазона на една група- например бившата трета група, дадената категория лицата имат еднакви права.</i> <i>Когато са налице няколко увреждания, независимо дали са за заболявания от общ характер или за заболявания с причинна връзка, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане е посочен отделен процент, оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя, като се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане. Останалите проценти за съпътстващите увреждания, не се вземат предвид при оценката, но се изписват в мотивната част на експертното решение. Създадена е и нова т.IV, с която се допълва Методиката по отношение на лицата с тежки заболявания, а именно: „За лицата, при които най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане е 80 % или над 80 % (и ако той не е 100%), и които имат едно или повече съпътстващи заболявания, за всяко от които е посочена отправна точка от над 50 процента, общата оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя като за основа се вземе най-високият процент (80 или над 80) и към него се прибавят 20 процента от сбора на процентите на останалите увреждания.“</i> <i>Мотивите ни за това са следните:</i> <i>1. необходимо е да се изписват и процентите на съпътстващите заболявания, тъй като по този начин става ясно как е бил определен най-високият процент на най-тежкото увреждане.</i> <i>2. В ЕР на НЕЛК, тъй като съществуват отделни специализирани състави, останалите проценти, извън най-високият се изписват в техните консултации, поради което вписването им в мотивната част е повторение на вече изписаните проценти. Но в ЕР на ТЕЛК, тъй като няма отделни</i>
--	--	--

		осигурителен риск.”. МОТИВИ: Настоящото предложение за Наредба за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза цели доразвиване и усъвършенстване на материята, свързана с медицинската експертиза на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане. В §2 и §7, т. V е отразено условието, след като процентите на трайно намалена работоспособност (вида и степента на увреждане) по повод увреждане, причинено от общо заболяване, и по повод увреждане, при което се определя причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна инвалидност и др.), бъдат определени поотделно, да бъде определен и общ процент по Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти по Приложение № 2 от Наредбата. В противен случай е възможно да се стигне до парадокса, едно и също освидетелствано лице с трайно намалена работоспособност, причинена от различни осигурителни рискове, каквито са например общото заболяване и всяко увреждане, при което се определя причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна инвалидност и др.), да бъде определяно в различни случаи и по различни осигурителни процедури като лице с два различни процента трайно намалена работоспособност (вида и степента на увреждане). Освидетелстваното лице обаче е едно интегрално цяло, една биологична единица. Ако е увредено по няколко причини, техните ефекти върху работоспособността му се натрупват, независимо дали причините за увреждането представляват един или няколко вида осигурителни рискове. Процентите на намаляване на трайната работоспособност, причинени от различни осигурителни рискове, не могат да бъдат разделяни механично, защото тежестта на всяко увреждане се променя, когато бъде натрупано към друго предходно такова. Едно и също увреждане има различна тежест, ако е причинено на лице в добро здраве, и ако е причинено на лице, което вече е имало предходно увреждане. Например едно общо заболяване, което води до 30% трайно намалена работоспособност на здраво лице, в същото време може да доведе до 80% трайно намалена работоспособност на лице,		специализирани състави, вписването само на диагнозите в мотивите не дава яснота какви проценти са определени за тях по отправните точки, поради което не може да стане ясно как е определен най-високият процент. С оглед унифициране на ЕР на ТЕЛК и на НЕЛК е необходимо в мотивната част на двата вида решения да бъдат изписвани и процентите на съпътстващите заболявания, за да бъде ясно как е бил определен най-високият процент. 3. Процентите ТНР/степен на увреждане за общо заболяване и за заболявания с причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна и гражданска инвалидност) са различни във всеки отделен случай, тъй като обуславят различни осигурителни рискове, за които се полагат съответни права в системите на пенсионно осигуряване и социално подпомагане. За заболяванията с определен процент, с причинна връзка, винаги се определя и отделна дата на инвалидизиране по същата причина. Поради това %-те за тези заболявания винаги се изписват както на първа страница в нарочна за това графа, така и в мотивите на ЕР на ТЕЛК и на НЕЛК.
--	--	---	--	---

		което вече е било с 50% трайно намалена работоспособност поради професионална болест. В последния случай би било несъстоятелно едно и също лице да се разглежда или като такова с 50% трайно намалена работоспособност, или като такова с 30% трайно намалена работоспособност, в зависимост от целите на осигуряването. Това освидетелствано лице при всички случаи е с 80% трайно намалена работоспособност, и по този начин следва да бъде приемано при всички осигурителни случаи.		
11.	Национален осигурителен институт , вх. № 03-08-88/08.06.2018 г. и № 03-08-88/17.05.2018 г.	На основание Кодекса за социално осигуряване и Наредбата за реда за представяне в Националния осигурителен институт на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им, Националният осигурителен институт изчислява и изплаща паричните обезщетения за временна неработоспособност, пенсиите поради инвалидност, и упражнява непрекъснат предварителен и текущ контрол по подаваните данни от болничните листове за временната неработоспособност. По този повод институтът разполага с информация за съществуващи проблеми при прилагане на текстове от Наредбата за медицинската експертиза - липсват разписани текстове за определени случаи, съществуват противоречиви разпоредби или разпоредбите създават проблеми при практическото им прилагане, както и предпоставки за злоупотреби с продължителността на временната неработоспособност. Предлагаме в Наредбата за медицинската експертиза да се направят следните изменения и допълнения: § 1. В чл. 6 да се направят следните изменения: 1. Ал. 4 да се измени така: „(4) Прекъсване на временната неработоспособност се допуска само когато лицето се е явило на работа със съгласието на органа, разрешил отпуска по болест (лекуващият лекар, ЛКК, ТЕЛК или НЕЛК).“ 2. Ал. 5 да се измени така: „(5) Когато отпускът за временна неработоспособност изтича непосредствено преди неработни за осигуреното лице дни и след тях се установи временна неработоспособност: 1. за същото или свързано с него заболяване, болничният лист се издава като „Продължение“, и в неговата	§1. Не се приема	§1. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.

		продължителност се включват и предхождащите неработни дни; 2. за заболяване, несвързано с предходното, болничният лист се издава като „Първичен“ и в неговата продължителност не се включват предхождащите „неработни дни.“ 3. Ал. 6 да се отмени. Мотиви: Нееднозначно тълкуване на текстовете на ал. 5 и ал. 6, което води до различно практическо прилагане, създаващо проблеми при изплащане на паричните обезщетения за временна неработоспособност, както и до злоупотреби с продължителността на временната неработоспособност. Част от текстовете на чл. 6 са прецизирани и включени в новите чл. 7а, 7б и 7в. § 2. Член 7 да се измени така: „Чл. 7. (1) Лекуващите лекари/лекарите по дентална медицина, издават на осигуреното лице еднолично болнични листове за временна неработоспособност до 10 дни непрекъснато за едно или повече заболявания, но не повече от 40 дни с прекъсване в рамките на една календарна година. „ (2) Лекарите от центровете за спешна медицинска помощ могат да издават болнични листове за домашно лечение до 3 календарни дни. Клиничният преглед и становището за временната неработоспособност се отразяват в личната амбулаторна карта (ЛАК) на лицето. (3) Болнични листове могат да се издават и от лечебни заведения, които обслужват лицето по месторабота. (4) В 40-дневния отпуск по ал. 1 не се включват дните за временна неработоспособност поради бременност и раждане, разрешени съгласно чл. 26, ал. 1. (5) Лекуващите лекари/лекарите по дентална медицина насочват осигуреното лице към ЛКК: 1. след изтичане на отпуска по ал. 1; 2. преди изтичане на отпуска по ал.1, когато се налага продължаване на временната неработоспособност след болничен лист, издаден от ЛКК.“		§2. <i>Не се приема</i> §2. <i>Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.</i>
--	--	---	--	---

	§ 3. Да се създадат нови чл. 7а, 7б и 7в със следното съдържание: „Чл. 7а. (1) Лекарските консултативни комисии издават болнични листове за продължаване на отпуск за временна неработоспособност над 10 дни за едно или повече заболявания без прекъсване, респективно над 40 дни с прекъсване в рамките на една календарна година. (2) Лекарските консултативни комисии разрешават непрекъснат отпуск за временна неработоспособност до 180 календарни дни и не повече от 30 дни еднократно. В тези 180 дни се включват и дните по предхождащите еднолично издадени болнични листове, но не се включват дните за временна неработоспособност поради бременност и раждане, разрешени съгласно чл. 26, ал. 1. (3) Лекарските консултативни комисии към амбулаториите за групова практика за специализирана медицинска помощ разрешават отпуск по болест само за заболявания от техния профил. Чл. 7б. В две предходни календарни години и в годината на боледуването се разрешава отпуск за временна неработоспособност с прекъсване до 360 дни. В 360 дни не се включват дните за временна неработоспособност поради бременност и раждане, разрешени съгласно чл. 26, ал. 1. Чл. 7в. (1) При необходимост от продължаване на временната неработоспособност След изтичане на 180 дни непрекъснат отпуск за временна неработоспособност или 360 дни с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването, ЛКК насочват осигуреното лице към ТЕЛК за освидетелстване. (2) Когато има признаци за настъпила трайно намалена работоспособност, осигуреното лице се насочва към ТЕЛК преди изтичане отпуска по ал. 1. (3) При условие, че са налице обективни признаци за възстановяване на работоспособността в следващите 180 дни, ТЕЛК могат, след преглед на осигуреното лице да продължават временната неработоспособност с 60 дни еднократно, но не повече от общо 180 дни. (4) При наличие на медицински индикации за пълно възстановяване на работоспособността, т. е. при липса на	§3. Не се приема	§3. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.
--	---	-------------------------	---

	необходимост от определяне на трайно намалена работоспособност за същото заболяване, след изтичане на 180 дни по ал. 3, ТЕЛК могат да продължат временната неработоспособност с нови 180 дни само за някои болести, като туберкулоза, травматични увреждания, следоперативни състояния, хепатит, инфаркт на миокарда, травми на окото, отлепване на ретината и мозъчни инсулти. (5) Не се разрешава ползването на отпуск за временна неработоспособност непрекъснато за повече от 540 дни." Мотиви: Една част от правомощията на органите на медицинската експертиза, по отношение на временната неработоспособност, сега са разписани в Наредбата за медицинската експертиза, а друга част в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи. Освен това, част от текстовете не са ясни и създават предпоставки за нееднозначно тълкуване и различното практическо прилагане, което често създава проблеми. С направеното предложение текстовете, отнасящи се до правомощията на Органите на медицинската експертиза са прецизирани и систематизирани на едно място, като са въведени общи принципи за правомощията на органите на медицинската експертиза по отношение на продължителността на временната неработоспособност. Предлагаме и намаляване на продължителността на временната неработоспособност по болнични листове, Издавани еднолично от лекуващите лекари/лекарите по дентална медицина, от 14 на 10 дни непрекъснато. § 4. В чл. 9 да се направят следните изменения: 1. В ал. 3 да отпадне изречение второ. 2. В ал. 5 думите „14 дни" да се заменят с думите „10 дни". Мотиви: Възможността за ползване на платен годишен отпуск за времето, включено в болничния лист, затруднява контрола върху прекъснатостта на временната неработоспособност, респективно правомощията на органите на медицинската експертиза, както и предприемане на действия по чл. 46, ал. 1 КСО, при случаи на нарушаване на режима, определен в болничния лист.	§4. Не се приема	§4. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.
--	---	-------------------------	---

	§ 5. В чл. 11, ал. 1 да отпадне точка 6. Мотиви: Текстът на т. 6 не носи информация по отношение на експертизата на временната неработоспособност. § 6. В чл. 12, т. 1 думите „чл. 42, ал. 2 и 3 КСО" да се заменят с „чл. 42, ал. 3 КСО". Мотиви: От 1 януари 2018 г. ал. 2 на чл. 42 от КСО е отменена. § 7. Чл. 13 да се измени така: „Чл. 13. Когато болничният лист е издаден в нарушение на чл. 7, 7а и 7б, същият се анулира от органа на медицинската експертиза, който го е издал, след което болният се насочва към ЛКК или ТЕЛК, съобразно конкретния случай." Мотиви: Текстовете на ал. 1 и 2 от чл. 13 са включени към член 7, ал. 1 и 5. На основание чл. 33, ал. 5, т. 12 от Кодекса за социално осигуряване, в сила от 1 януари 2014 г., Националният осигурителен институт създаде и поддържа електронен регистър на болничните листове и решенията по обжалването им (ЕРБЛРО). За осигуряване на прием на коректни данни в ЕРБЛРО, от издадените от органите на медицинската експертиза болнични листове, със Заповед № 1016-40-210 от 28.02.2017 г. на Управителя на НОИ са утвърдени "Функционални изисквания, структура и формат на данните, поддържани от програмните продукти за въвеждане, контрол, съхраняване, отпечатване, представяне/анулиране на данните и изготвяне на справки за издадени/анулирани болнични листове и решенията по обжалването им", в сила от 01.05.2017 г. В тях са заложили контроли по всички разпоредби от НМЕ и ПУОРОМЕРКМЕ, отнасящи се до продължителността на временната неработоспособност и правомощията на	§5. <i>Не се приема</i> §6. <i>Приема се</i> §7. <i>Не се приема</i>	§5. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §7. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.
--	---	---	---

	органите на медицинската експертиза. Следователно данни от болнични листове, издадени от лекуващите лекари и ЛКК в нарушение на техните правомощия, не могат да постъпят в ЕРБЛРО, независимо от решението на ЛКК/ТЕЛК. § 8. В чл. 14 да се направят следните изменения и допълнения: 1. Ал. 1 да се измени така: „(1) Болничен лист за цялото време на болничното лечение се издава от лекуващия лекар/лекаря по дентална медицина и/или ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК. В случаите, когато след болничното лечение болният се нуждае и от домашно лечение, при изписването се издава един болничен лист, в който се включват дните за болничното лечение, включително денят на изписването, както и не повече от 30 дни за домашно лечение. В историята на заболяването, в ЛАК и в епикризата се отразява издаденият болничен лист и се обосновава необходимостта от отпуск за домашно лечение.” 2. Да се създадат нови ал. 4 и 5: „(4) Изключение по ал. 3 се допуска само в случаите, когато лицето е било на работа, независимо от отработените часове или е постъпило за болничното лечение след изтичане на работното му време. В тези случаи отпускът за временна неработоспособност започва задължително от следващия календарен ден. (5) По искане на осигурения, болничен лист за болнично лечение може да се издаде и преди завършване на лечението, с оглед изплащане на парично обезщетение за изтеклото време.” Мотиви: При случаи на трудова злополука, възникнала през първия ден от осигуряването, лицата се лишават от парично обезщетение, тъй като във връзка със сегашната разпоредбата на чл. 14, ал. 3 не могат да влязат в осигуряване и не се приема и изплаща обезщетение за трудова злополука. Въведеният ред ги поставя в неравностойно положение с лицата, на които болничен лист се издава от лечебно заведение за извън болнична помощ, тъй като на основание чл. 9, ал. 1 от НМЕ, в тези случаи	§8. Не се приема	§8. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.
--	---	-------------------------	---

	болничният лист се издава от следващия ден. Освен това, при отработени часове, има и случаи с подписвани документи (вкл. административни актове), които вече са изпратени. При продължително лечение в лечебно заведение за болнична помощ, липсва текст за издаване на болничен лист преди приключване на престоя, с оглед изплащане на парично обезщетение за изтеклото време, което лишава лицата от своевременното му получаване и въздава проблеми на осигурителите при подаване на информация към Националната агенция по приходите. § 9. В чл. 15, ал. 1 изречение първо да се измени така: „(1) В зависимост от състоянието на болния, в болничния лист се определя/определят един и/или повече от посочените режими:". Мотиви: Противоречиви текстове за определяне режима на лечение - на основание чл. 15, ал. 1 може да се определи само един режим на лечение, въпреки, че с други членове от НМЕ се дава възможност за избор на повече от един режим. § 10. Да се отмени ал. 3 на чл. 24. Мотиви: Съдържанието на текста на ал. 3 се обхваща от общите разпоредби на НМЕ. При поемане на лечението от специалист по желание на пациента се прилагат общите разпоредби на наредбата. § 11. В чл. 27, ал. 1 да се добави второ изречение: В този случай болничният лист се издава след раждането еднолично от лекаря, който осъществява наблюдението на бременната, личния лекар или лекуващия лекар при болнично лечение." Мотиви: В НМЕ липсва текст, който да определя органа и времето за издаване на болничен лист при преносена бременност.	§9. Не се приема. §10. Не се приема §11. Не се приема	§9. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §10. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §11. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.
--	---	--	---

		§ 12. В чл. 31 да се създаде нова ал. 6: „(6) Алинеи 1 - 5 се прилагат и за осиновителката/осиновителя на дете до 5-годишна възраст, в случаите по чл. 167, ал. 1 КТ.” Мотиви: Във връзка с предстоящите промени на Наредбата за работното време, почивките и отпуските. § 13. Чл. 32 да се измени така: „Чл. 32. (1) При заболяване на майката по чл. 31, ал. 1, настъпило в периода на остатъка на отпуска за раждане, на лицето, което ще ползва отпуск по чл. 167 КТ, се издава и болничен лист за периода до изтичане на срока по чл. 26, ал. 1, т. 2 и т. 3. (2) Болничният лист се издава за срока по чл. 31, ал. 2, но за не повече от периода по ал. 1, от личния лекар на детето или от личния лекар на лицето, което ще ползва отпуск по чл. 167 КТ, въз основа на следните документи: 1. протокол на ЛКК по чл. 31, ал. 1; 2. декларация, че детето е живо и не е дадено за осиновяване.” Мотиви: При ползване на отпуск по чл. 167 от Кодекса на труда (при тежко заболяване или смърт на майката), съществуващите текстове на НМЕ не кореспондират с текста на чл. 167, ал. 1 от Кодекса на труда. § 14. В чл. 33, ал. 1 да се измени така: „(1) Когато майката почине, на лицето, което ще ползва отпуск по чл. 167 КТ, се издава болничен лист за временна неработоспособност в размер на разликата от деня на смъртта на майката до изтичане на срока по чл. 26, ал. 1, т. 2 и т. 3.” Мотиви: В момента разпоредбата противоречи на чл. 167, ал. 1 от Кодекса на труда. § 15. В чл. 34 да се отменят ал. 1 и 2. Мотиви: Във връзка с предстоящите промени на Наредбата за работното време, почивките и (Отпуските - заличават се текстовете, че отпускът при осиновяване на дете се	<i>§12- приема се</i> <i>§13. Приема се</i> <i>§14. Приема се</i> <i>§ 15. Не се приема</i>	
--	--	--	---	--

		разрешава с акт на здравните органи. § 16. В чл. 37, ал. 1 и ал. 3, в първо изречение думите "еднолично от лекуващия лекар", да се заменят с думите „от лекуващия лекар и/или ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК, съобразно конкретния случай". § 17. В чл. 38, ал. 1 да се измени така: „(1) Болничен лист за гледане на болен член от семейството в дома, както и за гледане да болно дете, настанено при близки, роднини или приемно семейство по реда на чл. 26 от Закона за закрила на детето (ЗЗД), се издава от лекуващия лекар и/или ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК, съобразно конкретния случай". § 18. В чл. 39, ал. 1 думите „еднолично от лекуващия лекар" в изречение първо да се заменят с думите „от лекуващия лекар и/или ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК, съобразно конкретния случай". § 19. В чл. 40, ал. 1 и ал. 2 думите „еднолично от лекуващия лекар" в изречение първо да се заменят с думите „от лекуващия лекар и/или ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК, Съобразно конкретния случай". § 20. В чл. 41, ал. 1 думите „лекуващия лекар или от ЛКК" да се заменят с думите „от лекуващия лекар и/или ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК, съобразно конкретния случай".	§16. Не се приема §17. Не се приема §18. Не се приема §19. Не се приема §20. Не се приема	§16. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §17. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §18. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §19. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §20. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено
--	--	--	--	--

		§ 21. В чл. 42, ал. 2 думите „лекуващия лекар или от ЛКК" да се заменят с думите „от лекуващия лекар и/или ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК, съобразно конкретния случай" Мотиви за § 16,17,18,19,20 и 21: Във връзка с въведените общи принципи за правомощията на органите на медицинската експертиза по отношение на продължителността на временната неработоспособност. § 22. В чл. 44 думите „от ЛКК" да се заменят с думите „от ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК, съобразно конкретния случай". § 23. В чл. 45, ал. 4 след думите „от ЛКК" да се заменят с думите „от ЛКК, ЛКК по решение на ТЕЛК, съобразно конкретния случай". § 24. В чл. 48 да се направят следните изменения и допълнения: 1. Да се създаде нова ал. 1: „(1) Болничен лист за бременност на пребиваващо в чужбина осигурено лице, се издава еднолично от личния лекар, след представяне на преведени и легализирани документи за проследяване на бременността в чужбина и представяне на служебна бележки ОТ осигурителя, че работи и се осигурява, или на осигурителна книжка." 2. Досегашният текст на чл. 48 да стане ал. 2. 3. Да се създаде нова ал. 3:	§21. Не се приема §22. Не се приема §23. Не се приема §24. Не се приема	обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §21. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §22. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §23. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §24. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.
--	--	---	---	--

	„(3) Болничните листове по ал. 1 и 2 се издават след завръщането на осигурените лица в Република България.” Мотиви: Когато наблюдението на бременността се извършва в страна, за която не се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност на Европейската общност (ЕО), липсва текст, определящ органа на медицинската експертиза, който да издаде болничния лист. Липсата на изричен текст относно времето на издаване на болничните листове за случаите по ал. 1 и 2 често създава предпоставки за спорове между осигурените лица и органите на медицинската експертиза. § 25. Да се създаде нов чл. 51 а.: „Чл. 51а. За удостоверяване на временна неработоспособност на чужди граждани, по отношение на които не се прилага законодателството на друга държава съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност на ЕС или международните договори областта на социалната сигурност, по които Република България не е страна, се издава болничен лист по реда на тази наредба. Мотиви: Към момента липсва текст за издаването на болнични листове за чужди граждани, за които нямаме международни спогодби. § 26. Чл. 54 да се измени така: „Чл. 54. (1) Анулирани болнични листове по реда на чл. 18 от Наредбата за реда за представяне в НОИ на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им се съхраняват в лечебните заведения, които са ги издали. (2) Анулиране на болничен лист се извършва, като се зачертава с две срещуположни диагонални черти, вписва се думата „унищожен” и по чие решение се анулира. (3) Болнични листове, отменени по реда на чл. 112 от Закона за здравето се съхраняват при осигурителите. (4) Болничните листове по ал. 1 и 3 се съхраняват 3 години след датата на издаването им, след което се унищожават с акт от комисия, определена със заповед на съответния ръководител. В акта задължително се вписват	§25. Не се приема §26. Не се приема	§25. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му. §26. Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме, тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.
--	---	---	---

	серията и номерът на унищожените болнични листове." Мотиви: Привеждане на текстовете в съответствие с Наредбата за реда за представяне в НОИ на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им и предложените изменения и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза. § 27. В чл. 61, ал. 1 да се направят следните изменения и допълнения: 1. Да се създаде нова точка 5: „5. Началната дата на потребността от чужда помощ;" 3. Мотиви: Експертиза на трайно намалена работоспособност не включва определяне на начална дата на чуждата помощ. Съдебната практика (напр. Решение № 703 от 23.01.2007 г. на ВАС по адм. д. 8976/2006 г.; Решение № 11786 от 09.11.2015 г. на ВАС по адм. д. № 2657/2015г.) налага извод, че добавката за чужда помощ е самостоятелно имуществено право, което е различно от правото на инвалидна пенсия и може да възникне от момент, различен от датата на инвалидизиране, също както може да продължи за срок, различен от срока на инвалидността, в тази връзка съдът приема, че от датата на инвалидизирането възниква правото на лична пенсия за инвалидност, но не и правото на чужда помощ, защото това право е различно от правото на пенсия за инвалидност и възниква от момента, в който е направена релевантна преценка, че лицето се нуждае от такава помощ. Тази преценка е от компетентността на медицинската експертиза. В някои случаи потребността от чужда помощ може да съвпада с датата на инвалидизиране, но в други може да е резултат от последващо възникнали фактори. Тъй като и инвалидизирането, и необходимостта от чужда помощ, като правнорелевантни факти се установяват и удостоверяват с експертно решение от компетентния орган, който извършва експертизата на работоспособността/на вида и степента на увреждане, предлагаме с цел еднозначното прилагане от пенсионните органи на правото на добавка за чужда помощ, която се отпуска към пенсиите (не само към инвалидните), компетентният медицински орган да се произнася в своите експертни решения и за началната дата на потребността от чужда помощ, според	§27. Не се приема	§27. Правилата за определяне на дата на инвалидизиране и на нова дата на инвалидизиране са ясно разписани в чл.70 и чл.71 от НМЕ, категорични са и към момента по тях не е налаган съдебен контрол, водещ до тяхната корекция или отмяна. В този смисъл не може да се допуска изключение извън тези членове за определяне дата на инвалидизиране само в случаите на определяне на чужда помощ. Цитираната съдебна практика е във връзка с чл. 118 от КСО и касае реда и начина за отпускането на добавка за чужда помощ по реда на чл. 103 от КСО. Съдебните решения не са издадени по повод обжалвано ЕР на НЕЛК, респ. ЕР на ТЕЛК по отношение определената в тях потребност от чужда помощ. В този смисъл, съдебните решения са неотнормирани към предлаганите промени по отношение определяне на чуждата помощ.
--	--	--------------------------	--

	спецификата на конкретните медицински случаи, също както се произнася и за началната дата на инвалидизирането. § 28. В чл. 70 да се направят следните изменения: 1. В ал. 4 текстът „не работи“ да се замени с „е неосигурено лице“. 2. Ал. 7 да се измени така: „(7) Отпускът при временна неработоспособност в размер на 30 календарни дни, ползван на основание чл. 42, ал. 3 КСО, се взема предвид при определяне датата на инвалидизиране.“ Мотиви: Зачестили случаи на прилагане на разпоредбата по отношение на лица, които към датата на освидетелстване са в законоустановен отпуск, тъй като временната неработоспособност по последния им болничен лист е изтекла преди датата на освидетелстването им от ТЕЛК, поради неправилно тълкуване на понятието „работи“. От 1 януари 2018 г. ал. 2 на чл. 42 от КСО е отменена, а от 01.01.2011 г. 75 календарни дни са заменени с 30 календарни дни в разпоредбата на чл. 42, ал. 3. § 29. В чл. 71, т. 3 да се измени така: „3. на лицата, на които при последното преосвидетелстване не е определен процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане, както и на лицата, които след изтичането на срока, за който е определен процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане, не са се явили за преосвидетелстване, но се е влошило състоянието им - от датата, на която са станали неработоспособни.“ Мотиви: Сегашният текст за определяне на нова дата на инвалидизиране създава предпоставки за нееднозначно тълкуване и злоупотреби, които създават проблеми при отпускането на пенсиите за инвалидност. § 30. В § 1 на Допълнителна разпоредба да се създаде нова точка б: „б. „Членове на семейството“ на осигуреното лице са неговите възходящи и низходящи по права линия, съпругът	§28. <i>Приема се</i> §29. <i>Не се приема</i> §30. <i>Не се приема.</i>	§29. <i>Единствено медицинската документация е достоверен аргумент за възстановяване работоспособността на лицата или упражняване на труда като пълноценно работоспособни.</i> §30. <i>Предложението е неотносимо към проекта, тъй като не се предвиждат промени в частта за временната неработоспособност на наредбата. Направеното предложение не би могло да се приеме,</i>
--	--	---	--

		и съпругата." Мотиви: Липсата на определение за понятието „Членове на семейството" в наредбата е причина за нееднозначното му тълкуване и прилагане, което създава проблеми при изплащане на паричните обезщетения за временна неработоспособност, бременност и раждане. § 31. В заключителни разпоредби да се създаде нов § 3: „§ 3. Министърът на здравеопазването дава указания по прилагането на Наредбата." Мотиви: Във връзка с разпоредбата на алинея 2 на член 101 от Закона за здравето, която определя задълженията на МЗ и РЗИ да организират и ръководят медицинската експертиза.	§ 31. Приема се	тъй като същото не е поставено на обществено обсъждане и не е извършена частична предварителна оценка на въздействието му.
12.	Д-р Митко Георгиев, член на ТЕЛК, вх. № 03-08-88/23.05.2018 г.;	ЧАСТ ПЪРВА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ Раздел I Общи правила Процентът на трайно намалената работоспособност при тези заболявания се определя съобразно функционалните ограничения на опорно-двигателния апарат и отражението им върху другите органи и системи. При дегенеративни промени на ставите на крайниците и на гръбначния стълб (артрози, остеохондрози) се вземат под внимание и данните за болка, за приемането на които дава основание клиничната находка (ставни отоци, мускулни контрактури, атрофии). Ограниченията в подвижността на ставите, дължащи се на артроза, могат да се окажат по-значими, отколкото анкилоза във функционално изгодно положение. Рентгеновите данни за дегенеративни промени, както и претърпени оперативни интервенции сами по себе си, без други изменения, не обуславят намалена работоспособност. Чужди тела не обуславят намалена работоспособност, когато не ограничават функцията и не упражняват неблагоприятно влияние върху други органи и системи. Степента на намалената работоспособност при мускулни и	Липсва предложение	

		сухожилни наранявания се основава на функционалните нарушения и на оценката на съдовата и неврологичната симптоматика. Основен критерий при определяне процента на намалената работоспособност при ампутации на крайниците е нивото на ампутацията. При неблагоприятни характеристики на чукана и при функционални ограничения на съседните стави оценките следва да се завишат средно с 10 на сто независимо от това, дали се носят протези или не. Въпреки съхраняването на крайника може да се установи състояние, което да е по-неблагоприятно, отколкото липсата му. Оценката на намалената работоспособност при псевдоартрозите се базира на това, дали те са стабилни или халтави, и се определя от рентгеновия образ и клиничната находка. При хабитуални луксации степента на намалената работоспособност се определя освен от обема на подвижността и от честотата на изкълчванията. Процентът на намалената работоспособност при ендопротезираните стави е в зависимост и от ограничението на движенията и възможностите за натоварване. Раздел II Хроничен остеомиелит 1. Лека степен - ограничен, ниска активност, незначителни гноящи фистули: 20 - 50 % 40 % 2. Средна степен - разширен процес, чести и трайни фистули, с белези на активност и с лабораторни данни за активност: 50 - 70 % 75 % 3. Тежка степен - с чести тежки тласъци, с подчертано инфилтриране на меките тъкани, нагнояване и отделяне на секвестри, подчертани белези на активност в лабораторните данни: 70 - 100 % 95 %. <i>Забележки:</i> 1. При оценката на намалената работоспособност при това заболяване се имат предвид локализацията и разпространението на процеса, наличните функционални нарушения, съпътстващата активност и нейното значение за общото състояние на организма и възможните последващи заболявания (анемия, амилоидоза и др.).		
--	--	--	--	--

		2. Значително подобрене поради стихване на процеса може да се приеме едва тогава, когато в продължение на 2 до 5 години в зависимост от продължителността на заболяването няма фистули, а от останалите находки, включително рентгеновите и лабораторните, не се откриват белези на активност. При тези случаи по правило степента на намалената работоспособност трябва да бъде с 20 до 30 % по-ниска. Изчаква се още от 2 до 4 години за по-нататъшна оценка на оздравяването. Намалената работоспособност се определя по остатъчните увреди. 1. При оценката на намалената работоспособност при това заболяване се имат предвид локализацията и разпространението на процеса, наличните функционални нарушения, съпътстващата активност и нейното значение за общото състояние на организма и възможните последващи заболявания (анемия, амилоидоза и др.). 2. Значително подобрене поради стихване на процеса може да се приеме едва тогава, когато в продължение на 2 до 5 години в зависимост от продължителността на заболяването няма фистули, а от останалите находки, включително рентгеновите и лабораторните, не се откриват белези на активност. Намалената работоспособност се определя по остатъчните увреди. Раздел III Мускулни заболявания При оценката на намалената работоспособност се имат предвид функционалните ограничения на отделните крайници и трупа. Допълнително се вземат под внимание отраженията на мускулните заболявания върху вътрешните органи (например ограничена белодробна функция, смутена сърдечна функция при деформация на гръдния кош, смущения при гълтането, говора, очните мускули и т.н.). Раздел IV Гръбначни и тазови увреди 1. Фрактури на процеси спинози и трансверзи: 0 - 10 % 10 %		
--	--	---	--	--

		2. Фрактури на прешленно тяло: 2.1. без статични отклонения: 0 % 0 % 2.2. с ограничени статични отклонения и ограничена деформация: 10 % 10 % 2.3. със значителни статични отклонения и подчертана деформация: 20 - 30 % 30 % 3. Фрактури или деформации на таза: 3.1. слабо затрудняващи движението: 20 % 20 % 3.2. значително затрудняващи движението: 30 - 40 % 40 % 4. Дегенеративни промени на гръбначния стълб: 4.1. с ограничени функционални нарушения: 0 - 10 % 10 % 4.2. с трайни функционални нарушения: 20 - 30 % 30% <i>Забележка 1.</i> При дегенеративни промени без доказани отпадни прояви може да се приеме 30 % загубена работоспособност само в изключителни случаи при необичаен болков синдром. 5. Други гръбначни увреди: 5.1. при леко ограничени функции - 0 - 20 % 20 % 5.2. със средностепенни функционални нарушения при сколиоза, с отклонение от 35 до 70 градуса, клиновиден прешлен, пеперудовиден прешлен, фиксиран объл гръбнак, блок-прешлен с гибус на гръбнака - 30 - 50 % 50 % 5.3. с тежки функционални ограничения, с продължително обездвижване, обхващащо трите сегмента на гръбнака, екстремна деформация при сколиоза, с ротационно плъзгане, спондилолистеза, с хлъзване повече от 2/3 на прешленното тяло - 50 - 75 % 75% <i>Забележка 2.</i> При наличие на придружаващи функционални увреди на крайниците (например парестезии) и на вътрешните органи (например нарушаване на дихателната и сърдечната функция) следва да се даде допълнителна оценка. <i>Забележка 3.</i> Уврежданията на междупрешленните дискове без ортопедичен функционален дефицит се оценяват според неврологичните усложнения по част 7. Раздел V Болест на Шоерман		
--	--	--	--	--

		До края на растежа (обичайно до 18-годишна възраст) 1. С леки функционални ограничения - 0 - 10 % 10% 2. Със значителни функционални ограничения (например необходимост от стабилизиране с корсет) - 20 - 30 % 30% <i>Забележка.</i> След приключване на растежа процентът на ограничената работоспособност се определя съобразно остатъчните функционални нарушения. Раздел VI Туморни заболявания на опорно-двигателния апарат Злокачествени тумори на костите и меките тъкани: 1. Неоперабилни: 70 - 100 % 100% 2. Оперирани до петата година в зависимост от състоянието и функционалния дефицит: най-малко 50 % 2.1. първата година -95% 2.2. от втора до трета година – 80 % 2.3. от четвърта до пета година – 60% 2.4. след петата година до десетата година – 50% <i>Забележка</i> При доброкачествени тумори на костите и меките тъкани оценката се определя по общите правила за функционалния дефицит. 3. Злокачествени тумори без рецидив след петата година: 30 % <i>Забележка.</i> При доброкачествени тумори на костите и меките тъкани оценката се определя по общите правила за функционалния дефицит. Раздел VII Асептични некрози 1. Болест на Пертес в активен стадий: 70 - 100 % 71% 2. Болест на Чандлър: 2.1. начален стадий: 30 - 50 % 40% 2.2. напреднал стадий: 60 - 80 % 71 % 3. Лунатомалация: 30 - 50 % 40 % 4. Асептична некроза на ос скафоидеум в активен стадий - обикновено до 2 години: 30 - 50 % 40 %.		
--	--	--	--	--

	<i>Забележка.</i> След активния стадий процентът на ограничена трудоспособност се определя в зависимост от остатъчните функционални нарушения. . Раздел VIII Увреждания на горните крайници 1. Загуба на двете предмишници или ръце: 100 % 100% 2. Загуба на една предмишница и една подбедрица: 100 % 100% 3. Загуба на една ръка в раменната става или с много къс ампутационен чукан на мишницата: 80 % 95% 4. Загуба на едната ръка на ниво мишница или лакътна става: 75 % 80% 5. Загуба на едната ръка на ниво предмишница : 75 % 71% 6. Загуба на едната ръка на ниво предмишница с чукан до 7 см: 60 % 75% 7. Загуба на ръка на ниво радиокарпална става : 70 % 50% ПИТАНЕ – ЗАЩО ЗАГУБА НА РЪКА НА НИВО РЕДИОКАРПАЛНА СТАВА / Ч.1 Р.8 Т.7/- 50 % Е ПРИРАВНЕНО НА ЗАГУБА НА ТРИ ПРЪСТА БЕЗ ПАЛЕЦА / Ч.1 Р.8 Н.36.1/ И ПО-МАЛКО ОТ ЗАГУБА НА 4 ПРЪСТА / Ч.1 Р.8 Т.37.1 / 60 % / ??? 8. Анкилоза (обездвижване) на раменната става в благоприятно положение при запазени движения на раменния пояс: 30 % 30% ПИТАНЕ - А ДВУСТРАННО ? 9. Анкилоза (обездвижване) на раменната става в неблагоприятно положение или при нарушена подвижност на раменния пояс: 40 - 50 % 50% 10. Ограничения в движенията и контрактури на раменната става (включително на раменния пояс): 10.1. вдигане на ръката до 120 градуса: 0 - 10 % 10% 10.2. вдигане на ръката до 90 градуса: 20 % 20% 10.3. нерепонирана раменна луксация: 50 % 50%		<i>Т. 7. Приема се</i> <i>Т.8. Приема се</i>	7. Приема се изразеният мотив за прецизиране на процента, като следва да се определи процент за Загуба на ръка на ниво радиокарпална става - 60% 8. Приема се с оглед прецизиране на оценката: Създават се нови: т. 8.1 – Едностранно – 30%; т. 8.2 – Двустранно - 50%
--	---	--	--	--

	10.4. халтава раменна става: 50 % 50% 10.5. хабитуална раменна луксация: 10.5.1. с редки изкълчвания (през година и повече): 10 % 10% 10.5.2. с чести изкълчвания: 30 - 50 % 40% 11. Псевдоартроза на ключицата: 11.1. стабилна (ригидна): 0 - 10 % 10% 11.2. халтава: 20 % 20% 12. Скъсяване на крайника: 12.1. до 4 см при запазена подвижност на големите стави: 0 % 0% 12.2. над 4 см до 10 см: 10 % 10% 12.3. над 10 см до 20 см: 20 % 20% Забележка Скъсяване над 20 см се отнася към ампутациите на съответните нива. При децата окончателната оценка се дава след затваряне на фугите на растежа. Дотогава се оценяват пропорционално към критериите за възрастни. 13. Псевдоартроза на мишницата: 13.1. стабилна (ригидна): 30 % 40% ПИТАНЕ - А ДВУСТРАННО ? 13.2. халтава: 50 % 50% 14. Разкъсване на дългата глава на двуглавия мускул: 0 - 10 % 10% 15. Анкилоза (обездвижване) на лакътната става, включително нарушаване на ротаторните движения на предмишницата: 15.1. в благоприятно положение: 30 % 30% 15.2. в неблагоприятно положение: 40 - 50 % 50% 16. Ограничени движения и контрактури на лакътната става: 16.1. лека степен-екстензия-флексия 0 градуса - 30 градуса - 120 градуса при свободни просупинативни движения: 0 - 10 % 10% 16.2. напреднала степен - включително ограничени ротаторни движения на предмишницата: 20 - 40 % 40% ПИТАНЕ - А ДВУСТРАННО ? 17. Изолирано ограничение на просупинационните движения:		<i>Т.13- Приема се</i> <i>Т. 13. Приема се с оглед прецизиране на оценката:</i> 13 - Псевдоартроза на мишница: 13.1 - стабилна/ригидна/- едностранно - 40% Нова т. 13.2 - стабилна/ригидна/- двустранно -60% Сегаишната т. 13.2.става т. 13.3- халтава: 50 % <i>Т.16.2- Приема се</i> <i>Приема се с оглед прецизиране на оценката:</i> Т.16.2-напреднала степен-включително ограничение на ротаторните движения на предмишницата 16.2.1 – едностранно - 40% Създава се нова т. 16.2.2 – двустранно - 50%
--	---	--	--

		17.1. в благоприятно положение - средно положение на просупинация: 10 % 10% 17.2. в неблагоприятно положение: 20 % 20% 17.3. в крайно супинационно или пронационно положение: 50 % 50% 18. Халтавост на лакътната става: 50 % 30% 19. Псевдоартроза на предмишницата: 19.1. стабилна (ригидна): 30 % 40% 19.2. халтава: 50 % 50% 19.3. псевдоартроза на улната или радиуса: 20 - 30 % 30% 20. Леки ъглови отклонения при оздравели радиус и улна: 0 - 10 % 10% 21. Значително изразени деформации на оздравели фрактури на улна и радиус с функционални нарушения на съседните стави: 20 - 40 % 40% 22. Ограничена подвижност на китката: 22.1. лека степен (например флексия-екстензия до 40 градуса - 0 градуса - 40 градуса): 0 - 10 % 10% 22.2. тежка степен: 20 - 30 % 30% 23. Зле зараснали или незараснали фрактури на една или повече метакарпални кости с вторично повлияване на подвижността на един пръст с изключение на палеца: 10 - 30 % 20% 24. Контрактура на една става на палеца в благоприятно положение: 0 - 10 % 10% 25. Контрактура на двете стави на палеца и карпометакарпалната става във функционално положение: 20 % 20% 26. Контрактура на един пръст във функционално положение: 0 - 10 % 10% 27. Загуба на дисталната фаланга на палеца: 0 - 10 % 10% 28. Загуба на дисталната фаланга и половината от основната фаланга на палеца: 20 % 20% 29. Загуба на един палец: 30 % 30% 30. Загуба на двата палеца: 60 % 60% 31. Загуба на един палец с метакарпалната кост: 40 % 40% 32. Загуба само на показалеца, на средния или на четвъртия пръст: 10 % 10% 33. Загуба на дисталните фаланги само на II, III или IV пръст: 5 % 5% 34. Загуба на петия пръст: 5 % 5%		
--	--	--	--	--

	35. Загуба на два пръста: 35.1. I + II, I + III, I+ IV : 40 % 40% 35.2. I + V : 35 % 35% 35.3. II + III, II + IV, II + V : 35 % 35 % 35.4. III + IV, III + V : 30 % 30% 35.5. IV + V : 20 % 20% 36. Загуба на три пръста: 36.1. без палеца : 50 % 50 % ПРЕДЛОЖЕНИЕ : - Т.36.1 = Т.36.2 ??? - БЕЗСМИСЛЕНО Е РАЗДЕЛЯНЕТО НА ПАЛЕЦ И БЕЗ ПАЛЕЦА СЛЕД КАТО СЕ ОПРЕДЕЛЯ ЕДИН И СЪЩ % ТНР, НО СЧИТАМЕ,ЧЕ НЕ Е ПРАВИЛНО. ЗАЩО ЗАГУБА НА 4 ПРЪСТА Е РАВНА НА ЗАГУБА НА ТРИ ПРЪСТА ? 36.2. два пръста и палеца : 50 % 50 % 37. Загуба на четири пръста: 37.1. I - IV: 60 % 60 % 37.2. в останалите случаи: 50 % 50 % 38. Загуба на II, III, IV и V пръст на двете ръце: 80 % 80 % 39. Загуба на всичките пет пръста на една ръка: 60 % 60 % 40. Загуба на всичките десет пръста: 100 % 100 % 41.Ендопротезиране на раменна, лакътна и гривнена става: 41.1. едностранно: 50 % 50 % 41.2 двустранно: 75 % 75 % Забележка 1. За много къс ампутиционен чукан на мишницата се приема, когато ампутицията е на ниво колум хирургикум. Забележка 2. Анкилоза (обездвижване) в рамото при абдукция до 45 градуса и лека антепозиция се счита функционално изгодно. Забележка 3. Скъсяване над 20 см се отнася към ампутициите на съответните нива. При децата окончателната оценка се дава след затваряне на фугите на растежа. Дотогава се оценяват пропорционално към критериите за възрастни. Забележка 4. Анкилоза (обездвижване) в ъгъл между 65 и 90 градуса при средно просупинационно положение на	Т.36- Приема се Т. 37- Приема се	Т. 36. Приемат се изложените аргументи Т. 36 - загуба на три пръста - 50% /заличават се т.36.1 и т.36.2/ Приемат се изложените аргументи, т. 37 - загуба на четири пръста - 60% /Заличават се т.37.1 и т.37.2/
--	---	--	--

		предмишницата се оценява като благоприятно. <i>Забележка</i> 5. Контрактурите на пръстите в крайна екстензия или флексия са по-неблагоприятни от липсата им. <i>Забележка</i> 6. Посочените проценти за различните ампутации се вземат предвид при липса на нарушения в ампутационните чукани. Промените в състоянието на ампутационните чукани следва да се оценяват съобразно отклоненията при възстановителните процеси. <i>Забележка</i> 7. При оценка на намалената работоспособност по повод увреждане на доминантния горен крайник оценката се завишава с 10 %. <i>Забележка</i> При оценка на намалената работоспособност по повод увреждане на доминантния горен крайник оценката се завишава с 10 %. Раздел IX Увреди на долните крайници 1. Ендопротезиране на тазобедрена, колянна и глезенна става: 1.1. едностранно: 50 % 50 % 1.2. двустранно: 75 % 75 % 2. Загуба на двата крайника на ниво бедро: 100 % СЧП 100% 3. Загуба на единия крайник на ниво бедро и на другия на ниво подбедрица: 100 % СЧП 100 % 4. Загуба на един крак и ръка на ниво подбедрица и предмишница: 100 % СЧП 100 % 5. Загуба на един крак в тазобедрената става или много къс чукан на бедрото: 95 % БЧП 95 % 6. Загуба на крак на ниво дистално от малкия трохантер на бедрото или дезартикуляция на коляно: 90 % 91% 7. Загуба на крайник на ниво подбедрица съобразно функционалната годност на ампутационния чукан и на ставата: 75 % 75 % 8. Загуба на крак на ниво подбедрица при незадоволително състояние на функцията на ампутационния чукан и колянната става: 80 % 80 % 9. Загуба на двата крака на ниво подбедрица: 9.1. при двустранно благоприятно състояние на чуканите: 95 % БЧП 95 %		
--	--	---	--	--

		9.2. при едностранно неблагоприятно състояние на чукана: 80 % 9.3. при двустранно неблагоприятно състояние на чуканите: 100 % СЧП 100 % ПИТАНА :С ЧУЖДА ИЛИ БЕЗ ЧУЖДА ПОМОЩ ? ЗАЩО В САЙТА НА МЗ В СЪЩИЯТ ПРОЕКТ ЛИПСВА ТЕКСТА ОТ Т.9.2 10. Частична загуба на ходилото: 10.1. ампутация по Пирогов: 10.1.1. едностранно и с добър ампутационен чукан: 50 % 50 % 10.1.2. двустранно с добър ампутационен чукан: 75 % 75 % 10.2. Ампутация по Шопарт: 10.2.1. едностранно при добър ампутационен чукан: 30 % 30 % 10.2.2. едностранно при положение на еквинус на ходилото: 30 - 50 % 50 % 10.2.3. двустранно с добър ампутационен чукан: 60 % 75% 10.3. ампутация по Листфранк или в областта на метатарзалните кости по Шарп: 10.3.1. едностранно с добър ампутационен чукан: 30 % 30 % 10.3.2. едностранно при положение на пес еквинус: 30 - 40 % 40% 10.3.3. двустранно: 50 - 60 % 60 % 11. Загуба на един пръст, включително палеца: 0 - 10 % 10% 12. Загуба на палеца заедно с главата на метатарзалната кост: 20 % 20% 13. Загуба от втори до пети пръст включително или от първи до трети пръст включително: 30 % 30% 14. Загуба на всички пръсти на двете ходила: 40 % 40 % 15. Анкилози (обездвижване) на двете тазобедрени стави според позицията им и възможността за самостоятелно придвижване: 15.1. с възможност за самостоятелно придвижване с		<i>По отправено питане- Чуждата помощ се обхваща от чл.68 на НМЕ и не се включва в Приложение № 1 към чл. 63, ал.1 от НМЕ..</i> <i>Т. 9.2 се заличава, досегашната т.9.3 става т. 9.2- и оценяването ще се извършва по новата т.9.2</i>
--	--	---	--	--

		помощни средства: 70 - 90 %; 80% 15.2. с невъзможност за самостоятелно придвижване: 91 - 100 % 100% 16. Анкилоза на едната тазобедрена става: 16.1. в благоприятно положение: 30 % 30% 16.2. в неблагоприятно положение: 40 - 60 % 50% Забележка За благоприятно се счита положението на тазобедрената става при 10 градуса абдукция, средно положение на ротация и лека флексия. Неблагоприятни са положенията на тазобедрената става при подчертана абдукция над 15 градуса и флексия над 30 градуса. 17. Ограничени движения на тазобедрената става: 17.1. лека степен - екстензия-флексия до 0 градуса - 0 градуса - 90 градуса със средно положение на ротация и абдукция без други значителни ограничения - едностранно или двустранно: 0 - 10 % 10 % 17.2. средна степен - екстензия-флексия 0 градуса - 30 градуса - 90 градуса при средно положение за ротация и абдукция без други значителни ограничения: 17.2.1. едностранно: 20 % 20 % 17.2.2. двустранно: 50 % 50 % 17.3. тежка степен - с флексиионни контрактури по Томас над 30 градуса; 17.3.1. едностранно: 30 - 50 %; 50 % 17.3.2. двустранно: 17.3.2.1. с възможност за самостоятелно придвижване с помощни средства: 70 - 90 %; 91% 17.3.2.2. с невъзможност за самостоятелно придвижване: 91 - 100 %. 100 % 18. Вродена лусация на тазобедрената става: 18.1. за времето на цялостното лечение в абдукция (обикновено 2 години): 100 % 100 % 18.2. за срока на допълнителното абдукционно лечение: 50 % 50% След този период се съобразяват остатъчните функционални нарушения. 18.3. Халтава вродена лусация на тазобедрената става: 30 % 50% 19. Псевдоартроза на бедрената шия: 50 - 80 % 75% 20. Резекция на бедрената глава съобразно нарушената функция: 50 - 80 % 80% 21. Ханш а ресор: 0 - 10 % 10%		
--	--	--	--	--

	22. Скъсяване на крайника: 22.1. до 2,5 см: 0 % 0 % 22.2. над 2,5 до 4 см включително: 10 % 10 % 22.3. над 4 до 6 см включително: 20 % 20 % 22.4. над 6 см: 30 - 50 % 50 % 23. Псевдоартроза на бедрената кост: 23.1. стабилна (ригидна): 50 % 50 % 23.2. халтава: 70 - 80 % 75% 24. Мускулни хернии на бедрото (фасциални пролапси): 0 - 10 % 10% 25. Анкилози (обездвижвания) на двете колена: 80 % 80% 26. Анкилоза (обездвижване) на едното коляно: 26.1. в благоприятно положение (флексия до 10 градуса): 30 % 30% 26.2. в неблагоприятно положение: 40 - 60 % 60% 27. Колянна нестабилност: 27.1. мускулно компенсирема: 10 % 10% 27.2. недостатъчно компенсирема, несигурна походка: 20 % 20% 27.3. необходимост от опорен апарат съобразно нарушението на осите на стабилност: 30 - 50 % 50% 28. Фрактура на пателата: 28.1. костно зараснала с функционална слабост на екстензионния апарат: 10 % 10% 28.2. без костно срастване с функционална слабост на екстензорния апарат: 20 - 50 % 50% 29. Хабитуална луксация на пателата: 29.1. редки изкълчвания - в интервали на една и повече години: 0 - 10 % 10% 29.2. по-често: 20 % 20% 30. Ограничаване подвижността на колянната става: 30.1. лека степен - екстензия-флексия до 0 градуса - 0 градуса - 90 градуса: 0 - 10 % 10% 30.2. средна степен - екстензия-флексия 0 градуса - 10 градуса - 90 градуса: 20 % - екстензия-флексия: 0 градуса - 20 градуса - 90 градуса: 30 % 30% ПРЕДЛОЖЕНИЕ : ЛИПСВА ОЦЕНКА ЗА ДВУСТРАННА УМЕРЕНА КОНТРАКТУРА НА КОЛЯННА СТАВА/СЛЕД КАТО НЯМА ДА СЕ СУМИРА % Е РЕДНО ДА ИМА / 30.3. тежка степен - екстензия-флексия 0 градуса - 30		т. 30.2- Приема се	т. 30.2-Приема се с оглед прецизиране на оценяването 30.2 - средна степен Нова т. 30.2.1 - екстензия-флексия 0-10-90° - 20%. Нова т. 30.2.2 - екстензия-флексия 0-20-90° - 30% едностранно Нова т. 30.2.3 - екстензия-флексия 0-20-90°- 50% двустранно
--	---	--	-------------------------------	---

		градуса - 90 градуса: 40 - 50 % 50% 30.4. тежка степен двустранно - екстензия-флексия 0 градуса - 30 градуса - 90 градуса: 75 % 75% 31. Псевдоартроза на тибията: 31.1. стабилна (ригидна): 30 - 40 % 40% 31.2. халтава: 50 - 60 % 60% 32. Частична загуба или псевдоартроза на фибулата: 0 - 10 % 10% 33. Анкилоза (обездвижване) на горната скочна става в благоприятно положение (плантофлексия от 5 до 15 градуса): 20 % 20% 34. Анкилоза (обездвижване) на долната скочна става в благоприятно положение (неутрално положение): 10 % 10% 35. Анкилоза (обездвижване) на долната и горната скочна става: 35.1. в благоприятно положение: 30 % 30% 35.2. в неблагоприятно положение: 40 % 40% 36. Ограничени движения в горната скочна става: 36.1. лека степен - дорзи и плантофлексия до 0 градуса - 0 градуса - 30 градуса: 0 - 10 % 10% 36.2. напреднала степен: 20 % 20% 37. Ограничени движения в долната скочна става (талокалканеарна): 0 - 10 % 10% 38. Подчертан пес еквинус според функционалните нарушения: 38.1. едностранно: 20 - 40 % 30% 38.2. двустранно: 30 - 60 % 60% 39. Други деформитети на ходилото без значителни статични отклонения (например плоскостъпие, екскавирано ходило, варусно ходило, включително посттравматично): 0 - 10 % 10% 40. Криво краче: 40.1. при новородени - за срока на ранното функционално и оперативно лечение и до 1-годишна възраст: 100 % 100% 40.2. след 1-годишна възраст по общите принципи: 40.2.1. лека степен за всяко стъпало: 10 10% 40.2.2. тежка степен за всяко стъпало: 20 % 30% 41. Контрактура на всички пръсти на едно ходило: 41.1. в благоприятно положение: 10 % 10% 41.2. в неблагоприятно положение: 20 % 20%		
--	--	---	--	--

		42. Контрактура на пръстите, с изключение на палеца: 0 - 10 % 5% 43. Контрактура на ставите на палеца: 43.1. в благоприятно положение: 0 - 10 % 10% 43.2. в неблагоприятно положение - флексия в основната става повече от 10 градуса: 20 % 20% 44. Ръбци и значителни тъканни дефекти на петата и ходилото: 44.1. с незначително ограничаване на функцията: 10 % 10% 44.2. със значително ограничаване на функцията: 20 - 40 % 30% <i>Забележка 1.</i> За благоприятно се счита положението на тазобедрената става при 10 градуса абдукция, средно положение на ротация и лека флексия. Неблагоприятни са положенията на тазобедрената става при подчертана абдукция над 15 градуса и флексия над 30 градуса. <i>Забележка 2.</i> При комбинация на посочените състояния с аддукторна контрактура до 15 градуса към оценката се добавят по 10 %, а за аддукторна контрактура, по-голяма от 15 градуса - по 20 %. <i>Забележка 3.</i> Вродените заболявания на опорно-двигателния апарат се оценяват съобразно наличния функционален дефицит. <i>Забележка</i> Вродените заболявания на опорно-двигателния апарат се оценяват съобразно наличния функционален дефицит. ЧАСТ ВТОРА ПСИХИЧНИ БОЛЕСТИ Раздел I Органично-мозъчни психични смущения Трябва да се прави разграничение между отслабената годност на мозъчната активност и по-тежки, променящи се органично-мозъчни промени на характера, които често се проецират като преливащи се едно в друго състояния. 1. Към отслабената годност се приемат смущения на вниманието и концентрацията, преждевременна умствена уморяемост, дефекти в оценъчната възможност, възможността за приспособяване и вегетативната лабилност		
--	--	--	--	--

		(например главоболие, вазомоторни смущения, нарушения в съня, афективна лабилност): 20 % 20% 2. Органично-мозъчна промяна на личността и нарушения на паметово-интелектуалните и когнитивни функции. Определя се от обедняване и загрубяване на личността със смущения на подтиците и настроението, с ограничаване на критичната оценка, както и на контакта с околната и социалната среда, включително до най-тежки промени на личността. На базата на органично-психичните промени нерядко се развиват допълнителни психо-реактивни смущения. Степен на изразеност: 2.1. леки: 50 % 50%/при съхранени ориентация и критичност 2.2. средни: 70 % 75% /субкритичност, при задоволителна ориентация/. 2.3. тежки: 2.3.1. сравнително тежки 80 % тежки: 80% /липса на критичност и необходимост от частичен контрол на поведението 2.3.2. значително тежки 90 % 2.3.3. много тежки - 95 % много тежки: 95% /напреднал разпад на личността, с необходимост от ежедневни грижи/ 2.4. тежки невъзвратими: 100 % тежки невъзвратими: 100% /тежък и необратим разпад на личността/ Раздел II Затруднено заучаване, умствена ограниченост Оценката на намалена работоспособност/степен на увреждане (НР) при затруднено заучаване и умствена ограниченост не бива да изхожда единствено от степента на понижената интелигентност и съответните резултати от тестовете, тъй като те винаги обхващат затруднението в определен период от време. Едновременно с това трябва да се вземе под внимание и развитието на личността - афективно и емоционално, а така също и в областта на подтиците, паметта и вниманието, способността за интегриране на нови знания и възможността за социално вграждане.		
--	--	---	--	--

		1. Лека легастения без значително повлияване на учебните постижения: 10 % 2. Останалите по-тежки форми на легастения: 30 % 3. Ограничени умствени възможности: 3.1. ограничения в умствените възможности, позволяващи обучение само в специални училища, професионално вграждане само в елементарни, т. нар. незаучаеми дейности, леки смущения в развитието на говора, изоставане в интелигентността, отговарящо на интелектуален квотиент (ИК) на около 10 - 12-годишна възраст, отговаряща на лека - средна дебилност (ИК 60 - 70 при възрастни), намален контрол на влеченията и подтиците: 30 - 70 % 3.2. по-тежка ограниченост на интелигентността, със силно стеснени до липсващи възможности за обучение, значително ограничени езикови умения и нарушен говор, с намалена до загубена възможност за вграждане в елементарни трудови дейности, поведенчески отклонения при ИК под 60: 3.2.1. при относително благоприятно развитие на личността и възможности за социално вграждане (частичен успех в специално училище, възможности за елементарни дейности) - 70 - 90 % 3.2.2. при по-силно изразени ограничения на възможностите за вграждане в обществото, с тежка липса на самостоятелност, със затруднен до липсващ говор, възможност за занимание само в заведения за лица с психични заболявания - 91 - 100 %. Раздел II Умствена ограниченост Оценката на намалената работоспособност при умствената ограниченост не изхожда единствено от степента на понижената интелигентност и съответните резултати от тестовете, тъй като те винаги обхващат затруднението в определен период от време. Едновременно с това трябва да се вземе под внимание и развитието на личността – афективно и емоционално, а така също и в областта на подтиците, паметта и вниманието, способността за интегриране на нови знания и възможността за социално вграждане. 1. ограничения в умствените възможности, позволяващи обучение само в специални училища, професионално		
--	--	--	--	--

		вграждане само в елементарни, т.нар. незаучаеми дейности, леки смущения в развитието на говора, изоставане в интелигентността, при интелектуален квотиент /ИК/ на около 10-12 годишна възраст, отговаряща на лека-средна дебилност /ИК 60-70 при възрастни/, намален контрол на влеченията и подтиците: 1.1: с добра социална адаптация – 30% /съхранени умения за търсене, намиране и извършване на елементарна работа/. 1.2: с влошена социална адаптация – 50% /частична загуба на умения за търсене, намиране и извършване на елементарна работа/. 1.3: с влошена социална адаптация, при намален контрол на влеченията и подтиците – 75% /загуба на умения за търсене и намиране на елементарна работа, при съхранени възможности за извършването ѝ под контрол/. 2. по-тежка ограниченост на интелигентността, със силно стеснени до липсващи възможности за обучение, значително ограничени езикови умения и нарушен говор, с намалена до загубена възможност за вграждане в елементарни трудови дейности, поведенчески отклонения при ИК под 60: 2.1: при относително благоприятно развитие на личността и възможности за социално вграждане /частичен успех в специално училище, възможности за елементарни дейности/ - 80%. 2.2: при по-силно изразени ограничения на възможностите за вграждане в обществото, с тежка липса на самостоятелност, със затруднен до липсващ говор, възможност за занимание само в заведения за лица с психични заболявания – 100%. Раздел III Дълготраещи психози с най-малко 6-месечна продължителност; психози от кръга на шизофренните или афективните (ендогенните) психози 1. Във флоридния стадий - според увредите на професионалната и социалната възможност за адаптация: 50 - 100 % 80% 2. Хронични състояния при ендегенни психози (например непълноценност на контактите, понижен виталитет, афективно нивелиране): 2.1. с умерени затруднения при социалната адаптация: 60 %		
--	--	---	--	--

		60% - /При съхранени базисни социални умения за оцеляване в обществото - грижи за себе си, възпитано поведение и добър външен вид, при ограничени ключови умения за справяне с определен тип работа – според образование, квалификация, професионална подготовка/. 2.2. със значителни затруднения при социалната адаптация: 80 % 80% -/ при частична загуба на базисни социални умения и пълна загуба на ключови умения за намиране и извършване на всякаква професионална работа/. 2.3. с тежки затруднения при социалната адаптация: 95 % 95% - /пълна загуба на базисни социални умения/. 2.4. тежка и необратима социална дезадаптация: 100 % 100% - пълна загуба на базисни социални умения и невъзможност за съществуване без контрол. Раздел IV Афективни психози с относително краткотрайни, но чести, възвръщащи се фази, при една до две годишно, с многоседмична продължителност 1. До доказване на оздравяването: 30 % 30 % 2. Ако вече са прекарани значителен брой манийни или манийно-депресивни фази: 50 % 50 % <i>Забележки:</i> 1. След отзвучаването на дълготраен психотичен епизод трябва да се изчака доказване на оздравяването, което по правило може да се приеме след две години. 2. Не следва да се изчаква доказване на оздравяването, ако е отзвучала монополарно протекла депресивна фаза, която се е проявила като първа фаза на болестта или се проявява след повече от 10 години от предишната болестна фаза. Раздел V Аутистично разстройство 1. Лека форма – 30%- при съхранени способности за независим живот и реализацията в носеща доходи професия 2. Средно тежка форма- 50% - частична загуба на умения за извършване на професионална работа 3. Тежка форма- 80%- частична загуба на базисни социални умения и пълна загуба на ключови умения за намиране и		
--	--	---	--	--

		извършване на всякаква работа. 4. Много тежка форма – 100%- загуба на базисни социални умения за вграждане в обществото свързани с общуването и преработването на информация и грижи за себе си. Раздел V Неврози и абнормни развития на личността 1. Тежки невротични състояния, тежки страхови състояния, затегнати тревожно-депресивни състояния, много чести (ежеседмични и по-чести) психогенни кризи и прилошавания, астазия - абазия (всички доказани документално преди освидетелстването): 50 - 80 % 2. Много тежки натрапливи състояния (невротични развития), с много тежки затруднения в социалната адаптация: 100 % <i>Забележка.</i> Невротичното заболяване трябва да се счита за доказано по общите правила за определяне на нозологична принадлежност (анамнеза, статус, изследване и лечение, при системно адекватно лечение и след изчерпване на терапевтичните възможности (медикаментозни, психотерапевтични и др.) амбулаторно и/или стационарно (деноношен стационар), при доказано активно участие на освидетелствания в лечебния процес. 1. Тежки невротични състояния, тежки страхови състояния, затегнати тревожно-депресивни състояния, много чести /ежеседмични и по-чести/ психогенни кризи и прилошавания, астазия-абазия /всички доказани документално преди освидетелстването/ 1.1: с умерени затруднения в социалната адаптация: 50% - /при ограничаване на ключови социални умения за търсене, намиране и извършване на определен тип работа, свързана с образованието, квалификацията, опита и професионалната подготовка/. 1.2: със значителни затруднения в социалната адаптация: 80% - /загуба на умения за справяне с всякаква работа, независимо от специфичната ѝ природа/. 2. Много тежки натрапливи състояния /невротични развития/, с много тежки затруднения в социалната адаптация: 100% - /пълна загуба на базисни социални умения и невъзможност за самостоятелно съществуване/.		
--	--	--	--	--

		Забележка: Невротичното заболяване трябва да се счита за доказано по общите правила за определяне на нозологична принадлежност /анамнеза, статус, изследване и лечение/, след системно проведено адекватно лечение и след изчерпване на терапевтичните възможности /медикаментозни, психотерапевтични и др./, амбулаторно и/или стационарно /денонощен стационар/, при доказано активно участие на освидетелствания в лечебния процес. Раздел VI Алкохолна болест Оценката на НР зависи преди всичко от трайните органични увреди и техните последици (чернодробна увреда, полиневропатия, психоорганични промени, мозъчно-органични припадъци и др.). При доказана алкохолна зависимост със загуба на контрол, значително снижение на волевата сфера и затруднено социално вграждане общата оценка на НР на базата на алкохолната болест по правило не се оценява по-ниско от 50 %. Забележки: 1. Зависимостта се счита за доказана едва след комплексно проведено лечение за въздържане от алкохол и въпреки усилията на лицето за въздържане от употреба не се е стигнало до никакъв наличен резултат. 2. При доказана зависимост, ако се е провело последващо лечение за въздържане от употреба на алкохол, задължително трябва да се изчака резултатът от лечението (обикновено 2 години). През този период НР се приема за 30 %. 30%, освен ако органната увреда обуславя по-висока оценка. Раздел VII Токсикомания Намалена работоспособност/степен на увреждане при токсикоманите се оценява според психичните промени и трудностите за социално вграждане - от 50 до 100 %. Забележки: 1. Токсикомания има, ако хроничната злоупотреба с наркотични вещества (най-малко една година) е довела до		
--	--	---	--	--

		соматична и/или психична зависимост със съответна психична промяна и трудности за социално вграждане. Зависимостта се счита за доказана само ако е било проведено компетентно лечение за отказ от злоупотреба и въпреки усилията на засегнатия за въздържане никакъв траен резултат не е бил постигнат. 2. Ако при доказана токсикоманна зависимост е проведено последващо лечение за отказ, трябва да се изчака задължително резултатът от лечението (обикновено 2 години). През този период се приема оценка на НР 30 %. 1. При умерена социална дезадаптация: 50% /частично съхранена волева активност и желание за лечение – участие в поддържащи, заместващи и др. терапевтични програми, при загуба на ключови умения за извършване на определен тип работа, свързана с образование и професионален опит. 2. При значителна социална дезадаптация: 75% /частична загуба на базисни социални умения за вграждане в обществото. 3. При тежка социална дезадаптация : 100% /пълна загуба на базисни социални умения и невъзможност за самостоятелно оцеляване в обществото/. Раздел VIII Психични отклонения в детска възраст 1. Ограничения в умствените възможности и нивото на функциониране, оценени (вкл. психометрично) чрез възрастово подходящи методики: 1.1. лека умствена изостаналост (F70) - 10 - 30 % 30% Възможност за обучение в масово училище с ресурсно подпомагане. 1.2. умерена умствена изостаналост (F71) - 30 - 80 % 1.2 Умерена умствена изостаналост/F71/ – силно ограничена реч, при запазена подвижност и физическа активност: 1.2.1: Без поведенчески отклонения : 60% 1.2.2: с нарушения на поведението: 80% /наличие на агресия, самоувреждане или хиперактивност 1.3. тежка умствена изостаналост (F72) - 80 - 100 % 95% /с изразени двигателни нарушения и липсваща реч 1.4. дълбока умствена изостаналост (F73) - 100 % 100		
--	--	--	--	--

		%/неподвижни, или със силно ограничена подвижност, липса на невербална комуникация/. 2. Генерализирани разстройства на развитието (F84.0 - F84.9): 2.1. леки форми - 40 - 80 % 6 5% /леки качествени нарушения в социалните взаимоотношения, в начина на комуникация и поведение/. 2.2. със значително нарушено ниво на функциониране - 80 - 100 % 85% /по-тежко изразени нарушения в комуникациите и поведението, изразени стереотипии, паратимия, импулсивна готовност, когнитивен дефицит 2.3. тежки форми - 100 % 100% - /липса на социална свързаност и комуникация, паратимия, парабулия, тежък когнитивен дефицит, изразени стереотипии/. 3. Психични разстройства в детско-юношеската възраст: 3.1. с минимални затруднения в социалната адаптация и обучението - 50 - 70 % 60% 3.2. със значителни затруднения в социалната адаптация и обучението - 70 - 80 % 80% 3.3. с невъзможност за социална адаптация и обучение - 100 % 100% 4. Непсихотични разстройства в детско-юношеската възраст - от F80 до F83 и F90 до F98 (без F91 Разстройства на поведението) - с продължителни значителни затруднения в социалната адаптация и интегриране в училищната среда - 20 - 90 % 4. Непсихотични разстройства в детско-юношеската възраст: 4.1: от F 80 до F 83/специфични разстройства на развитието на речта и езика; специфични разстройства на развитието на училищните умения; специфично разстройство на развитието на двигателната функция; смесено специфично разстройство на развитието/ – 20% 4.2: F 90/хиперкинетични разстройства/: 50% - нарушение на активността и вниманието. 4.3: от F 92 до F 98/смесени разстройства на поведението и емоциите; емоционални разстройства с начало, типично за детството; разстройства на социалното функциониране с начало, типично за детството и юношеството/, тикови разстройства; неорганична енуреза, неорганична енкопреза, разстройства на храненето, разстройства със стереотипни движения, закъване/ според степенната изразеност:		
--	--	---	--	--

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

		0,50 - 0,80 м Ш.Р. 0,25 - 0,50 м Ш.Р. 0,005 м Ш.Р. ад конхам или не чува Ш.Р. не чува Нормално ухо или по-добре чуващо А.З. 35 дб А.З. 35 - 45 дб А.З. 45 - 50 дб А.З. 50 - 65 дб А.З. 65 дб Р.Р. нормално Ш.Р. нормално А.З. 35 дб нормално 0 % 3 % 8 % 12 % 15 % Р.Р. (1) 4 - 5 м Ш.Р. 0,50 - 0,80 А.З. 35 5 % 10 % 15 % 20 % 25 % Р.Р. 2 - 4 м Ш.Р. 0,25 - 0,50 А.З. 35 - 45 10 % 15 % 25 % 30 % 35 % Р.Р. 1 - 2 м Ш.Р. 0,005 А.З. 45 - 50 15 % 25 % 35 % 40 % 45 % Р.Р. 0,25 до 1 м Ш.Р. ад конхам или не чува А.З. 50 - 60 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % Р.Р. ад конхам или не чува, практически пълна глухота Ш.Р. не чува А.З. не чува 25 % 35 % 45 % 60 % 70 %		
--	--	--	--	--

		Пояснение към таблицата: а) в първи и втори хоризонтален ред са посочени разстоянията в метри, от които по-слабо чуващото ухо възприема разговорна и шепотна реч; б) в трети хоризонтален ред е посочена акустичната загуба в децибели на по-слабо чуващото ухо; в) в първа и втора колона са посочени разстоянията в метри, от които по-добре чуващото ухо възприема разговорна и шепотна реч; г) в трета колона е посочена акустичната загуба в децибели на по-добре чуващото ухо; д) в пресечните точки на вертикалните и хоризонталните линии на различните стойности на слуховъзприемането на двете уши е обозначен процентът на намалената работоспособност. 3. Състояние след радикална трепанация на мастоидната кост с трайно остатъчно увреждане на лабиринта: 20 - 50 % 4. Загуба или обезобразяване на аурикулата - според степента: 4.1. на едното ухо: 1 - 10 % 10% 4.2. на двете уши: 11 - 20 %. 20% Раздел II Вестибуларни нарушения 1. При бързопреходна рецепторна (лабиринтна) кохлеовестибуларна симптоматика, с чувство на световъртеж, шум в ушите, вегетативни явления и леко смутена статокинетика: временна неработоспособност 2. При лица с по-тежко протичащи пристъпи, с манифестна рецепторна (лабиринтна) кохлеовестибуларна симптоматика, със силен шум в ушите и намаление на слуха, соматични, сензорни и вегетативни реакции, смутена статокинетика, свръхвъзбудимост на лабиринта, хипо- или арефлексия: 10 - 40 % 40% 3. Двустранно изразени вестибуларни арефлексии: 15 - 25 % 25% 4. При лица с тежко протичащи (многократно в месеца) пристъпи, с трайни слухови смущения и субективни шумове, манифестно персистираща вестибуларна симптоматика и смутена статокинетика: 50 - 70 %.		
--	--	---	--	--

		60% Раздел III Носни и гърлени заболявания 1. Състояние след фрактура на назалните кости с леки остатъчни изменения, непречещи на дишането: 5 % 5% 2. Непоправими вродени или придобити смущения поради обезобразяване на носа: 2.1. без стеноза на носните проходи: 6 - 10 % 10% 2.2. със стеноза на носните проходи и със смущение в носното дишане: 20 - 30 % 30% 2.3. с пълно изключване на носното дишане: 50 - 60 % 50% 3. Състояние след паротидектомия без парализа на лицевия нерв: 5 - 10 % 10% 4. Загуба на обонянието - според степента: 5 - 15 % 15% 5. Загуба на вкуса - според степента: 5 - 10 % 10% 6. Хронично гнойно възпаление на околоносните кухини при засягане на двата синуса: 5 - 10 % 10% <i>Забележка.</i> При непоправими увреждания на ларингса, трахеята, бронхите и хранопровода степента на намалената работоспособност се определя съобразно обусловения функционален дефицит, доказан обективно. <i>Забележка</i> При непоправими увреждания на ларингса, трахеята, бронхите и хранопровода степента на намалената работоспособност се определя съобразно обусловения функционален дефицит. Раздел IV Увреждане на говора вследствие засягане на гласните връзки 1. Дисфония - според степента: 5 - 15 % 15% 2. Афония без диспнея: 20 - 30 % 50% 3. Афония с диспнея: 40 - 70 %. 75% Раздел V Дихателни и вокални смущения вследствие увреждане на ларингса и трахеята		
--	--	--	--	--

		1. Непоправима ларингеална и/или трахеална стеноза с нарушения на дихателната и/или говорната функция независимо от причината, без трахеостома: 40 - 70 % 60% 2. Трайна трахеостома по повод възпалителни, травматични (включително корозивни и термични) заболявания: 50 - 80 % 80% Раздел VI Злокачествени новообразувания на ларинго-ото-рино (ЛОР) органите 1. Неподдаващи се на радикално лечение: 100 % 100% 2. Операбилни: 2.1. до една година: 90 - 100 % 2.2. от 2-рата до 5-ата година оценката се прави в зависимост от състоянието на функционалния дефицит: 50 - 100 %. <i>Забележка.</i> При доброкачествените тумори на ЛОР органите оценката на намалената работоспособност се определя според степента на функционалния дефицит. 2. Операбилни: 2.1. в първите две години: 95 % 2.2. от 3-рата до 5-ата година: 71%. 2.3. след 5-та година, без рецидив -50% Забележка При доброкачествените тумори на ЛОР органите оценката на намалената работоспособност се определя според степента на функционалния дефицит. 3. Състояние след частична резекция на ларингса без или със едностранна шийна дисекция: 50 - 70 % 60% 4. Състояние след частична резекция на ларингса без или със едностранна шийна дисекция, с трайни нарушения на гълтателната функция и/или компенсирана или субкомпенсирана диспнея: 60 - 80 % 75% 5. Състояние след частична резекция на ларингса без или със едностранна шийна дисекция, с трайна трахеостома: 80 - 90 % 95% 6. Състояние след тотална ларингектомия без или със		
--	--	--	--	--

		едностранна шийна дисекция: 85 - 95 % 100% 7. Състояние след ларингектомия с двустранна шийна дисекция, със съдови застойни явления: 100 % 100% 8. Състояние след ларингектомия и резекция на хипофаринкса, с трайно нарушение на гълтателната функция: 100 % 100% 9. Резекция на езика: 9.1. частична резекция на езика: 40 % 40% 9.2. хемиглосектомия: 60 % 60% 9.3. глосектомия: 80 % 80% 10. Парциална резекция на фаринкса: 40 - 60 % 60% 11. Резекция на фаринкса и ларинкса: 60 - 80 % 75% 12. Шийна дисекция: 20 - 40 %. 40% ЧАСТ ЧЕТВЪРТА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от: а) степента на функционалния дефицит (функционален клас (ФК) на сърдечната недостатъчност (СН); б) вида на заболяването - етиология, ход, протичане, стадий, еволюция, прогноза и т.н. Раздел I Органични сърдечни увреди Клапни дефекти - придобити и вродени; Вродени сърдечни малформации; Ишемична (коронарна) болест на сърцето; Заболявания на ендокарда; Заболявания на миокарда; Заболявания на перикарда; Хронична белодробно-сърдечна болест; Хипертонична сърдечна болест и др. 1. При прояви на сърдечна недостатъчност от I ФК по Нюйоркската кардиологична асоциация (НИХА) - липсват умора, задух, стенокардия при обичайни физически усилия. Нормите при работна проба не се повлияват: 0 - 10 % 10% 2. При прояви на сърдечна недостатъчност от II ФК по НИХА - лицата са с умерено ограничен капацитет. При обичайни физически усилия се появяват умора, задух, стенокардия. Патологична работна проба при 75 W/3 мин: 30 - 50 %		
--	--	---	--	--

		2.1-с диастолна дисфункция - 40% 2.2-със систолна и диастолна дисфункция - 50% 3. При прояви на сърдечна недостатъчност от III ФК по НИХА - умора, задух, стенокардия при физически усилия под обичайните, изкачване до 1 етаж. Патологична работна проба при 50 W/3 мин: 60 - 80 % 3.1-без клинични белези за периферен застой-60% 3.2-с клинични белези за периферен застой-80% 4. При инфаркт на миокарда в хроничен стадий в първата година от реализирането му, без хемодинамични нарушения и без усложнения, както и при постинфарктна сърдечна аневризма, без хемодинамични нарушения и усложнения: 80 % 80% 5. При прояви на сърдечна недостатъчност от IV ФК по НИХА - необратима на фона на лечение сърдечна недостатъчност, умора, задух, стенокардия при най-малки физически усилия и/или в покой: 91 - 100 %. 91% <i>Забележка.</i> При оценка на сърдечната недостатъчност при деца в предучилищна възраст (от 3 до 7 г.) и в училищна възраст (над 7 години) се ползва скалата по НИХА. За кърмачета (до 12 месеца) и малки деца (от 1 до 3 години) се ползва скалата на Росс, създадена за степенуване на СН при кърмачета и малки деца 5.1. при сърдечна недостатъчност I клас по Росс (асимптоматични) - 0 - 10 % 10% 5.2. при сърдечна недостатъчност II клас по Росс (умерено изразена тахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета, диспнея при малки деца) - 30 - 50 % 50% 5.3. при сърдечна недостатъчност III клас по Росс (изразена тахипнея и изпотяване при хранене на кърмачета, удължено време за хранене и задръжка на тегловен приръст, изразена диспнея при усилие при малки деца) - 60 - 80 % 80% 5.4. при сърдечна недостатъчност IV клас по Росс - тахипнея, пъшкане и умора в покой - 91 - 100 % 100% 6. Вродени сърдечни малформации без хемодинамични отклонения, които не се нуждаят от лечение (хирургично и/или медикаментозно), а само от клинично наблюдение: 0 - 10 % 10% 7. Тежки, неоперабилни вродени сърдечни малформации		
--	--	---	--	--

		(ВСМ), които изискват само клинично наблюдение и симптоматично лечение: 100 %. 100% Раздел II Сърдечни вмешателства (без инвазивните диагностични методи), клапно протезирани с механични или биологични протези; инфекциозен ендокардит след клапно протезиране; коригирани (оперирани или след интервентни процедури) вродени сърдечни малформации; палиативно коригирани клапни дефекти без протезиране; състояние след аортокоронарен байпас; състояние след имплантиране на интракоронарен стент; състояние след перкутанна транслуменална коронарна ангиопластика (РТСА); имплантиране на постоянен кардиостимулатор; състояние след резекция на сърдечна аневризма; състояние след хирургическо лечение по повод тумори на сърцето и др. (Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност след интервенцията - по аналогия с раздел I, т. 2 - 5, и от степенната изразеност на усложненията.) 1. Сърдечни вмешателства без хемодинамични нарушения и без усложнения след интервенцията: 30 % 30% 2. Оперирани - деца: В тази група процентът се определя въз основа на следните критерии: наличие на субективни оплаквания; необходимост от лечение; качество на психомоторното развитие; наличие на сърдечна недостатъчност; наличие на пулмонална хипертония; наличие на артериална хипертония; наличие на ритъмно-проводни нарушения; наличие на остатъчни хемодинамични отклонения; необходимост от медицинско наблюдение и продължителност на интервала между контролните медицински прегледи: 2.1. без субективни оплаквания, без нужда от лечение, добро психомоторно развитие, без прояви на сърдечна недостатъчност, без пулмонална хипертония, без артериална хипертония, с необходимост от медицинско наблюдение в интервал 4 - 5 години, без електрокардиографски (ЕКГ-ски) промени, с изключение на непълен десен бедрен блок (ДББ), или единични		
--	--	--	--	--

		екстрасистоли: 0 - 10 % 10% 2.2. без субективни оплаквания, без необходимост от лечение, без прояви на сърдечна недостатъчност, без пулмонална хипертония, но с ЕКГ-ски промени (предоперативен бифасцикуларен блок, следоперативен пълен ДББ, ритъмни нарушения, регистрирани с холтерско мониториране), остатъчни нискостепенни хемодинамични нарушения (остатъчен нискостепенен ляво - десен шънт, систолен градиент на ниво аорта, или пулмонална артерия под 25 мм, установени с Доплер, нискостепенна пулмонална, аортна или митрална инсуфициенция), необходимост от медицинско наблюдение в интервал 2 - 3 години: 10 - 30 % 30% 2.3. със субективни оплаквания, с нужда от лечение, с умерени остатъчни хемодинамични нарушения (умерен ляво - десен шънт, остатъчна стеноза на ниво лява или дясна камера над 30 мм градиент, атрио-вентрикуларна недостатъчност II - III ст.), с нискостепенна пулмонална хипертония, но без прояви на сърдечна недостатъчност, с ритмично-проводни нарушения (следоперативен бифасцикуларен блок), всички клапно протезирани, както и всички тежки, сложни, сърдечни малформации, при които оперативното лечение не може да постигне физиологичен анатомичен ефект: 40 - 80 % 2.4. с прояви на сърдечна недостатъчност или с остатъчна хипоксия, с тежки остатъчни хемодинамични нарушения (всички палиативно оперирани): 80 - 100 % 2.3. със субективни оплаквания, с нужда от лечение, с умерени остатъчни хемодинамични нарушения (умерен ляво - десен шънт, остатъчна стеноза на ниво лява или дясна камера над 30 мм градиент, атрио-вентрикуларна недостатъчност II - III ст.), с нискостепенна пулмонална хипертония, но без прояви на сърдечна недостатъчност, с ритмично-проводни нарушения (следоперативен бифасцикуларен блок)-50% 2.4. всички клапнопротезирани, както и всички тежки, сложни, сърдечни малформации, при които оперативното лечение не може да постигне физиологичен анатомичен ефект: - 80 % 2.5. с прояви на сърдечна недостатъчност или с остатъчна хипоксия, с тежки остатъчни хемодинамични нарушения (всички палиативно оперирани): - 100 %.		
--	--	--	--	--

		Раздел III Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция, не обуславят процент трайно намалена работоспособност (намалена възможност за социална адаптация). Раздел IV Чужди тела в сърдечния мускул с повлияване на сърдечните функции Процентът на трайно намалената работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност - по реда на раздел I, т. 1 - 5. Раздел V Ритъмни и проводни нарушения 1. Ритъмни или проводни нарушения без отклонения в хемодинамиката, само със субективни оплаквания: 0 - 10 % 10% 2. Леки хемодинамични нарушения от I - II ФК при надкамерни и камерни екстрасистоли, пароксизмални надкамерни тахикардии, нормофреквентно предсърдно мъждене и т.н., като се има предвид степента на изразеност на основното заболяване: 30 - 50 % 40% 3. Значителни хемодинамични нарушения от II - III ФК при тахи и бради форми на предсърдно мъждене, атрио-вентрикуларен (A-V) блок от II и III степен, Моргани - Адамс - Стокс (МАС) и негови еквиваленти при ритъмни и проводни нарушения, екстрасистоли с лоша прогноза и т. н., като се има предвид степенната изразеност на основното заболяване: 60 - 80 % 80% Раздел VI Артериална хипертония (АХ) 1. При АХ от I стадий, без обективни белези на органични промени; при лека степен (I степен) АХ, със стойности на систолното артериално налягане 140 - 159 мм Hg и/или		
--	--	---	--	--

		стойности на диастолното артериално налягане 90 - 99 мм Hg; при изолирана систолна АХ, със стойности на диастолното артериално налягане, по-ниски от 90 мм Hg, и стойности на систолното артериално налягане 140 - 159 мм Hg (I степен изолирана систолна АХ); 160 - 179 мм Hg (II степен изолирана систолна АХ); по-високи или равни на 180 мм Hg (III степен изолирана систолна АХ): 0 - 10 % 10% 2. При АХ от II ст., поне с един от следните белези за органно ангажиране: левокамерна хипертрофия; микроалбуминурия - 30 - 300 мг/24 ч. и/или серумен креатинин (мъже - 115 - 133 микромола/л (1,3 - 1,5 мг/дл), (жени - 107 - 124 микромола/л (1,2 - 1,4 мг/дл); доказани атеросклеротични плаки на каротидните артерии, аортата, илиачна и феморална артерия; при умерена степен АХ (II степен), със стойности на систолното артериално налягане 160 - 179 мм Hg и/или стойности на диастолното артериално налягане 100 - 109 мм Hg; при тежка степен АХ (III степен), със стойности на систолното артериално налягане, по-високи или равни на 180 мм Hg, и/или стойности на диастолното артериално налягане, по-високи или равни на 110 мм Hg: 20 - 30 % 2.1.с един от белезите за органно ангажиране и/или умерена степен/втора степен/-20% 2.2.с повече от един белег за органно ангажиране и/или тежка степен/III степен/ -30% 3. При АХ от III стадий с прояви на симптоми на органно увреждане на един или повече от прицелните органи (Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от степента на функционалния дефицит на прицелния/прицелните органи): а) сърце - ангина пекторис; миокарден инфаркт; СН; б) мозък - преходна мозъчна исхемия; мозъчен инсулт; хипертонична енцефалопатия; в) очни дъна - ретинални хеморагии и ексудати със или без едем на папилата; г) бъбреци - серумен креатинин над 133 микромола/л (над 1,5 мг/дл) - мъже, и над 124 микромола/л (над 1,4 мг/дл) - жени; протеинурия - над 300 мг/24 ч.; бъбречна недостатъчност;		
--	--	---	--	--

		д) съдове - дисекираща аневризма; симптомно артериално оклузивно заболяване. <i>Забележки:</i> 1. При вторични хипертонии процентът на трайно намалена работоспособност се определя, като се отчитат и видът, и тежестта на основното заболяване, довело до симптоматична хипертония. 2. В случаите на вече стабилизирано състояние на таргетните органи без функционален дефицит състоянието се оценява по аналогия с т. 2. 3. При оценката на състоянието по този раздел да се има предвид стратификацията на риска по отношение на наличието или отсъствието на съпътстващи АХ рискови фактори, на захарен диабет, на таргетно органно увреждане (ТОУ) и на асоциирани с рискови фактори клинични състояния (АСС). Раздел VII Функционални кардиоваскуларни синдроми 1. При ортостатична хипотония с леки оплаквания: 0 % 0% 2. При ортостатична хипотония с чести прояви на световъртеж и склонност към колапс: 0 - 10 %. 10% Раздел VIII Неупоменати заболявания на сърцето Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност: 1. При прояви на сърдечна недостатъчност от I ФК по НИХА: 0 - 10 % 10% 2. При прояви на сърдечна недостатъчност от II ФК по НИХА: 30 - 50 % 2.1-с диастолна дисфункция - 40% 2.2-със систолна и диастолна дисфункция-50% 3. При прояви на сърдечна недостатъчност от III ФК по НИХА: 60 - 80 % 3.1-без клинични белези за периферен застой-60% 3.2-с клинични белези за периферен застой-80%		
--	--	---	--	--

4. При прояви на сърдечна недостатъчност от IV ФК по НИХА: 91 - 100 %. **91%**

ЧАСТ ПЕТА
ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

ЗАПИТВАНЕ : КАК ЩЕ СЕ ОЗВЪРШВА ОЦЕНКА НА ЗАПАЗЕНО ЗРЕНИЕ НА ЕДНОТО ОКО И СЛЕПОТА НА ДВУГОТО ??? ПРИ ЛИПСА НА СУМИРАНЕ НА ЦЕНТРАЛНО И ПЕРИФЕРНО ЗРЕНИЕ ,БОЛНИТЕ ПО ТАКА ПРЕДЛОЖЕНАТА МЕТОДИКА ОСТАВАТ БЕЗ ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ИНВАЛИДНА ПЕНСИЯ.

Раздел I
Зрителна острота

Процентът на намалената работоспособност при намаление на зрителната острота се определя по следната таблица:

Дясно око	1,0	0,9	0,8	0,7	0
Ляво око					
1,0	0 %	0 %	0 %	5 %	7
0,9	0 %	0 %	5 %	7 %	1
0,8	0 %	5 %	7 %	10 %	1
0,7	5 %	7 %	10 %	12 %	1
0,6	7 %	10 %	12 %	15 %	1
0,5	10 %	12 %	15 %	18 %	2
0,4	12 %	15 %	18 %	20 %	2
0,3	15 %	18 %	20 %	25 %	3
0,2	18 %	20 %	25 %	30 %	3
0,15	20 %	25 %	30 %	37 %	4
0,10	25 %	30 %	38 %	40 %	4
от 0,09 до 0,05	35 %	38 %	40 %	45 %	5

Приема се

С оглед прецизиране на оценките, при запазено зрение на едното око и липса /зрение под 0,05/ на другото, следва да се определи оценка по таблицата в Раздел I, както следва:

В последната колона, първи ред- от 45% на 50%;
В последната колона, втори ред- от 48 % на 50 %;
Във втора колона, последен ред- от 45 % на 50 %;
В трета колона, последен ред- от 48 % на 50 %.

		вкл.											
		под 0,05	45 %	48 %	50 %	55 %	60 %	63 %	66 %	70 %	75 %	80 %	85 %
		Пояснения към таблицата: 1. В първия хоризонтален ред е посочена зрителната острота на дясното око. 2. В първа колона е посочена зрителната острота на лявото око. 3. В пресечните точки на вертикалните и хоризонталните линии на различните стойности на зрителната острота на лявото и дясното око е обозначен процентът на трайно намалената работоспособност. Дясно око 1,0 0,9 0,8 0,7 0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,15 0,10 от 0,09 до 0,05 вкл. Под 0,05 Ляво око 1,0 0 % 0 % 0 % 5 % 7 % 10 % 12 % 15 % 18 % 20 % 25 % 35 % 45 % 0,9 0 % 0 % 5 % 7 % 10 % 12 % 15 % 18 % 20 % 25 % 30 % 38 % 48 % 0,8 0 % 5 % 7 % 10 % 12 % 15 % 18 % 20 % 25 % 30 % 38 % 40 % 50 % 0,7 5 % 7 % 10 % 12 % 15 % 18 % 20 % 25 % 30 % 37 % 40 % 45 % 55 % 0,6 7 % 10 % 12 % 15 % 18 % 20 % 25 % 30 % 37 % 40 % 45 % 50 % 60 % 0,5 10 % 12 % 15 % 18 % 20 % 25 % 30 % 36 % 40 % 45 % 50 % 53 % 63 % 0,4 12 % 15 % 18 % 20 % 25 % 30 % 36 % 40 % 45 % 50 % 53 % 55 % 66 % 0,3 15 % 18 % 20 % 25 % 30 % 36 % 40 % 45 % 50 % 53 % 55 % 60 % 70 % 0,2 18 % 20 % 25 % 30 % 37 % 40 % 45 % 50 % 53 % 55 % 60 % 65 % 75 % 0,15 20 % 25 % 30 % 37 % 40 % 45 % 50 % 53 % 55 % 60 % 65 % 70 % 80 % 0,10 25 % 30 % 38 % 40 % 45 % 50 % 53 % 55 % 60 % 65 % 70 % 80 % 85 % от 0,09 до 0,05 вкл. 35 % 38 % 40 % 45 % 50 % 53 % 55 % 60 % 65 % 70 % 80 % 85 % 90 % под 0,05 45 % 48 % 50 % 55 % 60 % 63 % 66 % 70 % 75 % 80											

% 85 % 90 % 100 %

Раздел II

Периферно зрение

1. Таблица за изчисление на процента на трайно намалената работоспособност при стеснен периметър:

Д.О./ Л.О.	над 50 °	До 50 °	до 40 °	до 30 °
над 50 °	0 %	0 %	5 %	10 %
до 50 °	0 %	0 %	5 %	10 %
до 40 °	5 %	5 %	15 %	20 %
до 30 °	10 %	10 %	20 %	30 %
до 20 °	15 %	15 %	25 %	40 %
до 10 °	25 %	25 %	30 %	50 %
до 5 °	35 %	40 %	45 %	65 %

л. и д.

око над 50 до 50 до 40 до 30 до 20 до 10 до 5

над 50 0% 0% 5% 10% 15% 25% 35%

до 50 0% 0% 5% 10% 15% 25% 40%

до 40 5% 5% 15% 20% 25% 30% 45%

до 30 10% 10% 20% 30% 40% 50% 65%

до 20 15% 15% 25% 40% 50% 65% 80%

до 10 25% 25% 30% 50% 65% 80% 95%

до 5 35% 40% 45% 65% 80% 95% 100%

Пояснение към таблицата:

1. В първия хоризонтален ред е посочено периферното зрение на дясното око, а в първия вертикален ред - на лявото око.

2. В пресечните точки на вертикалните и хоризонталните линии на различните стойности на периферното зрение на лявото и дясното око е обозначен процентът на трайно намалената работоспособност.

3. Хемиянопии (със запазено централно зрение):

3.1. хомонимна хемиянопия:

3.1.1. дясна: 50 %

3.1.2. лява: 40 %

3.2. хетеронимна хемиянопия:

3.2.1. биназална: 10 %

	3.2.2. битемпорална: 30 % 3.3. хоризонтална хемианопсия: 3.3.1. горна: 20 % 3.3.2. долна: 40 % 3.4. отпадане на половината на периметъра при липса или пълна слепота на другото око: 90 % 3.5. при непълно отпадане на половината на периметъра в единственото око: 80 %. Пояснение към таблицата: 1. В първия хоризонтален ред е посочено периферното зрение на дясното око, а в първия вертикален ред - на лявото око-. 2. В пресечните точки на вертикалните и хоризонталните линии на различните стойности на периферното зрение на лявото и дясното око е обозначен процентът трайно намалена работоспособност. 3. Хемианопсии 3.1 Биназална, битемпорална и хетеронимна при запазено централно зрение - 30% 3.2 Отпадане на половина на периметъра при липса или пълна слепота на другото око - 80% 3.3 При непълно отпадане на половината на периметъра в единственото око: 65% ЗАПИТВАНЕ : КАК ЩЕ СЕ ОЦЕНЯВАТ ХОМОНИМНА И ХОРИЗОНТАЛНА ХЕМИАНОПСИЯ ??? - КОЕ НАЛАГА ПОНИЖЕНАТА ОЦЕНКА ПО Т.3.2 И Т.3.3 - ??? Раздел III Парализа 1. Придобита липса на акомодация (афакия, артифакция): 1.1. на едното око: 10 % 10% 1.2. на двете очи: 20 % 20%		По отправено запитване- зависи от запазеното централно зрение /по Раздел I- Зрителна острота/ По отправено запитване- преценката е единствено доколко е функционалното увреждане /субективното усещане на лицето/. Оценките са променени с оглед прецизирането на състоянието, като се има предвид кое състояние затруднява човек, който има такова увреждане. Значение има и запазеното централно зрение.
--	---	--	--

		2. Смущение във функцията на сфинктера на ириса: 2.1. на едното око: 5 % 5% 2.2. на двете очи: 10 % 10% 3. Офталмоплегия: 3.1. едностранна: 25 % 25% 3.2. двустранна: 60 % 60% Раздел IV Мидриаза 1. Едностранна (изолирана) мидриаза: 5 % 5% 2. Двустранна (изолирана) мидриаза: 10 % 10% Раздел V Смутена адаптация На двете очи - вродена или придобита: 15 - 20 % 15% <i>Забележка.</i> Процентът е общ за зрителния анализатор, а не се определя за всяко око поотделно. Раздел VI Болести на придатъците на окото и на очните мускули 1. Дефекти или изкривяване на клепачи или клепачния ръб, възпрепятстващи физиологичните им функции: 1.1. на едното око: 10 % 10% 1.2. на двете очи: 20 % 20% 2. Непоправима птоза - при хоризонталното гледане зеницата е напълно закрыта: 2.1. на едното око: 40 % 40% 2.2. на двете очи: 90 % 91% 3. Непоправим лагофталм: 3.1. на едното око: 20 % 20% 3.2. на двете очи: 40 % 40% 4. Диплопия: 20 % 20% 5. Непоправимо сълзене: 5.1. на едното око: 5 % 5% 5.2. на двете очи: 10 % 10% 6. Кривогледство: 6.1. съдружно: 10 % 10%		
--	--	--	--	--

		6.2. паралитично: 20 % 20% 7. Нистагъм: 10 %. 10% Раздел VII Липса на леща 1. Липса на леща: 1.1. на едното око: 10 % 10% 1.2. на двете очи: 20 % 20% 1.3. липса на леща в единственото око: 30 % 30% 2. Имплантирана вътреочна леща на едното или на двете очи: 10 %. 10% Раздел VIII Общи правила 1. При преценката на степента на трайно намалената работоспособност се имат предвид основните функции на зрителния анализатор (централно зрение, периферно зрение, адаптация, акомодация), както и най-характерните, видими и доказуеми клинични изяви, съпътстващи очното заболяване. 2. Зрителната острота се преценява с поносима корекция. 3. Изследването на зрителните функции се извършва само с уреди и методи, официално приети и практикувани в офталмологичните звена на лечебните заведения. 4. При болезнена и пристъпно протичаща глаукома към процентите за увредено централно или периферно зрение се прибавят от 10 до 20 %: а) за едното око - 10 %; 5% б) за двете очи - 20 %. 10% 5. При атрофия на зрителните нерви, напреднала глаукома, обширни разпръснати или конfluиращи дегенеративни огнища на хориоретината, при условие че са засегнати и двете очи, към процентите на намалената работоспособност за централно и периферно зрение се прибавя и процентът за смутена адаптация - по раздел V. 6. При дистрофични или възпалителни хронични процеси, свързани с чести рецидиви и разязвяване на роговицата, към процентите за намалената работоспособност се прибавят от 5 до 20 %:		
--	--	---	--	--

		а) за едното око - 5 - 10 %; 5% б) за двете очи - 10 - 20 %. 10% 7. При хронични заболявания, създаващи рискове за внезапно допълнително увреждане на централното и периферното зрение (например ексцесивна дегенеративна миопия, аблационна болест, диабетна ретинопатия и др.), към процента на основното увреждане се добавят от 15 до 30 %. <i>Забележка.</i> Процентът трайно намалена работоспособност се определя за риск от увреждане и не се обхваща от смисъла на раздели III и IV на Методиката за прилагане на отправните точки, поради което оценката е за зрителния анализатор като цяло с един общ процент. Самите увреждания се оценяват по съответните отправни точки. 8. При невъзвратими морфологични изменения в очните придатъци, преден очен сегмент, пречупващи среди и заден очен сегмент решението е с пожизнен срок, независимо от зрителните функции. 9. При установен злокачествен очен тумор процентът на загубената работоспособност е от 50 до 100 %: а) до 1 година след диагностицирането му: 90 % б) до 2 години след диагностицирането му: 70 % в) до 5 години след диагностицирането му: 50 % г) при наличие на близки и далечни метастази: 100 %, независимо от периода на диагностицирането. 10. При вродени или придобити помътнявания на роговицата, лещата и стъкловидното тяло и промени в зрителния нерв и ретината оценката на трайно намалена възможност за социална адаптация при децата, които не могат да бъдат оценени по функционален дефицит, се определя от степента на помътняването или промените в очните среди: 10.1. при засягане на едното око: 20 - 50 % 10.2. при засягане на двете очи: 50 - 100 %. Общи правила 1. При преценката на степента на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се имат предвид основните функции на зрителния анализатор /централно зрение, периферно зрение, адаптация, акомодация/, както и най-характерните, видими и доказуеми клинични изяви.		
--	--	--	--	--

	2. Зрителната острота се преценява с най-добрата корекция за всяко око по отделно. 3. При дистрофични или възпалителни хронични процеси, свързани с чести рецидиви и разрязване на роговицата, към процентите за намалена работоспособност се прибавят а) за едното око 5% б) за двете очи – 10% 4. При хронични заболявания, създаващи рискове за внезапно допълнително увреждане на централното и периферното зрение (например експесивна дегенеративна миопия, аблационна болест, диабетна ретинопатия и др.), към процента на основното увреждане се добавят 20%. 5. При невъзвратими морфологични изменения в очните придатъци, преден очен сегмент, пречупващи среди и заден очен сегмент решението е с пожизнен срок, независимо от зрителните функции. 6. При установен злокачествен очен тумор процентът на загубената работоспособност е: а) до 2-та година от диагностицирането му: 91% б) от 3 до 5-та година от диагностицирането му: 71% в) над 5 години от диагностицирането му: 50% г) при наличие на близки и далечни метастази: 100%, независимо от периода на диагностицирането. 7. При вродени или придобити помътнявания на роговицата, лещата и стъкловидно тяло и промени в зрителния нерв и ретината, оценката на трайно намалена възможност за социална адаптация при децата, които не могат да бъдат оценени по функционален дефицит, се определя от степента на помътняване то или промените в очните среди. 7.1 при засягане на едното око: 20% 7.2 при засягане на двете очи: а) лека степен- 30% б) средна степен – 50% в) тежка степен – 80% ПРЕДЛОЖЕНИЕ : ОЦЕНКАТА ПО Т.7.1 И 7.2 Е НЕПРИЕМЛИВО ПРЕДЛОЖЕНА - ЗА ЕДНО И ДВЕ ОЧИ В. Т.7.2 В) - ТЕЖКА СТЕПЕН - НЕ Е КОРЕКТНА ОЦЕНКАТА ОТ 80 % ТНР		<i>Т.7.1 и т.7.2- Не се приема</i> <i>Т.7.2 В) - Не се приема</i>	<i>Когато увреждането е на двете очи, по- високата оценка се получава от намаленото централно зрение, резултат от описаните увреждания.</i> <i>Предложената оценка зависи и е съобразена с остатъчното централно зрение. Когато увреждането е тежко, зрителната острота е значително намалена</i>
--	--	--	--	---

		ЧАСТ ШЕСТА БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ Раздел I Счупвания на ребра и деформации на гръдния кош 1. Оздравели, без функционални нарушения, според размера на дефекта: 1.1. до 5 ребра: 0 % 0% 1.2. от 5 до 7 ребра: 5 % 5% 1.3. над 7 ребра: 10 % 10% 2. Дефекти на ребра с диафрагмални сраствания и шварти при запазена белодробна функция (статични показатели над 80 %): 10 % 10% 3. При много разпространени дефекти, включително изразени деформации на гръдния кош: 3.1. без хронична дихателна недостатъчност: 10 - 20 % 20% 3.2. с хронична дихателна недостатъчност: 30 - 50 % 3.2.1. с хронична дихателна недостатъчност Iст.:30% 3.2.2. с хронична дихателна недостатъчност IIст.:40% 3.2.3. с хронична дихателна недостатъчност IIIст.:50% 4. Чужди тела в белия дроб или в стената на гръдния кош, оздравели без последици: 10 % 10% Раздел II Бронхиектазии като самостоятелно заболяване (доказани бронхологично или с компютърна томография) 1. Лека форма - слаба кашлица, оскъдна експекторация, 2 - 3 обостряния годишно: 10 - 20 % 20% 2. Средно тежка форма - умерена кашлица и експекторация, 5 - 6 обостряния годишно: 30 - 50 % 50% 3. Тежка форма - почти непрекъсната кашлица, изобилна експекторация, чести тласъци, включително "сухи" кървящи бронхиектазии: 3.1. при възрастни: 60 - 80 % 80% 3.2. при деца: 80 - 100 %. 100%		и оценката ще се определя по Раздел I, тъй като процентът е по-висок.
--	--	---	--	---

		Раздел III Пневмокониози 1. Силикоза I стадий - ретикуларна или микронодозна форма: 10 - 20 % 20% 2. Силикоза II стадий: 30 - 50 % 50% 3. Силикоза II - III стадий: 60 - 70 % 4. Силикоза III стадий, туморна форма: 80 - 100 % 3. Силикоза III стадий с вентилаторни нарушения и дихателна недостатъчност: 80% 4. Силикоза III стадий, туморна форма с вентилаторни нарушения и дихателна недостатъчност: 100% 5. Азбестоза плеврална форма - единични шварти и вкалцявания: 10 - 20 % 20% 6. Азбестоза с паренхимни промени с хронична дихателна недостатъчност (ХДН) I степен: 30 - 50 % 50% 7. Азбестоза с паренхимни промени с ХДН II степен: 60 - 70 % 80% 8. Азбестоза с паренхимни промени с ХДН III степен: 80 - 100 % 100% 9. Други пневмокониози: 9.1. други пневмокониози с вентилаторни нарушения без дихателна недостатъчност - 10 - 20 % 20% 9.2. други пневмокониози с вентилаторни нарушения и дихателна недостатъчност I степен: 30 - 50 % 50% 9.3. други пневмокониози с ХДН II степен: 60 - 70 % 80% 9.4. други пневмокониози с ХДН III степен: 80 - 100 %. 100% Раздел IV Бронхиална астма 1. Персистираща лека астма дневни симптоми > 1 път седмично, но < от 1 път дневно нощни симптоми > 2 пъти месечно ФЕО1/ВЕД > или = 80 % от предвидената стойност дневна вариабилност на ВЕД 20 - 30 % за тази форма се определят 20 - 30 % 30%		
--	--	--	--	--

		2. Персистираща средно тежка астма дневни симптоми ежедневно нощни симптоми > от 1 път седмично ФЕО1/ВЕД 60-80 % от предвидената стойност дневна вариабилност на ВЕД > 30 % за тази форма се определят 40 - 70 % 50% 3. Персистираща тежка астма дневни симптоми - постоянни нощни симптоми - чести ФЕО1/ВЕД < или = 60 % от предвидената стойност дневна вариабилност на ВЕД > 30 % за тази форма се определят 80 - 100 %. 80% <i>Забележка.</i> Дневната вариабилност на ВЕД се определя по формулата: Вечерен ВЕД (19 - 21 ч.) минус сутрешен ВЕД (7 - 9 ч.) Вечерен ВЕД Раздел V Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи 1. Злокачествени новообразувания на трахеята, на бронхите и белите дробове - независимо от терапевтичното поведение се определя трайна неработоспособност до 5 години: 1.1. при установяване на диагнозата за съкратен срок: 95 % 1.2. при условие че няма данни за рецидив и метастазиране, в зависимост от общото състояние (редукция на тегло, анемия): 60 - 80 % (като процентът се намалява до навършване на 5 години) 1.1. при установяване на диагнозата до приключване на лечението: 100 % 1.2. при условие че няма данни за рецидив и метастазиране, в зависимост от общото състояние (редукция на тегло, анемия) до петата година: 71 % 1.3 след петата година без данни за рецидив и дисеминация		
--	--	---	--	--

		:50% 2. Късните рецидиви (след 5 години): 90 - 100 % <i>Забележка.</i> При всички доброкачествени тумори трайната неработоспособност се определя според засегнатите органи и степента на функционалните нарушения. 2. При наличие на рецидив, близки и далечни метастази, независимо от периода на диагностициране: 100% <i>Забележка</i> При всички доброкачествени тумори трайната неработоспособност/вид и степен на увреждане се определя според засегнатите органи и степента на функционалните нарушения Раздел VI Туберкулоза 1. Активна форма на белодробна туберкулоза: 80 - 100 % 100% 2. Хронична форма на белодробна туберкулоза: 60 - 80 % 80% 3. Отворено оздравяла каверна според степента на функционалните нарушения: 30 - 50 % 3.1 с дихателна недостатъчност Iст:30% 3.2 с дихателна недостатъчност IIст:40% 3.3 с дихателна недостатъчност III ст:50% 4. Торакопластика в зависимост от степента на функционалните нарушения: 50 - 80 % <i>Забележка.</i> След проведено адекватно лечение на активните форми на извънбелодробната туберкулоза трайната неработоспособност се определя според засягането на съответния орган и настъпилите функционални нарушения. 4.1.лека степен на функционални нарушения-50% 4.2.средно тежка степен на функционални нарушения-60% 4.3 тежка степен на функционални нарушения-80% <i>Забележка</i> След проведено лечение на активните форми на извън белодробната туберкулоза трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя според засягането на съответния орган и настъпилите функционални нарушения. Раздел VII		
--	--	--	--	--

		Саркоидоза 1. Увеличение на торакалните лимфни възли с клинична симптоматика и функционални нарушения: 30 - 50 % 1.1 лека степен на функционални нарушения-30% 1.2 средно тежка степен на функционални нарушения-40% 1.3 тежка степен на функционални нарушения-50% 2. Паренхимна форма с клинична симптоматика и функционални нарушения според степенната им изразеност: 60 - 80 % 2.1 лека степен на функционални нарушения-50% 2.2 средно тежка степен на функционални нарушения-60% 2.3 тежка степен на функционални нарушения-80% 3. Разпространен ръбцов стадий според степента на функционалните нарушения по реда на т. 5.2, 5.3 и 5.4 от раздел X. 3. Разпространен ръбцов стадий според степента на функционалните нарушения - 50 - 100 %, по реда на т. 5.2, 5.3 и 5.4 от раздел X. Раздел VIII Белодробен тромбоемболизъм 1. Хронично рецидивираща инфарктна форма в зависимост от функционалните нарушения на дихателната и сърдечно-съдовата система: 80 - 100 % за срок една година. 100 % за срок една година 2. Хронично рецидивираща микроемболична форма в зависимост от функционалните нарушения на дихателната и сърдечно-съдовата система: 80 - 100 % за срок една година. 100 % за срок една година <i>Забележка.</i> При лица, които работят, се следва временна неработоспособност до овладяване на клиничната симптоматика. Раздел IX Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) 1. ХОББ I ст., с обективизирани тласъци и вентилаторни нарушения, без хронична дихателна недостатъчност: 10 - 20		
--	--	--	--	--

		% 20% 2. ХОББ II ст., с ХДН I ст., със или без хронично белодробно сърце: 30 - 50 % 2.1 с хронична дихателна недостатъчност I ст без хронично белодробно сърце -30% 2.2 с хронична дихателна недостатъчност I ст с хронично белодробно сърце -50% 3. ХОББ III ст., с ХДН II ст. - 60 - 80 % 80% 4. ХОББ III ст., с ХДН III ст. - 90 - 100 % 100% 5. Хроничен бронхит при децата с обструктивен тип на вентилаторна недостатъчност (ВН): 40 - 50 %. 50% Раздел X Други болести на белия дроб 1. Муковисцидоза: 80 - 100 % 100% 2. Липса на един бял дроб: 80 - 100 %, според степента на дихателната недостатъчност 2.1 без дихателна недостатъчност-80% 2.2 с дихателна недостатъчност-100% 3. Частична резекция на белия дроб (лобектомия, билобектомия), в зависимост от дихателните нарушения - ВН или ХДН: 30 - 50 % 50% 4. Алергичен алвеолит (при децата): 4.1. с лек рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) 70 - 80 % от нормата): 10 - 20 % 20% 4.2. с умерено изразен рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) 60 - 70 % от нормата): 30 - 50 % 50% 4.3. с тежък рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) < 50 % от нормата): 60 - 80 % 80% 5. Разпространени белодробни фибрози независимо от причината - според степента на функционалния дефицит: 5.1. разпространени белодробни фибрози, независимо от причината, с обективизирани тласъци и вентилаторни нарушения, без дихателна недостатъчност - 10 - 20 % 20% 5.2. разпространени белодробни фибрози, независимо от причината, с дихателна недостатъчност I степен - 30 - 50 % 50%		
--	--	--	--	--

		5.3. разпространени белодробни фибрози, независимо от причината, с дихателна недостатъчност II степен - 60 - 80 % 80% 5.4. разпространени белодробни фибрози, независимо от причината, с дихателна недостатъчност III степен - 90 - 100 %. 100% Раздел XI Степени на функционалните нарушения 1. Лека степен - задух, превишаващ обикновен, при средно тежко натоварване или натоварване 75 - 100 вата (средно тежка физическа работа); форсиран витален капацитет (ФВК) < 80 - 60 %, Тифно 80 - 60 %; форсиран експираторен обем за една секунда (ФЕО1) 80 - 60 %; парциално напрежение на кислорода в кръвта (PaO₂) - норма според възрастта 96 - 80 мм живачен стълб (Hg) (12,7 до 10,6 килопаскала (kPa); PaCO₂ - норма 45 - 35 мм Hg (6 - 4,6 килопаскала (kPa), Сатурация на кислорода (O₂) - норма 95 - 97 % 2. Средна степен - задух, превишаващ обикновен, при ежедневно леко натоварване, изкачване на стълби до един етаж (лека физическа работа), натоварване 50 - 75 вата; форсиран витален капацитет (ФВК) < 60 - 40 %; Тифно 60 - 40 %, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1) 60 - 40 %; PaO₂ - норма или намаление от 80 - 60 - 55 мм Hg (10 - 86 kPa); Сатурация на O₂ < 90 % според възрастта 3. Тежка степен - задух при най-леко натоварване или в покой. Форсиран витален капацитет (ФВК) < 40 %, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1) < 40 %; Тифно < 40 %; PaO₂ < 55 мм Hg; PaCO₂ > 45; Сатурация на кислорода (O₂) < 80 според възрастта. Степени на функционалните нарушения 1. Лека степен - задух, превишаващ обикновен, при средно тежко натоварване или натоварване 75 - 100 вата (средно тежка физическа работа); форсиран витален капацитет (ФВК) 2. Средно тежка степен - задух, превишаващ обикновен, при ежедневно леко натоварване, изкачване на стълби до един етаж (лека физическа работа), натоварване 50 - 75 вата;		
--	--	---	--	--

		форсиран витален капацитет (ФВК) 3. Тежка степен - задух при най-леко натоварване или в покой. Форсиран витален капацитет (ФВК) 45; Сатурация на кислорода (O2) ЧАСТ СЕДМА НЕРВНИ БОЛЕСТИ 1. Злокачествени новообразувания на главния и на гръбначния мозък: 1.1. до една година от установяването им независимо от неврологичния дефицит: 100 % 1.2. до 3-ата година, в зависимост от неврологичния дефицит: 75 - 95 % 1.3. до 5-ата година, ако няма неврологичен дефицит: 50 - 80 % 1.4. след 5-ата година оценката е в зависимост от неврологичния дефицит. <i>Забележка</i> 1. При доброкачествени новообразувания процент на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя: до 2-рата година от диагностицираното и евентуалното последно оперативно лечение, ако има рецидив: 50 % след 2-рата година според неврологичния дефицит 1.1. първите две години от установяването им: 100 %; 1.2. от 3-ата до 5-тата година: 75 %; 1.3. след 5-ата година : 50% ; 1.4. При доброкачествени новообразувания на нервната система трайно намалената работоспособност /степен на увреждане се определя както следва: - до 2-рата година от диагностицирането, последен рецидив или оперативно лечение се следват 50% ; - след 2-рата година процента ТНР /ст. на увр./ се определя в зависимост от функционалния дефицит, съобразен със съответната отправна точка от част седма; - при доброкачествени новообразувания с хронично рецидивиращ ход и многократни оперативни интервенции се приравнява към т.1.3; 2. Увреждания на главния и гръбначния мозък с различна етиология и характер, от които е последвало:		
--	--	---	--	--

		2.1. параплегия (горна, долна): 100 % 100% 2.2. парепареза (горна, долна): 2.2.1. латентна: 30 % 30% 2.2.2. лека степен: 50 % 50% 2.2.3. средна степен: 75 % 75% 2.2.4. тежка степен: 95 % 95% 2.3. хемиплегия: 100 % 100% 2.4. хемипареза: 2.4.1. латентна: 30 % 30% 2.4.2. лека степен: 50 % 50% 2.4.3. средна степен: 75 % 75% 2.4.4. тежка степен: 95 % 95% 2.5. моноплегия: 2.5.1. горна: 80 % 80% 2.5.2. долна: 90 % 91% 2.6. монопареза: 2.6.1. латентна: 20 % 20% 2.6.2. лека степен: 40 % 40% 2.6.3. средна степен: 60 % 60% 2.6.4. тежка степен: 80 % 80% 2.7. квадриплегия: 100 % 100% 2.8. квадрипареза: 2.8.1. латентна: 50 % 50% 2.8.2. лека степен: 75 % 75% 2.8.3. средна степен: 95 % 95% 2.8.4. тежка степен: 100 % 100% 2.9. пирамидна симптоматика без парези: 10 % 10% 2.10. нарушения на езика (афазия) и съпътстващи речово/говорни нарушения - оценка на базата на количествените и качествените нарушения на спонтанната реч, повторната реч, назоваване, разбиране на устна реч, писмена реч (процент нарушение при тестването, в съчетание с еволюцията и етапа на обратно развитие на афазийните синдроми): 2.10.1. тежко ограничена комуникация - при стационарни форми на афазия, с липса или слаба динамика на глобална афазия, тежка смесена Брока, Вернике афазия, жаргон афазия, тежка Брока афазия; наличие на тежка речева апраксия, със/без дизартрия; наличие на аграфия/дисграфия, алексия/дислексия; акал./диск - 100 % 100%		
--	--	---	--	--

		2.10.2. средно към тежко ограничена комуникация - до тежко изразени еволюирани или стационарни афазийни синдроми тип Брока, Вернике, смесени форми; със/без речева апраксия или дизартрия; алексия/дислексия, аграфия/дисграфия - 80 % 80% 2.10.3. умерено ограничена комуникация - умерена степен на езикови/говорни нарушения при Брока афазия, проводникова афазия, аномична афазия, транскортикална моторна афазия, транскортикална сензорна афазия, смесени форми; със/без речева апраксия и дизартрия; със/без дислексия/дисграфия - 60 % 60% 2.10.4. леко към средно ограничена комуникация - до умерени езикови/говорни нарушения при Брока афазия, проводникова афазия, аномична афазия, транскортикална моторна афазия, транскортикална сензорна афазия, смесени форми; със/без речева апраксия и дизартрия; със/без дислексия/дисграфия - 40 % 40% 2.10.5. леко ограничена комуникация - леки езикови нарушения при аномични форми на афазия; остатъчни артикулационни нарушения; със/без дислексия/дисграфия - 20 % 20% <i>Забележка 2.</i> Нарушенията на очните функции и тазово-резервоарните нарушения се оценяват в съответните части (част пета и част осма). 3. Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие и тежестта на симптоматиката (полирадикулоневрит Гилен-Баре, множествена склероза, хередодегенеративни заболявания на нервно-мускулния апарат, миопатии, енцефалопатии, централен отоневрологичен синдром, паркинсонизъм, миастения и миастенни синдроми, сирингомиелия, мозъчни атрофии, неврологични увреждания при ХИВ инфекции, лаймска болест, неврулуес, кауда еквина синдром, АЛС, табес дорзалис, фуникуларна миелоза, дискоординационни синдроми, екстрапирамидни синдроми, нарушения на стволите функции и редки неврологични синдроми): 3.1. патологична симптоматика без двигателен дефицит - 10 - 20 % 20% 3.2. лека степен (форма): 30 - 40 % 50% 3.3. средна степен (форма): 50 - 80 % 75% 3.4. тежка степен (форма): 95 - 100 % 95%		
--	--	---	--	--

	4. Епилепсия (според вида, тежестта и честотата на пристъпите с обективизация на пристъпите): 4.1. много редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали повече от една година и парциални пристъпи (прости, комплексни) - 20 % 20% 4.2. с интервали от месеци - 40 % 40% 4.3. редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от месеци и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от седмици - 60 - 70 % 60% 4.4. средно чести - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от седмици и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от дни - 70 - 90 % 75% 4.5. чести припадъци - ежеседмични - 90 % 91% 4.6. епилептични синдроми, резистентна епилепсия с ежедневни и/или еженощни пристъпи - 100 % с чужда помощ (СЧП). 100 % с чужда помощ (СЧП). <i>Забележка 3.</i> Припадъчното заболяване се счита в ремисия, ако в продължение на 3 години без медикация няма припадък. 5. Състояние след мозъчен инсулт (хеморагичен, исхемичен и субарахноидален кръвоизлив) без остатъчен неврологичен дефицит и до една година след тях: 50 % 50% 6. Неоперирани съдово-мозъчни аномалии без неврологичен дефицит: 6.1. аневризми и артериовенозни малформации - 50 % 50 % 6.2. високостепенни стенози (над 70 %) - 30 % 6.2. състояния след операции за мозъчни аневризми и състояния след ендоваскуларни манипулации за мозъчни аневризми – 40% 6.3 високостепенни стенози (над 60 %) - 30 % 7. Увреждания на ЧМН 7.1. лека степен: 10 % 10%	<i>Забележка 3- Не се приема</i> <i>Не се приема</i>	<i>Забележка 3- Не се приема предложението думата „медикация” да бъде заменена с думата „лечение”, тъй като думата „медикация” обхваща само лечение с медикаменти.</i> <i>Не се приема отпадането на забележката след т. 5: „Заболявания от друго естество-травматично и нетравматично, протичащи с общомозъчна симптоматика и без двигателен дефицит, да се приравнява към т.5”, защото е в интерес на хората с увреждания- по този начин в част Седма от приложение №1 се добавят заболявания, за които до момента не е била предвидена оценка.</i>
--	---	--	---

		7.2. средна степен: 20 % 20% 7.3. тежка степен: 30 % 30% 8. Псевдобулбарна пареза: 10 - 30 % 8.1 лека степен 10 % 8.2. средна степен: 20 % 8.3. тежка степен: 30 % 9. Булбарна пареза в зависимост от тежестта на симптоматиката: 80 - 100 % 9.1 лека степен 50 % 9.2. средна степен: 75 % 9.3. тежка степен: 95 % 10. Комплицирана мигрена с чести пристъпи, тежко вторично главоболие с чести пристъпи, тежки невралгии на ЧМН (при документиране на пристъпите) - 40 % 40% 11. Увреждания на периферните нерви: 11.1. нервус аксиларис 11.1.1. лека степен: 10 % 10% 11.1.2. средна степен: 20 % 20% 11.1.3. тежка степен: 30 % 30% 11.2. нервус улнарис: 11.2.1. лека степен: 10 % 10% 11.2.2. средна степен: 20 % 20% 11.2.3. тежка степен: 30 % 30% 11.3. нервус радиалис: 11.3.1. лека степен: 10 % 10% 11.3.2. средна степен: 20 % 20% 11.3.3. тежка степен: 30 % 30% 11.4. нервус медианус: 11.4.1. лека степен: 10 % 10% 11.4.2. средна степен: 20 % 20% 11.4.3. тежка степен: 30 % 30% 11.5. нервус феморалис 11.5.1. лека степен: 20 % 20% 11.5.2. средна степен: 30 % 30% 11.5.3. тежка степен: 40 % 40% 11.6. нервус исшиадикус 11.6.1. лека степен: 40 % 40% 11.6.2. средна степен: 50 % 50% 11.6.3. тежка степен: 60 % 60% 11.7. нервус фибуларис 11.7.1. лека степен: 10 % 10%		
--	--	--	--	--

		11.7.2. средна степен: 20 % 20% 11.7.3. тежка степен: 30 % 30% 11.8. нервус тибалис 11.8.1. лека степен: 10 % 10% 11.8.2. средна степен: 20 % 20% 11.8.3. тежка степен: 30 % 30% 12. Вибрационна болест: 12.1. I - II стадий: 10 % 10% 12.2. II стадий: 40 % 30% 12.3. II - III стадий: 50 % 12.4. III стадий: 65 % 50% Забележка Стадият се определя в зависимост от проведеното клинично изследване в клиника по професионални заболявания. 13. Тежки дефекти в затварянето на невралната тръба - менингоцеле, менингомиоцеле, менингоенцефалоцеле: 100 % 100% 14. Тежка хидроцефалия: 80 % 14. Хидроцефалия: 14.1. лека степен 30 % 14.2. средна степен 50% 14.3 тежка степен 75% 14.4. при тежкостепенни неповлияващи се от оперативно-клапно протезиране хидроцефалии – 95% 15. Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит: 10 - 30 %. Забележка 4. При увреждане на доминантния горен крайник оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се завишава с 10 %. Забележка 5. При увреждания с дефинитивен и невъзвратим характер в зависимост от заболяването може да се определи пожизнен срок. 15.1. лекостепенни с остатъчен сетивен синдром без двигателен дефицит – 10% 15.2. хронично-персистиращи с чести рецидиви – 30% 15.3. тежко протичащи дискогенни заболявания, състояния след оперативни интервенции и засягащи няколко отдела на гръбначния стълб с траен двигателен дефицит – 50% Забележка При увреждания на нервната система с дефинитивен характер се определя пожизнен срок.		
--	--	--	--	--

		ЧАСТ ОСМА ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ Раздел I Съдови заболявания на горните крайници 1. Артериални и венозни заболявания на горните крайници: 1.1. със слаби хемодинамични нарушения в периферното кръвоснабдяване: по 10 % за всяка ръка по 10 % за всяка ръка 1.2. с тежки нарушения в кръвоснабдяването, с трофични промени: 20 % за всяка ръка 20 % за всяка ръка 1.3. с акрални некрози - 50 % за всяка ръка. 50 % за всяка ръка Раздел II Болести на артериите (стенози и тромбози) на долните крайници, Периферна артериална болест (ПАБ), Стадиране по Фонтен 1. I стадий (отслабен или липсващ пулс на а. тибалис, дискомфорт в прасците или ходилата при бързо ходене): 1.1. с интермитиращо клаудикацио над 500 м: 1.1.1. на единия крак: 10 % 10 % 1.1.2. на двата крака: 20 % 20 % 2. II стадий (бледа и хладна кожа, леки трофични изменения): 2.1. IIa стадий с интермитиращо клаудикацио от 200 до 500 м, ABI>0,5 2.1.1. на единия крак: 30 % 30 % 2.1.2. на двата крака: 40 % 40 % 2.2. IIb стадий с клаудикацио до 200 м - ABI<0,5 2.2.1. на единия крак: 50 % 50 % 2.2.2. на двата крака: 60 % 60 % 3. III стадий - исхемична болка в покой артериален Доплер под 50 мм - 71 % за една година 71 % за една година с оглед динамичното проследяване 4. IV стадий (некротичен) - некроза: 91 % за една година. 91 % за една година, с оглед динамичното проследяване. Раздел III		
--	--	---	--	--

		Хронична венозна болест (Варици, посттромботичен синдром) Лимфедем Хронична венозна болест (ХВБ), класификация по СЕАР (Варикозни вени, посттромботичен синдром) Лимфедем, класификация по Брунер 1.1. Варикоза с динамичен оток (II клас по СЕАР) - 0 - 10 % 1.1 Хронична венозна болест без съществени застойни явления – динамичен периартикуларен оток, без трофични изменения, ХВБ II клас (C2) по СЕАР 1.1.1. за един крак – 10 % 1.1.2. за двата крака – 20 % 1.2. трайно оточен крак - 10 - 20 % 1.2. Хронична венозна болест с умерено изразени застойни явления – траен оток, без трофични изменения, III клас (C3) по СЕАР: 1.2.1. за един крак – 20 % 1.2.2. за двата крака – 30 % 1.3. траен оток с пигментация и дермолипосклероза: 30 - 40 % 1.3. Хронична венозна болест със значителни застойни явления – траен оток, пигментация и дермолипосклероза, без рани, IV клас (C4a, C4b) по СЕАР: 1.3.1. C4a – кожни промени, дължащи се на умерен венозен застой – хиперпигментация 1.3.2.1 за един крак – 30 % 1.3.2.2 за двата крака – 40 % 1.3.2. C4b – кожни промени, дължащи се на изразен венозен застой – хиперпигментация, дермолипосклероза, Хронична венозна болест C5 – кожни промени – хиперпигментация, дермолипосклероза и цикатрикс излекувана язва: 1.3.2.1. за един крак – 40 %. 1.3.2.1. за двата крака – 50 %. 1.4. венозен улкус - 60 % 1.4. Хронична венозна болест със тежки застойни явления – траен оток, C6 – кожни промени– хиперпигментация, дермолипосклероза и активна язва (венозен улкус) 1.4.1. за един крак – 60 % 1.4.2. за двата крака – 71 % 2. Лимфедем: 2.1. необратим (твърд), индурирани тъкани, фибросклероза: 20 - 30 %		
--	--	--	--	--

	ЗАПИТВАНЕ - А КЪДЕ ПОПАДА АНЕВРИЗМА 4-5 СМ. ?? / ТОВА ЛИПСВА И В НАСТОЯЩАТА НАРЕДБА. 4. Аневризма 3 - 4 см - 40 % 40% 5. Артерио-венозни фистули, ангиодисплазии, с изразени хемодинамични и трофични промени: 20 - 50 % 3.1. с умерено изразени хемодинамични нарушения и трофични промени: 30 % 3.2. с тежки хемодинамични нарушения и трофични промени: 50 % 6. Аномалии и тромбози на в. порте - 50 - 71 %. 50% Раздел V Болести на хранопровода 1. Злокачествени тумори на хранопровода: 1.1. радикално отстранен тумор в ранен стадий - T1-2 N0 M0 (с пластика) без усложнения: 1.1.1. до първата година след операцията: 91 % 1.1.1. за първите две години след операцията: 95 % 1.1.2. до 5-ата година след операцията: 71 - 90 % 1.1.2. за 3-та година след операцията: 85 % 1.1.3. за 4-та година след операцията: 80 % 1.1.4. за 5-та година след операцията: 71 % 1.2. оперирани в късен стадий или с постоперативни усложнения (стенози, тракционни дивертикули, фистули и др.): 1.2.1. първата година след операцията: 100 % 1.2.2. след първата година след операцията: 80 - 100 % 1.2.1. за първите две години след операцията: 100 % 1.2.2. за третата година след операцията: 95 % 1.2.3. за четвъртата година след операцията: 85 % 1.2.4. за петата година след операцията: 80 % 2. Неоезофаг: 80 - 90 % 91% 3. Иноперабилни тумори или с далечни метастази: 100 % 100% 4. Атрезия на хранопровода и трахео-езофагеални фистули до завършване на етапното лечение: 100 %: 4.1. след първата година - 80 % 4.2. за деца до края на пубертета - 91 % 4.1. до завършване на етапното лечение: 100 %	Запитване Т.2- Не се приема	Т.2- Оценките за състоянието се определят, както и по досега действащата НМЕ/2017 г.: Аневризма с размери 4 см и < 4,5 см – по т. 2.3. – 40 %; Аневризма с размери 5 см и > 4,5 см – по т. 2.2. – 80 %.
--	---	--	--

		4.2. след завършване на етапното лечение, за лица до 16-год. възраст – 91 % 5. Изгаряне на хранопровода с изведени езофаго- или гастростома до завършване на лечението: 100 %. 100 %. Раздел VI Болести на стомашно-чревния тракт 1. Малигнен стомашен тумор: 1.1. парциална резекция: 1.1.1. през първата година: 95 % 1.1.2. от втората до петата година: 71 - 80 % 1.1.1. за първите две години след операцията: 95 % 1.1.2. за третата година след операцията: 85 % 1.1.3. за четвъртата година след операцията: 80 % 1.1.4. за петата година след операцията: 71 % 1.2. гастректомия: 1.2.1. първата година: 95 - 100 % 1.2.2. от втората до 5-ата година: 80 - 90 % 1.2.3. след 5-ата година - 50 % 1.2.1. за първите две години: 95 % 1.2.2. за третата година след операцията: 85 % 1.1.3. за четвъртата година след операцията: 80 % 1.1.4. за петата година след операцията: 75 % 1.3. гастректомия в късен стадий: 100 % 100 % 1.4. иноперабилни или с далечни метастази: 100 % 100 % 2. Малигнен дебелочревен тумор: 2.1. в ранен стадий - T1-2 N0 M0/парциална чревна резекция до 5-ата година: 2.1.1. първите две години: 80 % 80 % 2.1.2. от третата до петата година: 50 - 70 % 2.2. в ранен стадий с хемиколектомия: 2.2.1. първите две години: 90 % 2.2.2. от третата до петата година: 70 - 80 % 2.2.2. за третата година след операцията: 80 % 2.2.3. за четвъртата година след операцията: 75 % 2.2.4. за петата година след операцията: 65 % 2.3. радикални операции в други стадии: 2.3.1. първите две години: 95 % 95 % 2.3.2. от третата до петата година: 75 % 2.3.2. за третата година след операцията: 91 %		
--	--	---	--	--

		2.3.3. за четвъртата година след операцията: 80 % 2.3.4. за петата година след операцията: 75 % 3. Дефинитивен анус претер: 3.1. тънкочревен: 90 % 3.2. дебелочревен: 80 % 4. Иноперабилни тумори или с далечни метастази: 100 % 5. Временен анус претер, изведен по друг повод: 5.1. тънкочревен: 80 % 5.2. дебелочревен: 70 % 5.3. субтотална колектомия - 70 % 5.4. тотална колектомия - 91 % 6. Аноректални малформации с извеждане на провизорен анус претер - до завършване на етапното лечение: 100 % 7. Слабост на аналния сфинктер (вродена или след реконструктивни операции): 7.1. инконтиненция алве - само при физическо натоварване: 20 - 30 % 7.2. постоянна инконтиненция: 60 % 8. Перианални фистули с постоянна секреция, след оперативни фистули и декубитуси: 20 - 40 % 9. Пролапс на ректума: 10 - 20 % 10. Загуба на анален сфинктер с пролапс на черво: 60 % 11. Малигнен тумор на панкреаса: 100 %: 11.1. първите две години: 100 % 11.2. от третата до петата година: 70 - 80 % 12. Злокачествени заболявания на перитонеума до 5-ата година: 60 - 90 % 13. Рецидивиращи доброкачествени ретроперитонеални тумори - 50 % 14. Радиационен колит - 30 - 50 % 15. Периториални сраствания с чести илеуси - 30 - 50 % 16. Състояние след мезентериална тромбоза - 50 - 70 %. 3. Иноперабилни тумори или с далечни метастази: 100 % 4. Субтотална колектомия – 71 % 5. Тотална колектомия – 91 % 6. Дефинитивен анус претер: 6.1. тънкочревен: 95 % 6.2. дебелочревен: 80 % 7. Временен анус претер (до възстановяването на пассажа): 7.1. тънкочревен: 80 % 7.2. дебелочревен: 75 % 8. Аноректални малформации – до завършване на етапното		
--	--	---	--	--

		лечение: 100 % 9. Слабост на аналния сфинктер (вродена или след реконструктивни операции): 9.1. инконтиненция алви – само при физическо натоварване: 30 % 9.2. постоянна инконтиненция, загуба на анален сфинктер с пролапс на черво: 60 % 10. Фистули, декубитуси и атонични рани (без улкус крурис варикоzum): 10.1. Периаанални фистули с постоянна секреция: 20 % 10.2. Хроничен фистулозен парапроктит: 40 % 10.3. Чревни фистули на предна коремна стена: 50% 10.4. Декубитуси и атонични рани: 10.4.1. със среден размер (от 4 до 6 см.) – 30 % 10.4.2. с голям размер (над 6 см.) – 40 % 11. Пролапс на ректума: 30 % 12. Малигнен тумор на панкреаса: 100 %: 12.1. първите две години: 100 % 12.2. за третата година след операцията: 80 % 12.3. за четвъртата и петата година след операцията: 75 % 13. Злокачествени заболявания на перитонеума: 13.1. за първите две години след операцията: 95 % 13.2. за 3-та година след операцията: 80 % 13.3. за 4-та година след операцията: 75 % 13.4. за 5-та година след операцията: 60 % 14. Рецидивиращи доброкачествени ретроперитонеални тумори – 50 % 15. Радиационен колит: 40 % 16. Перитонеални сраствания с чести илеуси: 50 % 17. Състояние след мезентериална тромбоза: 75 %. Раздел VII Злокачествени заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и жлъчния мехур 1. Малигнен чернодробен тумор: 1.1. първата година след операцията: 95 - 100 % 1.2. от втората до 5-ата година след операцията: 70 - 90 % 1.3. с метастази: 100 % 1.1. за първите две години след операцията: 95 % 1.2. за третата година след операцията: 80 % 1.3. за четвъртата година след операцията: 75 %		
--	--	--	--	--

		1.4. за петата година след операцията: 60 % 1.5. с метастази: 100 % 2. Малигнен тумор на жлъчния мехур, екстрахепаталните жлъчни пътища и папила Фатери: 2.1. първите две години след операцията: 91 %; 2.2. втората до петата година: 71 - 90 % 2.3. с метастази: 95 - 100 %. 2.1. за първите две години след операцията – 95 % 2.2. за третата година след операцията – 80 % 2.3. за четвъртата година след операцията – 75 % 2.4. за петата година след операцията – 71 % 2.5. с метастази – 95 %. Раздел VIII Хернии 1. Слабинни, бедрени, пъпни, следоперативни хернии: при липса на противопоказания за оперативна корекция - еднократно - 0 - 30 % 1.1.Малка (до 5 см.) – 10 % 1.2.Средна (до 15 см.)– 20 % 1.3.Голяма (над 15 см.)– 30 % 2. Диафрагмални хернии, включително релаксация на диафрагмата: 2.1. без смущения във функцията на храносмилателната система: 0 - 10 % 2.2. диафрагмални хернии с рефлукс-езофагит: 20 - 30 % 2.3. със силно изместване на вътрешни органи според въздействието върху кардиопулмоналната система или с притискане на хранопровода: 40 - 70 %. 2.1. без смущения във функцията на храносмилателната система – 10 % 2.2. диафрагмални хернии с рефлукс-езофагит: 2.2.1. с рефлукс-езофагит –I-II ст. – 20 % 2.2.1. с рефлукс-езофагит – III-IV ст. – 30 % 2.3. със силно изместване на вътрешни органи според въздействието върху кардиопулмоналната система или с притискане на хранопровода – 50 %. Раздел IX Пикочни органи 1. Смущения в изпразването на пикочния мехур (ретенцио урине, включително и постлъчеви увреждания):		
--	--	---	--	--

		1.1. лека степен - резидуална урина до 100 мл: 10 % 1.2. резидуална урина до 200 мл: 20 - 30 % 1.3. тежка степен - необходимост от мануално изпразване, резидуална урина над 200 мл, болезнено уриниране: 30 - 40 % 1.4. с необходимост от редовно катетризиране, постоянен катетър: 50 % 1.1. с резидуална урина от 50 до 100 мл – 10 % 1.2. с резидуална урина до 300 мл – 20 % 1.3. с резидуална урина над 300 мл – 30 % 1.4. с необходимост от редовно катетризиране, постоянен катетър – 50 % 2. След отстраняване на малигнен тумор на пикочния мехур: 2.1. в ранен стадий - T1-2 N0 M0 с транс-уретрална резекция (ТУР) до 5-ата година: 50 - 80 % 2.2. в по-късни стадии (с парциална резекция): 2.2.1. до 5-ата година: 70 - 90 % 2.1. в ранен стадий – T1-2 N0 M0 с транс-уретрална резекция (ТУР): 2.1.1. за първите две години след операцията – 80 % 2.1.2. за третата година след операцията – 71 % 2.1.3. за четвъртата година след операцията – 60 % 2.1.4. за петата година след операцията – 50 % 2.2. в по-късни стадии (с парциална резекция): 2.2.1. за първите две години след операцията – 95 % 2.2.2. за третата година след операцията – 85 % 2.2.3. за четвъртата година след операцията – 80 % 2.2.4. за петата година след операцията: – 75 % 2.3. иноперабилни тумори или с цистектомия: 100 % 100% 3. При отстраняване на малигнен тумор на бъбрека: 3.1. в ранен стадий T1-2 N0 M0 (нефректомия) - до 5 години: 60 - 90 % 3.1.1. за първите две години след операцията – 95 % 3.1.2. за третата година след операцията – 80 % 3.1.3. за четвъртата година след операцията – 65 % 3.1.4. за петата година след операцията – 60 % 3.2. в късен стадий (с метастази) - със или без нефректомия: 100 % 100% 4. Инконтиненция на урината: 4.1. непълно (частично) отделяне на урина (стрес-		
--	--	---	--	--

	инконтиненция II - III ст.): 10 - 20 % 20% 4.2. абсолютна инконтиненция: 50 % 50% 5. Постлъчева склероза на пикочния мехур с намаляване на капацитета му: 30 - 50 % 50% 6. Кожно-уретерални фистули (хипоспадия, еписпадия) - до завършване на лечението: 50 % 50% 7. Чревно-уретерални фистули: 50 % 50% 8. Кутанна нефростома, уретеростома, цистостома: 71 % 71% 9. Ектопия на пикочен мехур: 100 % 100% 10. Енурезис ноктурна - 40 %. 40% Раздел X Мъжки полови органи 1. Нео на пениса в първите 5 години: 50 - 75 %. 2. Липса на пенис и двата тестиса, с изтичане на урина: 50 % 3. Липса на двата тестиса (до 40-годишна възраст): 30 % ПРЕДЛОЖЕНИЕ : - ПОСОЧЕНАТА ОЦЕНКА ОТ 30 % НЕ КОРЕСПОНДИРА С Т.3.3 Р. 11 ЛИПСА НА ЯЙЧНИЦИ - ДО 50Г. ВЪЗРАСТ – 50 % - ЯВЯВА СЕ ЕЛЕМЕНТ НА ДИСКРИМИНАЦИЯ 4. След отстраняване на малигнен тумор на тестиса в		Предложение Т.3- Не се приема Т.3- Оценката за Липса на двата тестиса (до 40-годишна възраст) – 30 %, кореспондира с функционалния дефицит. Сравняването на състоянието – Липса на двата тестиса с липса на два яйчника е некоректно от медицински аспект. Оценката не се дава за липса на органи, а се определя за функционалния дефицит при Посткастрационен синдром – комплекс от различни заболявания, явяващи се самостоятелни нозологични единици. Всяко от тези заболявания самостоятелно може да обуславя под 50 %. Оценката по т. 3.3, Раздел XI, Женски полови органи се полага за клинично доказан Посткастрационен синдром, който при жени до 50-годишна възраст, протича със значителен функционален дефицит. Той мотивира разписаната в т. 3.3, р. XI оценка.
--	--	--	--

		първите 5 години: 4.1. тератокарцином: 4.1.1. първите две години: 91 % 4.1.2. от третата до петата година: 80 - 90 % 4.2. семином: 4.2.1. първите две години: 91 % 4.2.2. от третата до петата година: 60 - 80 % 4.3. с метастази - 100 % 1. Злокачествено новообразование на пениса: 1.1. за първите две години след операцията – 75 % 1.2. за третата година след операцията – 65 % 1.3. за четвъртата година след операцията – 60 % 1.4. за петата година след операцията – 50 % 2. Липса на пенис и двата тестиса, с изтичане на урина – 50 % 3. Липса на двата тестиса (до 40-годишна възраст) – 30 % 4. След отстраняване на малигнен тумор на тестиса в първите 5 години: 4.1. тератокарцином: 4.1.1. за първите две години след операцията: 95 % 4.1.2. за третата година след операцията: 85 % 4.1.3. за четвъртата година след операцията: 80 % 4.1.4. за петата година след операцията: 75 % 4.2. семином: 4.2.1. първите две години: 95 % 4.1.2. за третата година след операцията: 80 % 4.1.3. за четвъртата година след операцията: 65 % 4.1.4. за петата година след операцията: 60 % 4.3. с метастази – 100 % 5. Аденом на простатата, II - III стадий, със задръжка на урината над 50 мл: при липса на противопоказания за оперативна корекция - еднократно - 10 - 20 % 5.1. с резидуална урина от 50 до 100 мл: 10 % 5.2. с резидуална урина до 200 мл: 20 % 6. След премахване на малигнен тумор на простатната жлеза в първите 5 години: 6.1. в ранен стадий (радикална простатектомия) до 5-ата година: 6.1.1. първите две години: 80 % 80 % 6.1.2. от третата до петата година: 50 - 70 % 6.1.1. за първите две години: 80 %		
--	--	---	--	--

		6.1.2. за третата година след операцията: 75 % 6.1.3. за четвъртата година след операцията: 60 % 6.1.4. за петата година след операцията: 50 % 6.2. локално авансирал процес (кастрация и хормонотерапия): 6.2.1. първите две години: 91 % 95% 6.2.2. от третата до петата година - 60 - 80 % 6.2.3. след петата година: 50 % 6.2.2. за третата година след верификацията: 80 % 6.2.3. за четвъртата година след верификацията: 65 % 6.2.4. за петата година след верификацията: 60 % 7. Тумори на простатата с далечни метастази: 100 %. 100% Раздел XI Женски полови органи 1. (отм. с Решение № 12773 от 24.11.2016 г. на ВАС - ДВ, бр. 40 от 2017 г., в сила от 19.05.2017 г., попр. с Решение № 787 от 19.01.2017 г. на ВАС - ДВ, бр. 44 от 2017 г., в сила от 02.06.2017 г.) 1. Малигнен тумор на гърдата в първите 5 години: 1.1. в начални стадии, T1-3 N0-1 M0, както и след екстирпация на локален рецидив или кожни метастази: 1.1.1. първите две години: 80 % 1.1.2. за третата година след операцията: 75 % 1.1.3. за четвъртата година след операцията: 60 % 1.1.4. за петата година след операцията: 50 % 1.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 1.2.1. за първите две години след верификацията: 100 % 1.2.2. за третата година след верификацията: 91 % 1.2.3. за четвъртата година след верификацията : 80 % 1.2.4. за петата година след верификацията: 71 % 2. Малигнен тумор на матката или маточната шийка в първите 5 години: 2.1. при отстраняване в ранен стадий: 2.1.1. първите две години: 90 % 2.1.2. от третата до петата година: 50 - 70 % 2.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 % 2.1. при отстраняване в начални стадии, T1-3 N0-1 M0,: 2.1.1. първите две години: 91 %		
--	--	---	--	--

		2.1.2. за третата година след операцията: 75 % 2.1.3. за четвъртата година след операцията: 60 % 2.1.4. за петата година след операцията: 50 % 2.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 2.2.1. за първите две години след операцията: 100 % 2.2.2. за третата година след операцията: 91 % 2.2.3. за четвъртата година след операцията: 80 % 2.2.4. за петата година след операцията: 75 % 3. Малигнен тумор на яйчника в първите 5 години: 3.1. в начални стадии: 3.1.1. първите две години: 91 % 3.1.2. третата до петата година: 70 - 80 % 3.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 % 3.3. липса на два яйчника (посткастрационен синдром) до 50 години: 50 % 3.1. в начални стадии T1-3 N0-1 M0: 3.1.1. първите две години: 91 % 3.1.2. за третата година след операцията: 80 % 3.1.3. за четвъртата година след операцията: 75 % 3.1.4. за петата година след операцията: 65 % 3.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 3.2.1. за първите две години след операцията: 100 % 3.2.2. за третата година след операцията: 95 % 3.2.3. за четвъртата година след операцията: 80 % 3.2.4. за петата година след операцията: 75 % 3.3. липса на два яйчника (посткастрационен синдром) до 50-годишна възраст: 50 % 4. Ендометриоза в тежка степен: 20 - 30 % 30% 5. Влагалищни фистули: 5.1. пикочно-влагалищни фистули и влагалищно-ректални - до корекцията им: 50 - 60 % 50% 5.2. оформена клоака: 100 % 100% 6. Десцензус на вагината с инконтингенция на урината - 10 - 20 % 20% 7. Малигнен влагалищен тумор в първите пет години: 7.1. в ранен стадий до 5-ата година: 60 - 90 % 7.1. в ранен стадий до 5-ата година:		
--	--	--	--	--

		7.1.1. първите две години: 95 % 7.1.2. за третата година след операцията: 80 % 7.1.3. за четвъртата година след операцията: 65 % 7.1.4. за петата година след операцията: 60 % 7.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 % 7.2.1. за първите две години след верификацията: 100 % 7.2.2. за третата година след верификацията: 91 % 7.2.3. за четвъртата година след верификацията: 80 % 7.2.4. за петата година след верификацията: 71 % 8. Малигнен тумор на външните полови органи: 8.1. в ранен стадий до 5-ата година: 60 - 90 % 8.1. в ранен стадий до 5-ата година: 8.1.1. за първите две години след операцията: 95 % 8.1.2. за третата година след операцията: 80 % 8.1.3. за четвъртата година след операцията: 65 % 8.1.4. за петата година след операцията: 60 % 8.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 %. 8.2.1. за първите две години след операцията: 100 % 8.2.2. за третата година след операцията: 91 % 8.2.3. за четвъртата година след операцията: 80 % 8.2.4. за петата година след операцията: 71 % Раздел XII 1. Вродени цепки на устни, челюсти и небце - до корекцията им: 80 - 100 % 100% 2. Травматичен скалп - 50 % 50% 3. Обезобразяващи състояния (след операция за нео гл. Паротис, резекция на челюст и др.), с нарушения на говора и храненето - 50 % 50% 4. Новообразувания на устни, бузи, език, тонзилии, горна и долна челюст, гл. Паротис до 5-ата година след операцията: 50 - 75 % 4.1. в ранен стадий: 4.1.1. за първите две години след операцията: 75 % 4.1.2. за третата година след операцията: 65 % 4.1.3. за четвъртата година след операцията: 60 % 4.1.4. за петата година след операцията: 50 % 4.1. с метастази до 5-ата година: 71 - 100 % 4.2.1. за първите две години след верификацията: 100 % 4.2.2. за третата година след верификацията: 91 %		
--	--	---	--	--

	4.2.3. за четвъртата година след верификацията: 80 % 4.2.4. за петата година след верификацията: 71 % 5. Контрактура на темпоромануибуларните стави, с нарушено хранене - 50 % 50% 6. Злокачествени мекотъканни тумори до 5 година - 60 - 90 % 6.1. за първите две години след операцията: 95 % 6.2. за третата година след операцията: 80 % 6.3. за четвъртата година след операцията: 65 % 6.4. за петата година след операцията: 60 % 7. За злокачествено заболяване инситу - 50 % за една година след санирането 50 % за една година след санирането 8. При синхронни или метасинхронни злокачествени заболявания: 50 % след 5-ата година. <i>Забележка.</i> При липса на данни за рецидив и дисеминация всички онкологични заболявания след петата година се оценяват с 50 %. 50% Раздел XIII Изгаряния Оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се прави по функционалния дефицит на различните органи и системи, засегнати от изгарянето. ЧАСТ ДЕВЕТА ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ Раздел I Захарен диабет ЗАПИТВАНЕ - КОЕ НАЛАГА РАЗЛИЧНО ОЦЕНЯВАНЕ НА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ I И II-РИ ТИП, СЛЕД КАТО ОСНОВНИЯ ПРИНЦИП НА НАРЕДБАТА Е ФУНКЦИОНАЛЕН ДЕФИЦИТ ??? 1. Захарен диабет тип 2 (неинсулинозависим): 1.1. контролиран с диета или с перорално лечение без усложнения: 10 % 10% 1.2. захарен диабет на перорално лечение с хронични усложнения на заболяването в зависимост от броя им: 30 -		<i>Отговор по запитването- смисълът на промяната в НМЕ е в отстраняване на диапазоните, а не в отправните точки. Процентът е определен в зависимост от вида на провежданото лечение.</i>
--	--	--	---

		50 % 1.2. захарен диабет на перорално лечение 1.2.1 захарен диабет с едно усложнение на прицелен орган-30% 1.2.2 захарен диабет с две усложнения на прицелни органи-40% 1.2.3 захарен диабет с повече от две усложнения на прицелни органи-50% 1.3. диабет в детската възраст: 50 % 50% 2. Захарен диабет тип I (инсулинозависим): 2.1. добре контролиран с инсулин без усложнения: 50 % 50% 2.2. диабет в детската възраст без усложнения: 60 - 80 % 2.2. диабет в детската възраст без усложнения: 80 %/лабилност на диабета, чести хипогликемии и хипергликемии/ 2.3. инсулинозависим захарен диабет с хронични усложнения в зависимост от техния брой: 60 - 80 % <i>Забележка.</i> При определяне на окончателния процент на трайно намалена работоспособност/степен на увреждане/степен на увреждане за т. 1.2 и 2.3 се вземат предвид и процентите, определени за функционалния дефицит на прицелните органи вследствие на хроничните усложнения. 2.3.1 -инсулинозависим захарен диабет с едно усложнения-60% 2.3.2 -инсулинозависим захарен диабет с две усложнения -71% 2.3.3 -инсулинозависим захарен диабет с повече от две усложнения -80% Раздел II Болести на щитовидната жлеза 1. Щитовидна хиперфункция (тиреотоксикоза), Болест на Базедов: 1.1. средно тежка форма - рефрактерна на лечение или с хронично-рецидивиращ ход с органични увреждания без траен функционален дефицит: 50 - 60 % 50% 1.2. тежка форма (значителна загуба на тегло, пулсова фреквенция при покой над 120 удара/мин, тиреотоксично сърце, изявена (клас 4 - 6) ендокринно асоциирана		
--	--	--	--	--

	офталмопатия); в оценката на окончателния процент на трайно намалена работоспособност/степен на увреждане се вземат предвид и процентите, определени за функционалния дефицит на сърдечно-съдовата система и зрителния анализатор: 70 - 80 % 80% <i>Забележка 1.</i> При деца до 16 години процентът при всички форми на заболяването се приравнява към т. 1.2. 2. Щитовидна хипофункция (микседем): 2.1. добре компенсирана със заместително лечение: 0 % 0% 2.2. при незадоволителна компенсация (по клинични и лабораторни данни и рефрактерни на лечение форми, доказани в клинична обстановка) въпреки заместителното лечение в зависимост от отражението върху общото състояние и усложненията: 30 % 30% 2.3. при вроден хипотиреоидизъм в зависимост от психосоматичното състояние у деца до 3-годишна възраст: 30 % 30 % 3. Карцином на щитовидната жлеза: 3.1. след отстраняване на папиларен или фоликуларен тумор 1 - 2 стадий: 3.1.1. до втората година: 70 % 71% 3.1.2. до петата година: 50 % 60% 3.1.3. след петата година: 30 % 50% 3.2. след отстраняване на недиференциран и медуларен карцином или на папиларен и фоликуларен карцином в 3 - 4 стадий: 3.2.1. до втората година: 80 % 80% 3.2.2. до третата година: 60 % 60% 3.2.3. след петата година: 30 % 50% <i>Забележка 2.</i> При определяне на окончателния процент на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се вземат предвид и процентите, определени за остатъчните органични увреди и усложнения, включително вследствие на проведеното лечение. ПРЕДЛОЖЕНИЕ : ТАЗИ ЗАБЕЛЕЖКА СТАВА ИЗЛИШНА,АКО НЯМА ДА СЕ СУМИРАТ ПРОЦЕНТИТЕ??? При деца до 16 години процентът по повод карцином на щитовидната жлеза се движи в границите от 80 до 100 %. След петата година: 30 %.		
		Забележка 2- Приема се	Забележка 2 отпада.

		4. При деца до 16 години процентът по повод карцином на щитовидната жлеза се определят: 4.2.1. до втората година: 100 % 4.2.2. от третата до петата година: 80 % 4.2.3. след петата година: 50 % 4. Високостепенна и ретростернална струма, преценена в клинични условия като иноперабилна, с компресивен синдром, съпътстващи заболявания и напреднала възраст, които са контраиндикации за операция: 70 - 100 % 5. Високостепенна и ретростернална струма, преценена в клинични условия като иноперабилна, с компресивен синдром, съпътстващи заболявания и напреднала възраст, които са контраиндикации за операция: 91% / нарушения в акта на гълтане, дихателна недостатъчност и съдови компресии 5. Тиреоид-асоциирана офталмопатия (без изяви тиреоидни нарушения): 5.1. клас 4 - 5 - 6 по Европейска тиреоидна асоциация (ЕТА) в активен стадий: 50 % 50 % 5.2. клас 4 - 5 - 6 (по ЕТА) в неактивен стадий: 30 % 30% <i>Забележка.</i> В посочения по-горе процент се включва и функционалният дефицит на зрителния анализатор. Раздел III Болести на паращитовидните жлези 1. Хипопаратиреоидизъм: 1.1. лека степен - латентна тетания с леки органични спазми: 30 % 30% 1.2. средна степен - манифестна тетания с редки карпопедални и висцерални спазми: 40 % 40% 1.3. тежка степен - манифестна тетания с карпопедални и висцерални спазми и психични нарушения: 50 - 80 % 80% 1.4. при деца - всички форми на хипопаратиреоидизъм: 70 - 80 % 80% 2. Хиперпаратиреоидизъм: 2.1. компенсиран (без риск от фрактури): 10 - 20 % 10% 2.2. декомпенсиран (с риск от фрактури, трайна хиперкалциемия): 50 - 80 % 60% 2.3. с прекарани множествени фрактури, хронична бъбречна недостатъчност (ХБН) и нефрокалциноза, кардиомиопатия: 100 % 100 %		
--	--	--	--	--

		3. Карцином на парацитовидната жлеза - приравнява се с т. 3 от раздел II. Раздел IV Болести на надбъбречните жлези 1. Хиперфункция на надбъбречната кора: 1.1. Синдром на Къшинг Процентът на намалена работоспособност/степен на увреждане се определя от мускулната слабост и от отражението върху различните органи и системи (хипертония, сърдечна недостатъчност, захарен диабет, остеопороза, психични промени): 1.1.1. нелекуван (декомпенсиран): 60 - 80 % 80 % 1.1.2. тежък нелекуван, при невъзможност за повлияване от симптоматично лечение: 90 - 100 % 100% 1.1.3. компенсирани след лечение: 40 - 50 % 50% 1.2. Бенигнен феохромоцитом - оценката е във връзка със стойностите на катехоламиновата хипертония и свързаните с нея органни усложнения до оперативното лечение: 50 - 100 % 91% ПРЕДЛОЖЕНИЕ : Т.1.2 - ИЗЛИШЕН Е ТЕКСТА. ПРОЦЕНТА Е ФИКСИРАН. <i>Забележка 1.</i> След лечение процентът на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя в зависимост от тежестта на остатъчната хипертония, ако има такава, и усложненията ?. 2. Първичен хипералдостеронизъм: 2.1. Синдром на Кон - оценката е във връзка с тежестта на хипертонията и хипокалиемията и органните усложнения до оперативното лечение: 40 - 60 % 50% <i>Забележка 2.</i> След лечение процентът на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя от тежестта на остатъчната хипертония и усложненията ?. 2.2. нетуморни форми на първичен хипералдостеронизъм - процентът на намалена работоспособност/степен на увреждане се определя от степента на артериалната хипертония и хипокалиемия: 40 - 60 % 50% 2.3. при деца с хипералдостеронизъм: 100 % 100%	<i>Предложение : т.1.2- Не се приема</i>	<i>Текстът в т.1.2 е пояснителен.</i>
--	--	--	---	--

	3. Хронична надбъбречна недостатъчност (Адисонова болест) 3.1. лека форма, с лесна уморяемост, лек ортостатизъм: 30 % 30% 3.2. средно тежка форма с изявен астено-адинамичен и консумативен синдром и хипертония: 3.2.1. компенсирана с лечение: 40 % 40% 3.2.2. с незадоволителен ефект от проведеното лечение: 60 - 70 % 75% 3.2.3. средно тежка форма с чести Адисонови кризи: 80 - 100 % 100% 3.3. при деца до 16 години - всички форми на вродена надбъбречна хиперплазия със солева загуба: 70 - 100 % 3.3.1 лека форма -60% 3.3.2 средно тежка форма-80% 3.3.3 тежка форма-100% 3.4. при деца - хипокортицизъм с неврологична симптоматика: 100 % 100% 4. Злокачествени тумори на надбъбречните жлези (хормонално активни и неактивни): 4.1. при радикална операция без метастази: 4.1.1. до 2-рата година от отстраняване на тумора: 100 % 100 % 4.1.2. от 3-тата до 5-ата година: 80 % 80% 4.1.3. след 5-ата година: 30 % 50% 4.2. при метастази или при иноперабилни карциноми: 100 % 100% Раздел V Хипофизарни нарушения 1. Акромегалия: 1.1. лека степен, без органични функционални нарушения, без засягане на зрението: 30 % 30 % 1.2. средно тежка степен - умерена артериална хипертония, лек функционален дефицит на опорно-двигателния апарат: 50 % 50% 1.3. тежка степен - кардиомегалия, сърдечна недостатъчност, изразена артериална хипертония, значителни зрителни нарушения, захарен диабет, остеоартропатия - в зависимост от степента на		
--	---	--	--

		функционалния дефицит на отделните органи и системи: 70 - 100 % 1.3.1 тежка степен с ангажиране на една органа система-71% 1.3.2 тежка степен с ангажиране на две органи системи-80% 1.3.3 тежка степен с ангажиране на повече от две органи системи-100% 2. Нанизъм: 2.1. в детска възраст: 2.1.1. при изоставане под 2 стандартни отклонения: 0 % 0% 2.1.2. при изоставане между 2 и 3 стандартни отклонения: 30 - 40 % 40% 2.1.3. при изоставане от 3 до 4 стандартни отклонения: 60 - 80 % 80% 2.1.4. при изоставане в растежа с повече от 4 стандартни отклонения: 90 - 100 % 100% 2.2. телесна височина след приключване на растежа 2.2.1. за жени от 140 до 131 см, за мъже от 145 до 136 см: 20 - 60 % 40% 2.2.2. за жени от 130 до 120 см, за мъже от 135 до 125 см: 50 - 70 % 71% 2.2.3. за жени от 119 до 110 см, за мъже от 124 до 115 см: 80 % СЧП 91%СЧП 2.2.4. за жени под 110 см, за мъже под 115 см: 100 % СЧП 100 % СЧП <i>Забележка 1.</i> Тези стойности касаят лица с хармонично телесно развитие и нормално нервно-психическо развитие. Допълнително към тези проценти следва да се оценяват свързаните с ниския ръст други нарушения - непропорционално телесно развитие, намалени мнестични възможности и ендокринни нарушения. За непропорционално телесно развитие оценката се завишава с 10 % чрез действие събиране. 3. Безвкусен диабет: 3.1. вроден или придобит, компенсиран със заместително лечение: 10 % 10% 3.2. резистентен на лечение безвкусен диабет (състоянието следва да бъде документирано клинично): 30 - 50 % 50% 4. Хипопитуитаризъм: 4.1. панхипопитуитаризъм: 80 - 95 % 95% <i>Забележка 2.</i> Парциален хипопитуитаризъм - процентът намалена работоспособност/степен на увреждане се		
--	--	---	--	--

		определя в зависимост от секторалната хормонална недостатъчност, касаеща периферните жлези. 5. Хопогонадизъм (първичен, вторичен) и гонадна дисгенезия - в зависимост от функционалния дефицит на костната и мускулната система и общото състояние: 10 - 20 %. 20% Раздел VI Хипотрофии и дистрофии в детска възраст 1. Хипотрофия със загуба на тегло над 20 на сто: 60 - 80 % 1. Хипотрофия със загуба на тегло над 20 на сто: 60%/ Iва степен на хипотрофия свързани с храненето и се отнася за деца до 3годишна възраст / 2. Хипотрофия със загуба на тегло над 30 на сто: 100 %. 2. Хипотрофия със загуба на тегло над 30 на сто: 80% Пра степен на хипотрофия свързана с храненето и се отнася за деца до 3годишна възраст/ Раздел VII Рахит 1. Тежка форма на рахит с патологични фрактури: 100 % 100 % 2. Витамин "Д" резистентен рахит с тежки необратими изменения в костите: 80 %. 80% Раздел VIII Други болести на обмяната 1. Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци; минералната обмяна; във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс; други смущения на обмяната (кистозна фиброза, нарушения на обмяната на порфирина, пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушения на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др.). При възрастни в зависимост от функционалния дефицит на прицелните органи. За деца до 16 години процентът е от 50 до 100 % 1. Тежка форма на рахит с патологични фрактури: 100 % 2. Витамин "Д" резистентен рахит с тежки необратими изменения в костите: 80 %. 2. Подагра		
--	--	---	--	--

	Степента на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя съобразно функционалния дефицит на прицелните органи - бъбреци и ставен апарат. При хронична подагра с образуване на тофи оценката се определя по т. 4.3, раздел XXIII, част девета. Раздел IX Адипозитас пермагна (индекс на телесна маса) (ИТМ) над 55 кг кв.м): 50 % 50 % ПРЕДЛОЖЕНИЕ : ДА СЕ ДИФЕРИНЦИРА БМИ/ИТМ/ : 50 – 55 БМИ - 50 % 55- 60 БМИ - 60 % НАД 60 БМИ - 75 % , ТЪЙ КАТО НЯМА ДА СЕ ВКЛЮЧВАТ УВРЕЖДАНИЯТА ПО СИСТЕМИ ОТПАДА <i>Забележка.</i> Окончателният процент на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане у лица с екстремно затлъстяване се формира и от усложненията на сърдечно-съдовата и дихателната система, хронично-венозната недостатъчност и дегенеративните заболявания на опорно-двигателния апарат, изчислени по формулата. Раздел X 1. Генерализирана остеопороза без реализирани спонтанни фрактури, но с висок фрактурен риск (Т-скор над -2,5), установен чрез остеодезитрометрия на гръбначен стълб или тазобедрени стави - 30 % 30 % 2. При генерализирана остеопороза с реализирани спонтанни фрактури процентът на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя съобразно установения траен функционален дефицит на опорно-двигателния апарат, отразен в първа част на таблицата <i>Забележка.</i> Вторичната остеопороза се включва в процента на основното заболяване. Раздел XI	<i>предложение- Не се приема</i>	<i>Предложение- не се приема, защото промените на сърдечно- съдовата система, дихателната система, хронично венозната недостатъчност и дегенеративните заболявания на опорно двигателния апарат (ОДА) ще оценяват отделно и ако обуславят по-висок % ще се определи такъв.</i>
--	---	---	---

	Генетични аномалии 1. Бройни или структурни хромозомни аберации 2. Наследствени дефекти на метаболизма 3. Единични и множествени вродени аномалии (дисметрични синдроми) - ако не могат да бъдат отнесени към друг раздел на тази таблица. <i>Забележки:</i> 1. За посочените по-горе генетичните аномалии се следват (за възраст над 3 години): 30 %. 30 %. 2. За деца до 3 години: 50 %. 50 % Раздел XII Болести на хранопровода 1. Дивертикули със задръжка на храна и усложнения, като възпалителни промени, значителна загуба на тегло и увредено общо състояние: 20 - 40 % 50% 2. Органични стенози на хранопровода: 2.1. без изразени трудности в акта на гълтане: 0 % 0 % 2.2. с изразени трудности в преглъщането - повръщане, отслабване на тегло, увредено общо състояние и възпалителни промени при неповлияване от оперативно лечение: 30 - 80 %. 80% Раздел XIII Болести на стомаха 1. Язвена болест без усложнения: 0 % 0 % 2. Язвена болест с усложнения - чести кръвоизливи и перфорации на стомаха (в зависимост от нарушенията в общото състояние и хемопоезата): 20 - 40 % 40% 3. Болест на оперирания стомах - Дъмпинг синдром, синдром на сляпата бримка, пептични язви на йеюнума, тотална гастректомия с развит синдром на витаминен и електролитен недоимък и др.: 50 - 80 %. 3. Болест на оперирания стомах - Дъмпинг синдром, синдром на сляпата бримка, пептични язви на йеюнума, тотална гастректомия с развит синдром на витаминен и електролитен недоимък и др.: 3.1 Болест на оперирания стомах - Дъмпинг синдром,		
--	---	--	--

	синдром на сляпата бримка, пептични язви на йеюнума-50% 3.2 Тотална гастректомия с развит синдром на витаминен и електролитен недоимък и др.-100% Раздел XIV Болести на червата 1. Глутенова ентеропатия, частична резекция на черво, дивертикулити: 1.1. без синдром на малабсорбция, без съществени промени в общото състояние: 0 % 0 % 1.2. със синдром на малабсорбция, при увредено общо състояние: 50 - 70 % 60% 2. Хроничен улцерохеморагичен колит (ХУХК) и регионален ентерит (Болест на Крон): 2.1. с рецидивиращо протичане без усложнения: 40 % 40 % 2.2. персистиращи, трудно влияещи се от лечение форми с консумативен, анемичен и адинамичен синдром: 50 - 70 % 2.1. с рецидивиращо протичане без усложнения: 40 % 2.2. персистиращи, трудно влияещи се от лечение форми с консумативен, анемичен и адинамичен синдром: 71 % 2.3. напреднали форми с усложнения - изразен консумативен, астено-адинамичен и анемичен синдром, белтъчно-електролитни нарушения и усложнения при ХУХК и Болестта на Крон (стенози и резекции): 71 - 100 % 100% 3. Пострезекционни състояния в детската възраст: 3.1. синдром на късо тънко черво: 100 % 100 % 3.2. синдром на късо дебело черво: 70 %. 71% Раздел XV Болести на черния дроб 1. Хроничен хепатит (вирусен, алкохолен, автоимунен) - след чернодробна биопсия, според хистологичната находка в стадий F3-F4: 10 - 40 %: 1.1. лека степен на активност: 10 % 10 % 1.2. умерена степен на активност: 20 - 30 % 30% 1.3. висока степен на активност, преход към цироза: 40 % 40% 2. Чернодробна цироза: 2.1. I стадий по Чайлд: 50 % 50%		
--	---	--	--

		2.2. II стадий по Чайлд: 80 % 80% 2.3. III стадий по Чайлд: 95 % 95% 3. Първична билиарна цироза, хемокроматоза, болест на Уилсън: 3.1. без оформяне на чернодробна цироза и без промяна на общото състояние: по аналогия с т. 1 3.2. с чернодробна цироза: по аналогия с т. 2 4. Състояние след трансплантация на черния дроб: 4.1. до 2 години след трансплантацията: 80 - 95 % 95 % 4.2. след втората година в зависимост от състоянието на пациента: 20 - 70 %. 71% Раздел XVI Болести на панкреаса 1. Хроничен панкреатит с изразен болков синдром с калцификати и/или псевдокисти и с изразено нарушаване на общото състояние (според степенната му изразеност): 30 - 60 % 50% 2. Хроничен панкреатит с изразена екзокринна недостатъчност, консумативен синдром и увредено общо състояние, състояние след резекция на панкреаса: 70 - 90 %. 95% Раздел XVII Злокачествени кръвни заболявания 1. Миелоидни неоплазии: 1.1. хронични миелопротрофиеративни заболявания: хронична миелогенна, еозинофилна, неутрофилна левкемия, хронична идиопатична миелофиброза, полицитемия вера, есенциална тромбоцитемия: 1.1.1. в хронична фаза до 5-ата година: 75 % 75 % 1.1.2. в бластна криза: 95 % 95 % 1.1.3. от петата до десетата година: 50 % 50% 2. Миелодиспластични (миелопротрофиеративни) заболявания: хронична миеломоноцитна левкемия, атипична хронична миелогенна левкемия, ювенилна миеломоноцитна левкемия: оценката е като т. 1 3. Миелодиспластични синдроми (рефрактерна анемия със или без ринг сидеробласти, със или без ексцес на бласти, рефрактерна цитопения):		
--	--	---	--	--

		3.1. до постигане на ремисия: 95 % 95% 3.2. до 5 години от постигане на ремисията: 75 % 75% 3.3. при постигната ремисия: 50 % 50% 4. Остра миелоидна левкемия: 4.1. до завършване на лечението, включително консолидационни курсове: 95 % 95 % 4.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 75 % 75% 4.3. от 5-ата до 10-ата година: 50 % 50% В-клетъчни неоплазии 5. Прекурсорни В-клетъчни неоплазии (прекурсорни В-лимфобластна и В-клетъчна остра лимфобластна левкемия): 5.1. до завършване на лечение, вкл. консолидационни курсове - 95 % 95 % 5.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 75 % 75% 5.3. от 5-ата до 10-ата година: 50 % 50% 6. Периферни В-клетъчни неоплазии (плазмноклетъчен миелом (плазмоцитом), лимфоцитен лимфом): 6.1. без лечение, до 5-ата година: 50 % 50 % 6.2. с умерени прояви до завършване на лечението: 75 % 75% 6.3. с тежки прояви (остеолиза, анемия, хронична бъбречна недостатъчност): 95 % 95% 6.4. при постигната ремисия: 50 % 50% 7. В-клетъчна хронична лимфоцитна левкемия, В-клетъчна полиморфна левкемия, спленален маргинално зонов В-клетъчен лимфом, косматоклетъчна левкемия, екстранодален маргиналнозонов В-клетъчен лимфом, фоликуларен лимфом: 7.1. до завършване на лечението: 50 % 75% 7.2. без лечение, до 5-ата година: 30 % 50% 7.3. при автоимунна хемолитична анемия и/или тромбоцитопения: 95 % 95% 8. Дифузен едро В-клетъчен лимфом, лимфом на Бъркет: 8.1. до завършване на лечението: 95 % 95 % 8.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 75 % 75% 8.3. при постигната ремисия: 50 % 50% 8.4. при резистентност към лечението и авансиралост на процеса: 95 % 95% Т-клетъчни и НК-клетъчни неоплазии 9. Прекурсорни Т-клетъчни неоплазии (прекурсорен Т-лимфобластен лимфом, прекурсорна Т-клетъчна остра лимфобластна левкемия):		
--	--	---	--	--

	9.1. до завършване на лечението, вкл. консолидационни курсове: 95 % 95 % 9.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 75 % 75% 9.3. от 5-ата до 10-ата година: 50 % 50% 10. Т-клетъчни неоплазии (Т-клетъчна полиморфна левкемия, Т-клетъчна лимфоцитна левкемия, агресивна НК-клетъчна левкемия, екстранодален Т-клетъчен лимфом, хиперспленална гама-делта Т-клетъчна лимфома, микозис фунгоидес-сезари синдром): 10.1. по време на лечение: 95 % 95 % 10.2. след лечение до 5-ата година: 75 % 75 % 10.3. при ремисия до 10-ата година: 50 % 50 % 10.4. при резистентност и авансиралост на процеса: 95 % 95 % 11. Лимфом на Хочкин: 11.1. при I и II клиничен стадий до постигане на ремисия: 75 % 75% 11.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 50 % 11.2. от постигане на ремисия: 50 % 11.3. при III и IV клиничен стадий до постигане на ремисия: 95 % 95% 11.4. при постигната ремисия от 5-ата до 10-ата година: 50 % 50% ЗАПИТВАНЕ : КАК ЩЕ СЕ ОЦЕНЯВА - ЛИМФОМ НА ХОЧКИН – III-IV СТ. ПРИ ПОСТИГНАТА РЕМИСИЯ ДО 5-ТАТА ГОДИНА ??? Раздел XVIII Други болести на кръвта и кръвотворните органи 1. Желязо- и други недоимъчни анемии: 1.1. след чести кръвоизливи или рецидиви без възможност за постигане на ремисия при лечението: 20 % 20 % 1.2. при трайно задържане на хемоглобина под 100 г/л, потребност от периодично кръвопреливане: 50 - 80 % 80% 2. Наследствени и придобити хемолитични анемии:		<i>Отговор по отправеното запитване е даден по предходно запитване- предложение № 5 от справката, като в част 9, р. XVII текстът следва да се чете:</i> <i>T.11.3- при трети и четвърти клиничен стадий до постигане на ремисия- 95 %;</i> <i>T. 11.4- до петата година при постигната ремисия- 75 %;</i> <i>T. 11.5- от петата до десетата година- 50 %</i>
--	---	--	--

		2.1. при стабилизирано състояние без изразени общи нарушения: 20 % 20 % 2.2. при хемоглобин под 100 г/л, потребност от кръвопреливания, имunosупресия, умерено увредено общо състояние: 80 % 80 % 2.3. при значително увредено общо състояние, необходимост от периодични кръвопреливания, вторична хемосидероза, трайно имunosупресивно лечение: 90 - 100 % 100% 3. Апластична анемия - при панмиелопатия или еритробластоза: 70 - 100 % 95% при терапевтично неговлияване 4. Дефекти на коагулацията: 4.1. лека степен - редки провокирани кръвоизливи (антихемофилен глобулин (АХГ) над 5 %): 20 - 30 % 30% 4.2. средно тежка форма - с редки повтарящи се кръвоизливи (АХГ 1 - 5 %): 40 - 60 % 60% 4.3. тежки форми - чести кръвоизливи, необходимост от регулярно заместително и друго лечение (АХГ), по-малко от 1 %: 95 - 100 % 100% 5. Пурпура и други хеморагични състояния Оценката се прави както по т. 4. 6. Болести на белите кръвни телца (агранулоцитоза, функционални разстройства на полиморфноядрените неутрофили, генетични аномалии на левкоцитите и др.): 6.1. при леки стабилизиран състояние: 20 - 30 % 30% 6.2. при рецидивиращи форми и необходимост от често болнично лечение: 50 - 80 % 80% 6.3. при тежки, неговлияващи се от лечението форми: 90 - 100 % 100% 7. Загуба на далака (без наличие на кръвно заболяване): 7.1. за деца при загуба на далака преди навършването на 12-годишна възраст (съобразно склонността към инфекции и протичането им): 75 % 75% 7.2. при по-късна загуба в първата година от отстраняването: 30 % 30% 7.3. след изтичане на едногодишен период: 0 % 0% 8. Разстройства на имунитета в детска възраст - тежка степен (вродени и придобити имунодефицитни болести): 80 % 80% 9. Костно-мозъчна трансплантация - оценката е както в раздел XIX, т. 6.		
--	--	---	--	--

		Раздел XIX Болести на бъбреците и пикочните пътища 1. Загуба или отпадане на един бъбрек при здрав друг бъбрек: 20 % 20 % 2. Загуба или отпадане на един бъбрек при увреден единствен бъбрек, но с компенсирана бъбречна функция при болестна находка в урината: 2.1. лесно овладяващи се медикаментозно уроинфекции: 30 % 30% 2.2. рецидивиращи уроинфекции, нефролитиаза и т. н.: 2.2.1. при възрастни: 40 - 50 % 50% 2.2.2. при деца: 50 - 80 % 80% <i>Забележка</i> 1. Състоянието след нефректомия заради малигнен процес се оценява по този раздел след приключване на срока на наблюдение, определен в раздел IX на част осма. 3. Хронични бъбречни инфекции при компенсирана бъбречна функция: 3.1. лека степен (интермитираща протеинурия и сигнификантна бактериурия) в зависимост от честотата на възпалителните тласъци: 0 - 10 % 10% 3.2. в останалите случаи: 20 - 30 % 30% 4. Бъбречно-каменна болест без ограничения в бъбречната функция: 4.1. с колики през големи интервали: 0 - 10 % 0% 4.2. с по-чести колики и усложнения (уроинфекция, хидронефроза, ренопаренхимна артериална хипертония, анемичен синдром): 30 - 50 % 50% 5. Функционални нарушения на бъбреците: 5.1. декомпенсирана бъбречна функция при креатенинов клирънс под 90 мл/мин и със запазени стойности на серумния креатинин: 20 - 30 % 30% 5.2. хронична бъбречна недостатъчност в умерена степен - серумен креатинин от референтни стойности до 400 микромола/л, общо състояние леко увредено: 40 - 60 % 60% ЗАПИТВАНЕ : ЗАЩО ДИАПАЗОН ОТ НОРМАЛНИ СТОЙНОСТИ НА КРЕАТИНИНА ДО 400 СЕ ОЦЕНЯВАТ ЕДНАКВО , ПРЕДВИД РАЗЛИЧНОТО СЪСТОЯНИЕ НА БОЛНИТЕ?		<i>Отговор по запитване- в т.5.2 е отстранен диапазонът и е определена максималната оценка на съществуващия диапазон предвид защита на интересите на хората със захарен диабет.</i>
--	--	---	--	--

		5.3. хронична бъбречна недостатъчност тежка степен - серумен креатенин от 401 микромола/л до 800 микромола/л, общо състояние силно увредено: 70 - 90 % 5.3. хронична бъбречна недостатъчност тежка степен : 5.3.1 хронична бъбречна недостатъчност - серумен креатенин от 401 микромола/л до 600 микромола/л, и умерено увредено общо състояние -75% 5.3.2 хронична бъбречна недостатъчност - серумен креатенин от 601 микромола/л до 800 микромола/л, тежко увредено общо състояние-91% 5.4. много тежка степен на хронична бъбречна недостатъчност със серумен креатенин над 800 микромола/л, тежко общо състояние, необходимост от постоянно лечение с изкуствен бъбрек (диализа): 95-100 % 100% Забележка 2. Пожизнен срок на инвалидността може да се определи само за случаи, които не подлежат на трансплантация (доказано с медицински документ). 6. Състояние след бъбречна трансплантация: 6.1. в първите 2 години: 100 % 100 % 6.2. след този период съобразно функционалното състояние на трансплантата, остатъчните функционални нарушения и настъпилите усложнения от имunosупресивното лечение: 50 - 100 % 6.2.1 след този период без усложнения от имunosупресивно лечение-75% 6.2.2 с настъпили усложнения-95% 7. Первични и вторични гломерулонефрити (със или без нефротичен синдром) без хронична бъбречна недостатъчност: 7.1. в период на активно лечение до постигане на ремисия или при рецидив: 50 - 80 % 80% 7.2. след постигане на продължителна ремисия: 30 % 30% 8. Метаболитни нарушения (цистинурия, оксалурия, тубулна ацидоза, нефрокалциноза, хиперкалциурия и др.) - при деца: 30 - 50 % 50% 9. Вродени аномалии на отделителната система (бъбречна дисплазия едностранна или двустранна, хипоплазия, поликистозен бъбрек и др.) при компенсирана бъбречна функция: 9.1. без съществени оплаквания: 0 - 10 % 0% 9.2. с клинична симптоматика:		
--	--	--	--	--

		9.2.1. при възрастни: 20 - 40 % 9.2.1. при възрастни-оценката е както при т.4 9.2.2. при деца: 40 - 70 % 9.2.2. при деца: 9.2.2.1при деца с умерена честота на уроинфекциите доказани клинично и микробиологично/1-2пъти годишно/ - 40% 9.2.2.2 при деца с чести уроинфекции доказани клинично и микробиологично/над 3 пъти годишно/ -60% 10. Реновазална хипертония (доказана с реновазография), без траен функционален дефицит в прицелните органи - 40 % 40% 11. Хронични интерстициални нефрити (биопсично доказани), без влошена бъбречна функция, но налагащи провеждане на патогенетични лечения: 11.1. в период на активно лечение до постигане на ремисия или рецидив: 50 - 80 % 80% 11.2. след постигане на продължителна ремисия: 30 %. 30% Раздел XX Паразитни болести 1. Ехинококоза: 1.1. първична, локализирана в един орган, подлежаща на оперативно или медикаментозно лечение съобразно функционалния дефицит на засегнатия орган: 20 - 50 % 50% 1.2. състояние след операция без рецидив и функционални нарушения: 0 - 10 % 0% <i>Забележка</i> 1. При рецидивираща или множествена, включително и иноперабилна ехинококоза, процентът на намалена работоспособност/степен на увреждане се определя според органната локализация и степента на функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи и системи (черен дроб, бели дробове, централна нервна система (ЦНС), слезка, опорно-двигателен апарат, отделителна система, зрителни органи и др.). 2. Трихинелоза: 2.1. миопатична дисфункция след прекарана трихинелоза; оценката се базира на функционалните ограничения на крайниците: 0 - 40 %		
--	--	--	--	--

		2.2. сърдечно-съдови усложнения след прекарана трихинелоза: 20 - 80 % 3. Амебен абсцес с локализация в черен дроб, главен мозък, бели дробове и по-рядко други органи - оценката се извършва според органната локализация и степента на функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи: 20 - 50 % 4. Шистозоматози - хроничен стадий Процентът на загубена работоспособност се определя съобразно трайния функционален дефицит на засегнатите органи и системи (пикочно-полова, храносмилателна, дихателна и др. системи). <i>Забележка</i> 2. Всички останали паразитози, които могат да доведат до намалена работоспособност/степен на увреждане, се оценяват според функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи и системи. 2. Трихинелоза: 2.1. миопатична дисфункция след прекарана трихинелоза; оценката се базира на функционалните ограничения на крайниците-оценката се определя според степента на установения неврологичен функционален дефицит . 2.2. сърдечно-съдови усложнения след прекарана трихинелоза -оценката се определя съобразно настъпилия функционален дефицит от страна на сърдечно-съдовата система. 3. Амебен абсцес с локализация в черен дроб, главен мозък, бели дробове и по-рядко други органи - оценката се извършва според органната локализация и степента на функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи. 4. Шистозоматози - хроничен стадий Процентът на загубена работоспособност се определя съобразно трайния функционален дефицит на засегнатите органи и системи (пикочно-полова, храносмилателна, дихателна и др. системи). <i>Забележка</i> Всички останали паразитози, които могат да доведат до намалена работоспособност/степен на увреждане, се оценяват според функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи и системи. Раздел XXI Инфекциозни болести		
--	--	---	--	--

		1. Бруцелоза - III фаза с органни поражения: 10 - 30 % 30% 2. Синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН): 2.1. субклиничен имунен дефицит: 20 - 40 % 40% 2.2. СПИН свързан комплекс - 50 - 80 % 80% 2.3. разгърната форма: 90 - 100 %. 100% Раздел XXII Хронични професионални отравяния Оценяват се трайните функционални нарушения на засегнатите органи и системи според клиничните прояви (диагнози, синдроми), посочени в списъка на професионалните болести в част I от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести. Раздел XXIII Заболявания на опорно-двигателния апарат 1. Инфекциозни артрити: 1.1. моноартикуларно или олигоартикуларно засягане на големи и средни стави на крайниците без тендосиновит: 10 - 20 % 20% 1.2. моно/олигоартикуларно засягане на големи и малки стави на крайниците, чести тендосиновити, хронично рецидивиращо протичане и наличие на хрущялно-костни лезии, доказани с рентгенографии, компютърни томографии или ядреномагнитни томографии: 30 - 50 % 50% 2. Синдром на Райтер и реактивни артрити: 2.1. полиартикуларно засягане на големи, средни и малки стави на крайниците без тендосиновит: 10 - 20 % 20% 2.2. полиартикуларно засягане на големи и малки стави на крайниците, чести тендосиновити с хронично рецидивиращо протичане и наличие на хрущялно-костни лезии, доказани с рентгенографии, компютърни томографии и ядреномагнитни томографии: 30 - 50 % 50% <i>Забележка 1.</i> При установяване на траен функционален дефицит на опорно-двигателния апарат от другите отдели, включително гръбначен стълб, състоянието се оценява по част първа. Трайният функционален дефицит, който се		
--	--	---	--	--

		оценява по част първа, се включва в посочения по-горе диапазон. 3. Псориатичен артрит Оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане при засягане на периферни стави е аналогична с тази в т. 4 (Ревматоиден артрит), а при засягане на гръбначния стълб - с т. 6.2 (Болест на Бехтерев). 4. Ревматоиден полиартрит: 4.1. първи рентгено-анатомичен: 10 % 10 % 4.2. втори рентгено-анатомичен стадий: 20 % 20 % 4.3. трети рентгено-анатомичен: 30 - 50 % 4.3. трети рентгено-анатомичен стадий, с възпалителна активност и леко изразен ортопедичен функционален дефицит обусловен от заболяването: 50% 4.3.1 трети рентгено-анатомичен стадий с трудно овладяваща се възпалителна активност и умерен ортопедичен функционален дефицит обусловен от заболяването: 75% 4.4. четвърти рентгено-анатомичен стадий (сублуксации, фиброзна и костна анкилоза, мускулна атрофия): 60 - 100 % 95% Забележка 2. В окончателната оценка влизат трайният функционален дефицит на опорно-двигателния апарат, оценен по част първа, и настъпилите усложнения от медикаментозното лечение, както и промените във висцералните органи. Забележка В окончателната оценка влизат трайният функционален дефицит на опорно-двигателния апарат, оценен по част първа, и настъпилите усложнения от медикаментозното лечение, както и промените във висцералните органи. 5. Системни заболявания на съединителната тъкан (системен еритематоден лупус, прогресивна склеродермия, полимиозит и дерматомиозит, възлест периартрит, васкулити и други системни автоимунни болести) в зависимост от формата, протичането, засягането на отделните системи и функционалния дефицит: 5.1. от установяването на системно заболяване до постигане на ремисия при системно имunosупресивно лечение: 80 % 80% 5.2. след постигане на ремисия без траен функционален		
--	--	--	--	--

	дефицит и без усложнения от кортикотерапията: 40 - 50 % 50% 5.3. при продължаващо имunosупресивно лечение с усложнения от основното заболяване и от лечението, както и при настъпване на рецидив: 80 % 80% 5.4. тежки, хронични форми, неподдаващи се на лечение, с тежък функционален дефицит на съответните органи и системи: 90 - 100 % 100% 6. Болест на Бехтерев (анкилозиращ спондилоартрит): 6.1. ранен стадий (независимо от локализацията - гръбначен стълб и периферни стави), без функционални нарушения и без оплаквания в хода на лечението: 10 % 10% 6.2. централна форма (ангажиране на шиен, торакален и лумбален отдел на гръбначния стълб): 6.2.1. начално развитие с лек функционален дефицит: 20 - 40 % 40% 6.2.2. при ограничение на движението в засегнатите отдели на гръбначния стълб, без кифоза и лордоза: 50 - 70 % 71% 6.2.3. при липса на движение, с оформена кифоза и лордоза: 71 - 100 % 95% <i>Забележка</i> 3. В съображението влизат функционалните дефицити от страна на опорно-двигателния апарат, сърдечно-съдовата и дихателната система, оценени в съответните части на таблицата. ВЪПРОС- как в съображение ще влизат функционалните дефицити от страна на опорно-двигателния апарат, сърдечно-съдовата и дихателната система, оценени в съответните части на таблицата щом няма да се сумират %. 6.3. Гръбначно-периферна форма. Оценката на окончателния процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане се изчислява, като се вземат предвид процентите, отразени в т. 4 и 6.2, които се включват в диапазона. ЧАСТ ДЕСЕТА КОЖНИ БОЛЕСТИ 1. Екзема: 1.1. обикновена екзема, професионална екзема (дерматит): 1.1.1. с ограничено разпространение и рецидив до два пъти годишно: 0 - 10 % 10%		<i>Отговор по запитване- ще се вземе предвид най-високата оценка.</i>
--	--	--	--

		1.1.2. с широко разпространение и чести рецидиви: 20 - 30 % 30% 2. Атопичен дерматит (конституционален невродермит): 2.1. атопичен дерматит с широко разпространение, изявен продължително време: 30 - 50 % 50% 2.2. атопичен дерматит с генерализирани кожни прояви и необходимост от многократно болнично или амбулаторно лечение: 70 - 80 % 80% 3. Хронично рецидивираща уртикария: 3.1. с често появяващи се тласъци, доказани клинично: 20 % 30% 3.2. тежко хронично, продължаващо с години протичане: 30 - 40 % 50% 4. Акне конглобата и професионално акне (маслено и хлорно) с често развитие на фистули в зависимост от двигателния дефицит, оценен по част първа: 30 - 50 % 50% 5. Акне инверса с тежко засягане и гноене (аксилни, ингвинални гънки, перианално пространство) - 100 % 100% 6. Кожни промени при автоимунни заболявания (лупус еритематодес, дерматомиозит, прогресивна склеродермия, болест на Бехчет, пиодерма гангренозум). По този начин следва да бъде оценена и винилхлоридната болест с кожни прояви: 6.1. ограничени в предилекционното място, при ограничено разпространение: 30 % 30% 6.2. ограничени в предилекционното място, широко разпространени, съобразно козметичните и функционалните въздействия: 40 - 50 % 50% 6.3. преминаващи извън предилекционните места, включително улцерации: 60 - 80 % 80% <i>Забележка 1.</i> Ограничението на ставните движения и въвлечането на вътрешните органи се оценяват допълнително. 7. Булозни дерматози (пемфигус, пемфигоид и морбус Дюринг): 7.1. при ограничени кожни и лигавични поражения и ограничено разпространение: 30 % 30 % 7.2. при ограничени кожни и лигавични промени с трудно постигаща се ремисия: 30 - 50 % 50% 7.3. при разпространени кожни и лигавични поражения, при невъзможност за постигане на ремисия въпреки адекватното лечение: 60 - 80 % 80%		
--	--	--	--	--

	7.4. в напреднал стадий, с траен функционален дефицит на органи и системи, настъпил вследствие на лечението с кортикостероиди: 90 - 100 % 100% <i>Забележка 2.</i> При освидетелстването се вземат предвид усложненията от други органи и системи (храносмилателна, опорно-двигателна и др.), както и изоставането във физическото и нервно-психическото развитие. 8. Псориазис вулгарис: 8.1. с ограничени промени 0 - 10 % 10% 8.2. разпространени промени с възможност за постигане на ремисия (за месеци) или засягане ноктите на ръцете: 20 % 20% 8.3. при продължително протичане, разширено разпространение: 30 - 50 % 8.3. при продължително протичане, разширено разпространение с ангажиране на кожната повърхност над 50% : 50 % 8.4. с генерализирани кожни промени и пустулозни промени: 80 % 80% <i>Забележка 3.</i> Ставното и гръбначното участие следва да се оцени допълнително по раздел XXIII на част девета и се включва в посочения по-горе диапазон. ЗАПИТВАНЕ : ЗАБЕЛЕЖКА 3 ПРОТИВОРЕЧИ С НОВОТО ПРИЛОЖЕНИЕ 2 КЪМ ЧЛ. 63 АЛ. 3 КАКЪВ Е СМИСЪЛЪТ СТАВНОТО И ГРЪБНАЧНОТО УЧАСТИЕ ДА СЕ ОЦЕНЯВА ДОПЪЛНИТЕЛНО, СЛЕД КАТО НЯМА ДА МОЖЕ ДА СЕ ПРИБАВЯ КЪМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПО Т.8 % ТНР? 9. Еритродермии: 9.1. при ниска интензивност на възпалителния процес: 30 - 50 % 40% 9.2. при средна интензивност на възпалителния процес без значително повлияване на общото състояние: 60 % 60% 9.3. при силно повлияване върху общото състояние: 70 - 100 % 100% 10. Ихтиозис: 10.1. лека форма - със суха кожа, с умерена десквамация, но без значителна пигментация: 0 - 10 % 10% 10.2. средно тежка форма със силна десквамация и пигментация: 20 - 40 % 50%	Запитване по забележка 3- Приема се частично	Забележка 3 към т.8 е променена: „Ставното и гръбначното участие следва да се оцени отделно по раздел XXIII на ч.IX и се вземе най-високия процент“.
--	---	---	---

		10.3. тежка форма при участие на цялата кожа, особено по сгъвките на тялото и лицето: 50 - 90 % 91% 11. Ограничени кератози: 11.1. с ограничени кожни лезии: 10 % 10 % 11.2. с разширени кожни лезии: 20 - 40 % 30% 11.3. с разпространени кожни лезии и усложнения, довели до трайно намалени двигателни възможности: 50 % 50% 12. Дерматомикози 12.1. с поразяване на всички пръсти на ръцете и краката, с разрушаване на всички нокти: 20 % 20% <i>Забележка</i> 4. При системни микози (кандидомикози, хистоплазмози, кокцидомикози) трябва да бъдат оценени промените и на вътрешни органи. 13. Хронично-рецидивиращ еризипел: 13.1. без остатъчен лимфедем: 10 % 10% 13.2. извън това съобразно разпространението на лимфедема: 20 - 40 % 40% 14. Невуси и невоидни образувания и други състояния, водещи до обезобразяване на лицето: 30 - 50 % 50% 15. Пигментни нарушения, разпространени по откритите части: 0 - 10 % 10% 16. Злокачествени тумори на кожата След отстраняване на злокачествен кожен тумор следва да се определи процент на трайно намалена работоспособност/степен на увреждане: 16.1. меланом 16.1.1. първи стадий T1-2, N0, M0 - 50 %; 50% 16.1.2. втори стадий T3, N0, M0 - 80 %; 80% 16.1.3. трети стадий T4, N0, M0 - 90 - 100 %; 100% 16.1.4. четвърти стадий - всяко T, N1-2, M0 - 90 - 100 %; 100% 16.1.5. четвърти стадий - всяко T, всяко N, M1 - 100 %; 100% 16.2. спиноцелуларен карцином: 16.2.1. 0 - 1 стадий Tis - 1, N0, M0 - 0 - 10 %; 10% 16.2.2. втори стадий T2-3, N0, M0 - 30 %; 30% 16.2.3. трети стадий T4, N0, M0 - 70 %; 71% 16.2.4. четвърти стадий - всяко T и N с M1 - 80 - 100 %; 100% 16.3. дерматофибросарком: 16.3.1. първи стадий - T1a, N0, M0 и T1b, N0, M0 - 30 %; 30%		
--	--	--	--	--

	% 16.3.2. втори стадий - T2a, N0, M0 и T2в, N0, M0 - 50 %;50% 16.3.3. трети стадий - всяко T, N0, M0 - 70 %; 71% 16.3.4. четвърти стадий - всяко T, всяко N, M1 - 100 %;100% 16.4. базоцелуларен карцином: 16.4.1. единичен: 10 % 10% 16.4.2. множествен и рецидивиращ: 30 % 30% След 5-ата година от отстраняване на тумора се следват 30 % 50% с изключение на т. 16.2.1, 16.2.2, 16.3.1 и 16.4.1. § 3. Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 се изменя така: „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 При ползването на отправните точки трябва да се има предвид следното: I. Водеща при определяне степента на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане е експертната оценка на функционалния дефицит, обусловен от заболяването. II. Констатираното заболяване, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка от приложение № 1 към чл. 63, ал. 1. III. Когато са налице няколко увреждания, независимо дали са за заболявания от общ характер или за заболявания с причинна връзка, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане е посочен отделен процент, оценката на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя, като се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане. Останалите проценти за съпътстващите увреждания, не се вземат предвид при оценката, но се изписват в мотивната част на експертното решение. ПИТАНЕ –КАК ДА СЕ ПРОЦЕДИРА „КОГАТО ПАЦИЕНТА ИМА ПОВЕЧЕ ОТ ЕДНО ЗАБОЛЯВАНИЯ ЗА КОИТО НАРЕДБАТА ОПРЕДЕЛЯ ЕДНАКЪВ %ТНР? КОЕ ЗАБОЛЯВАНЕ ДА СЕ ВЗИМА ЗА НАЙ-ТЕЖКО? IV. Процентът на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане не може да бъде по-висок от 100.		<i>По отправеното запитване- В този случай няма градиране по тежест, а всички заболявания са с еднаква тежест, затова за основно заболяване може да се вземе всяко едно от тези заболявания с еднакъв %.</i>
--	---	--	---

		ЗАБЕЛЕЖКА -АКО ЩЕ СЕ СПАЗВА Т. III , ТАЗИ ТОЧКА Е ИЗЛИШНА.НЯМА ТОЧКА В НАРЕДБАТА ,КОЯТО ДА ОПРЕДЕЛЯ ПОВЕЧЕ ОТ 100% ТНР. V. Оценката на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя поотделно за всеки осигурителен риск. VI. Когато лицето има увреждания, получени при трудова злополука и при професионална болест, оценката се определя по принципа, посочен в т.III, тъй като трудовата злополука и професионалната болест са един и същ осигурителен риск.”.	Забележка- не се приема	Текстът е пояснителен.
13.	Д-р А. Стоев, вх. № 03-08-88/27.04.2018 г.	I. Моля при предстоящите промени в тази наредба МНОГО ВНИМАТЕЛНО да се прецизират случаите на хората страдащи от хронични, социално-значими заболявания, които НЕМИНУЕМО водят до <u>множество ТЕЖКИ ПРОГРЕСИРАЩИ УВРЕЖДЕНИЯ</u>. Абсурдна е идеята за освидетелстване САМО на основното и/или на второ основно заболяване, а останалите да не се отчитат...! Само КОМПЛЕКСНИЯТ ПОДХОД към всеки отделен случай може да гарантира СПРАВЕДЛИВОСТ за хората! Например : Ако човек като мен има - • инсулино-зависим лабилен диабет - тип 1 от 44 години, • диабетна полиневропатия от 40 години, • диабетна ретинопатия от 30 години, • диабетна ангиопатия от 20 години, • хипертония II степен от 20 години, • начална ЛК хипертрофия от 30 години, • спастичен колит от 40 години и • алергия от 45 години и астма от 1 година.... <u>Колко процента ще получи по НОВАТА методика...?</u> Въпреки всички тези заболявания обаче този човек все още работи, внася данъци и осигуровки, възпитава	Не се приема	По отношение приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ досегашната практика показва, че лицата с тежки инвалидизиращи увреждания попадат във висока категория на % ТНР независимо от съпътстващите ги други незначителни заболявания, докато лицата с леки, неинвалидизиращи ги заболявания, но много на брой при изчислението по настоящата формула попадат неоснователно в правопораждаща категория %ТНР наравно с тежко увредените хора. Практика показва, че този начин е по-справедлив от медицинска гледна точка, тъй като няма да оцети тежко увредените лица и в същото време ще ограничи лицата с по-леки увреждания, които могат да ползват други права във връзка с тези увреждания. Регламентираната от сега действащата Методика, формула за изчисление на крайният процент ТНР предопределя наличните проблеми поради липсата на медицинска обосновка при нейното изготвяне.

		подрастащите в българско училище...! 2. С тази "реформа" за пореден път българско правителство прави опит да спре инвалидните пенсии на хората с увреждания, които все още могат да работят и въпреки своите увреждания се опитват да дадат нещо полезно на обществото и да плащат своите данъци...! Поредното оправдание е, че броят на инвалидите в България нараствал „прекалено бързо“ и това се отразявало зле на парите в НОИ! Целта е някаква „икономия“ на средства в НОИ, без да се мисли изобщо за фаталния ефект от тази промяна за хиляди хора с увреждания в България...! Изобщо не се отчита РЕАЛНОСТТА в страната - съсипано здравеопазване, липса на профилактика, нарастваща безработица, ежедневен стрес и недोхранване, нездравословен начин на живот под прага на бедността за милиони българи... При тази ситуация процентът на инвалидите в България е доста по-малък от този на редица държави, където подобни социални и здравни проблеми въобще липсват! Нека Ви обърна внимание на следното: Пенсията за инвалидност е НЕОБХОДИМА на човека с увреждане защото той (за разлика от здравите хора) има нужда от много ДОПЪЛНИТЕЛНИ НЕЩА - ефективно лечение, медикаменти, психологическа помощ, обучение, вторична профилактика, рехабилитация, физиотерапия, редица допълнителни изследвания за следене на здравословното състояние, които трябва да се провеждат РЕДОВНО...!!! А в България всичко това струва много пари...! Отделно НИЕ - хората с диабет, освен многобройните тежки увреждания (всяко от които изисква значителни разходи!) имаме нужда и от РЕДОВЕН САМОКОНТРОЛ НА ДИАБЕТА, който най-сигурно ни предпазва от по-нататъшни усложнения, инвалидизации и др.		
--	--	---	--	--

		За ДИАБЕТА в света е доказано, че за доброто лечение и поддържане на един добре контролиран диабетик са нужни около 20 ПЪТИ ПО-МАЛКО СРЕДСТВА, отколкото за един диабетик с лош контрол и множество увреждания.....!		
14.	Мария Добринова Острева , вх. № 03-08-88/02.05.2018 г.	Като майка на дете родено с двустранен пес еквиноварус IV-та степен, смея да твърдя, че липсва информираност относно заболяването и методите за неговото лечение. Не до тук обаче спират проблемите, липсата на сертифицирани специалисти, упражняващи наложилият се през последните години като Златен стандарт при лечението на еквиноварус - Метод на Д-р Игнасио Понсети, принуждават много родители да изминават стотици километри, за да се борят успешно с заболяването, тъй като за Република България имаме само един такъв специалист, който се намира в гр. Варна. Преди време получих отговор от зам. здравният министър по повод жалба за самосезиране на институциите, относно проблема с еквиноварусът, който ме увери, че лечението се поема от здравната каса, което далеч не е така. Първо поради липсата на специалисти, се налага постоянно пътуване до Варна (в началото на лечението всяка седмица), второ манипулациите не се заплащат от здравната каса, като изключим тенотомията, за удължаване на ахилеса и освобождаване на петичката. След това идва проблема с ортопедичните обувки. Mitchell сандалите са с представителство на производителя за цяла Европа, позициониран във Великобритания. На този етап обувките не фигурират в нито един списък, на одобрените фирми от държавата, които предлагат ортопедични и помощни средства за хора с увреждания в България, поради необходимостта от големия ресурс средства, който трябва да се инвестира, за да се поддържа пълната гама продукти „Понсети“. В този ред на мисли Агенция „Социално подпомагане“, не уважава invoice(Европейска фактура), представен от фирмата дистрибутор, при закупуване на този вид ортези и по този начин ние нямаме право на обувките, два пъти в годината при медицинско предписание каквато е практиката в останалите случаи. В ранна детска възраст, се налага честа подмяна на сандалите, тъй като кракът бързо израства и има постоянна		

		необходимост от по-голям размер. Приложено изпращам линк към сайта на лицензирания представител на ортопедичните обувки, за да се уверите в непосилната за някои родители стойност на чифт обувки (в порядъка от около 700 до 1300лв. за чифт) на различните модели - http://www.c-prodirect.co.uk. Статистиката сочи че 1-2:1000 деца се раждат с това заболяване (пес еквиноварус), като 50% от тях с двустранно изкривяване, по-често се среща при деца от мъжки пол, но за сметка на това тежестта на изкривяването е по-сериозно при деца от женски пол. Лечението по метода Понсети се води по отвърден протокол: • Серия от гипсови отливки, за поетапно коригиране на кривите ходила (в порядъка от 1 до 5 на брой), които се правят през интервал от 7 дни; • Следва тенотомия, за освобождаване на ахила; • Последна гипсова отливка, след тенотомията за 21 дни; • Носене на специални ортези, в нашият случай, PFS sandals Mitchell. През първите три месеца по 23 часа в денонощието, след което поетапно часовете се намаляват до 12-13 часа на ден (в периода на сън на детето, обяден/нощен), до навършване на 5 годишна възраст. По световните здравни конгреси, за обмяна на опит, относно лечението по гореспоменатия метод, се свежда до общественото внимание официална статистика, която показва каква е вероятността от рецидив при не спазване на протокола и не носене на ортезите, както следва: <table> <tr> <td>Вероятност от рецидив, %</td> <td>53-55%</td> <td>17-18%</td> <td>9-10%</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>Възраст, години</td> <td>2 1/2</td> <td>3</td> <td>4 1/2</td> <td>7</td> </tr> </table> Установено е, че факторите, довели до появата на това заболяване с неизяснен все още генетичен механизъм на отключване и развитие, са активни поне до към петата година на детето. Това налага изключително стриктното спазване на протокола и периодични, профилактични прегледи, които да следят за състоянието на пациентите с еквиноварус.	Вероятност от рецидив, %	53-55%	17-18%	9-10%	1%	Възраст, години	2 1/2	3	4 1/2	7		
Вероятност от рецидив, %	53-55%	17-18%	9-10%	1%										
Възраст, години	2 1/2	3	4 1/2	7										

		Залегналият към момента текст разделя лечението на два основни етапа: 40.1: при новородени - за срока на ранното функционално и оперативно лечение и до 1-годишна възраст: 100 %; 40.2: след 1-годишна възраст. 40.2.1. лека степен за всяко стъпало: 10 %; 40.2.2. тежка степен за всяко стъпало: 30 % Същевременно, текстът, който засяга само Подчертан пес еквинус според функционалните нарушения - т. 38, както в старата НМЕ, така и в проекта за нова наредба, определя значително по-висок процент само за пес еквинус, отколкото за далеч по-тежкото и комплексно заболяване, каквото е пес еквиноварусът (т. 40). Формулировката е следната: 38. Подчертан пес еквинус според функционалните нарушения: 38.1. едностранно: 20 - 40 % 38.2. двустранно: 30 - 60 % В резултат, процентът на увреждане, предвиден в НМЕ, бива драстично и неадекватно свален още след края на първата година, при непрекъснато, все още, ежедневно активно лечение и все още действащи полигенни фактори, които създават обективна опасност от рецидиви и усложнения.		
15.	Живко Лозев Братанов , вх. № 94-687/22.05.2018 г.	В Наредба МЕ чл. 61.ал.1 посочва, че Експертизата на трайно намалената работоспособност включва определяне на: т.1. степента на трайно намалената работоспособност в проценти спрямо здравия човек. В Проекта на Постановление за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза Приложение № 2 към чл. 63, ал.3 е посочено: При ползването на отправните точки трябва да се има предвид следното: т.1. Водеща при определяне степента на намалената работоспособност/степен на увреждане е експертната оценка на функционалния дефицит, обусловен от заболяването. т. III. Когато са налице няколко увреждания, независимо дали са за заболявания от общ характер или за заболявания с причинна връзка, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане е посочен отделен процент, оценката на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя,	Не се приема	Действащото към момента приложение №2 към чл.63, ал.3 от НМЕ „Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти“, не предлага достатъчно справедлив в медицинско отношение начин определящ процента трайно намалена работоспособност (ТНР)- използваната в него математическа формула няма и не би могла да бъде обоснована от медицинска гледна точка. При действието на настоящото приложение №2, лицата с леки, неинвалидизиращи ги заболявания, но много на брой при изчислението по настоящата формула попадат неоснователно в правопораждаща категория %ТНР наравно с тежко увредените хора. Когато са налице няколко увреждания, независимо дали са за заболявания от общ характер или за заболявания с причинна връзка, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената

	като се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане. Останалите проценти за съпътстващите увреждания, не се вземат предвид при оценката, но се изписват в мотивната част на експертното решение. В Проекта на Постановление за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, се посочва че оценката на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя, като се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане. Това противоречи на Закона за Здравето чл. 101 ал.4 Видът и степента на увреждане и степента на трайно намалена работоспособност се определят в проценти спрямо възможностите на здравия човек. Като се вземе най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане и не се вземат в предвид останалите увреждания се прави частична експертиза на работоспособността спрямо едно увреждане . Всички трайни увреждания, за които в наредбата е посочен определен процент функционален дефицит, трябва да се включат в крайния процент на ТНР. В работния процес се включват всички органи и системи на човек. В зависимост от функционалното състояние на заболялия орган и организма като цяло, човек не може да изпълнява даден вид професия или работа. Трайните увреждания на дадено лице, ограничава избор на работа и професия, има противоположания на труд определено от увредата и противоположания на труд за дадена работа и професия, или изискване за здравословно състояние за упражняване на дадена професия и работа. В Проекта на Постановление за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза в Част първа заболявания на опорно -двигателния апарат Раздел IV Ербначни и тазови увреди т.4.2. с трайни функционални нарушения: 30 % в отделите на гръбнака(при следните диагнози спондилоза остеохондроза и спондилоартроза (тези увреждания водят до разрушаване на ставния хрущял на прешлените и разрушаване на междопрешлените дискове) лицето ще получи 30 %. Тези увреди водят и до , радикулопатии, съдови увреди и увреда на периферни нерви, но не са включени за оценка в този раздел макар, че	работоспособност/степен на увреждане е посочен отделен процент, оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя, като се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане. Останалите проценти за съпътстващите увреждания, не се вземат предвид при оценката, но се изписват в мотивната част на експертното решение. Създадена е и нова т.IV, с която се допълва Методиката по отношение на лицата с тежки заболявания, а именно: „За лицата, при които най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане е 80 % или над 80 % (и ако той не е 100%), и които имат едно или повече съпътстващи заболявания, за всяко от които е посочена отправна точка от над 50 процента, общата оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя като за основа се вземе най-високият процент (80 или над 80) и към него се прибавят 20 процента от сбора на процентите на останалите увреждания.“ Мотивите ни за това са следните: 1. необходимо е да се изписват и процентите на съпътстващите заболявания, тъй като по този начин става ясно как е бил определен най-високият процент на най-тежкото увреждане. 2. В ЕР на НЕЛК, тъй като съществуват отделни специализирани състави, останалите проценти, извън най-високият се изписват в техните консултации, поради което вписването им в мотивната част е повторение на вече изписаните проценти. Но в ЕР на ТЕЛК, тъй като няма отделни специализирани състави, вписването само на диагнозите в мотивите не дава яснота какви проценти са определени за тях по отправните точки, поради което не може да стане ясно как е определен най-високият процент. С оглед унифициране на ЕР на ТЕЛК и на НЕЛК е необходимо в мотивната част на двата вида решения да бъдат изписвани и процентите на съпътстващите заболявания, за да бъде ясно как е бил определен най-високият процент.
--	--	---

	ортопедичната увреда или заболяване води до неврологични увреди и съдови увреди (Други спондилози с радикулопатия МКБ М47.2). Тези ортопедични и неврологични увреди водят и до изкривявания в предно задна посока, изгладена шийна и лонбална лордоза, увеличава се и гръдната кифоза, но не са включени Раздел IV Гръбначни и тазови увреди . Неврологичните увреди ще се оценяват в Част Седма Нерви болести, по т. 11. Увреждания на периферните нерви по т. 15 Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и състояния водещи до хронично персистиращи радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит: т.15.2. хронично-персистиращи с чести рецидиви - 30% Например: Лице с ортопедични увреди с трайни функционални нарушения следствие на спондилоза остеохондроза и спондилоартроза на гръбнака ще получи 30% Лице с дискова херния, дискова протрузия и радикулопатии ще получи 30% (Част Седма Лице с увреда на периферни нерви ще получи за лека степен: нерви нервус фибуларис 10% нервус тибialis 10% нервус улнарис 10% нервус медианус 10%. Водещото заболяване трябва да се определи от ТЕЛК. ТЕЛК определя за водещо заболяване като вземе най-високия процент на дадено заболяване, в случая ако има ортопедично и неврологично с по 30% за всяко, кое заболяване ще е водещо и кое ще е по- тежкото увреждане, за което ТЕЛК ще определи ТНР! За кое от двете заболявания ТЕЛК ще определи противопоказания на труд! За кое от двете заболявания ТЕЛК ще даде препоръки за рехабилитация и т.н.. Това лице няма да получи пенсия за своята ТНР, защото няма да има 50% ТНР, като противопоказанията на труд ще са за тези увреждания: физическо и психическо натоварване, нощен труд, статично и динамично натоварване на опорно двигателния апарат нервно токсични вещества , неблагоприятен микроклимат и вибрации.	3. <i>Процентите ТНР/степен на увреждане за общо заболяване и за заболявания с причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна и гражданска инвалидност) са различни във всеки отделен случай, тъй като обуславят различни осигурителни рискове, за които се полагат съответни права в системите на пенсионно осигуряване и социално подпомагане. За заболяванията с определен процент, с причинна връзка, винаги се определя и отделна дата на инвалидизиране по същата причина. Поради това %-те за тези заболявания винаги се изписват както на първа страница в нарочна за това графа, така и в мотивите на ЕР на ТЕЛК и на НЕЛК. В този случай няма градиране по тежест, а всички заболявания са с еднаква тежест, затова за основно заболяване може да се вземе всяко едно от тези заболявания с еднакъв %. Произнасянето на ТЕЛК по противоположни условия на труд е в зависимост от величината на процента, а не от характера и естеството на заболяването /чл.78 от НМЕ/</i>
--	--	---

		Всяка работа и професията предявява към организма изисквания, за да може да бъде упражнявана, биомеханични фактори (фактори на работния процес) работи и професии изискващи статично физическо усилие и динамична физическа работа Лице с увреди като, ортопедични увреди с трайни функционални нарушения вследствие на спондилоза, остеохондроза и спондилоартроза на гръбнака ще получи 30%. За дискова херния, дискова протрузия , лунбална и цервикална радикулопатии това лице ще получи 30%. За увреда на периферни нерви това лице ще получи за лека степен, нерви нервус фибуларис 10%), нервус тибалис 10%, нервус улнарис 10%, нервус медианус(синдром на карпалния канал) 10%). Това лице няма да получи право на пенсия. Това лице няма да може да изпълнява работа и професия като: Работа с механични ръчни инструменти и машини, генериращи вибрации (пневматични чукове, моторни триони, ударно-пробивни инструменти, шмиргели, шлайф-машини, металорежещи и дървообработващи машини и др.). Дейности, включващи системни усилия в лумбо- сакралния отдел (медицински и социални грижи за възрастни хора и инвалиди и лежещо болни. Различни видове работа с ръчни инструменти и дейности, засягащи зоната на съответния нерв (книговецци, тъкачи, машинописци, кроячи, каменоделци, ковачи, мозайкаджии, пресьори, водопроводчици, пакретаджии, миньори, товаро-разтоварачи, транжори, доячи и др.). Различни видове дейности, ангажиращи шийно-раменната област (бобиньори, заварчици, шивачи, сортировачи, саяджии, компютърни оператори, декоратори, товаро-разтоварачи, докери, работници на конвейър, селскостопански работници и др.). Добив на въглища и руди, строителство, транспорт, селско стопанство и др. (работещи с тежкотоварни машини и превозни средства - булдозери, трактори, багери, локомотиви, комбайни, самосвали, товарачни и земекопачни машини и др.) Списък на професионалните болести приложение към член единствен на ПМС № 175 от 16.07.2008 г.(обн., дв, бр. 66 от 25.07.2008 г.) професионални болести, причинени от биомеханични		
--	--	---	--	--

		фактори (фактори на работния процес) 4.1. Професионални болести, причинени от статично физическо усилие и динамична физическа работа Цервикална спондилоза с радикулопатии, радикулоневропатии, плексопатии M47.2 Цервикална остеохондроза с радикулопатии, радикулоневропатии, плексопатии M50.1 Цервикални неverteбренни радикулопатии, радикулоневропатии, плексопатии (цервикобрахиални) M54.1 Цервикалгия (хронична бола в шийно-раменна област) M54.2 1 Доказана системна работа, свързана с наведена работна поза; тежък физически труд или повтарящи се монотонни движения със статично натоварване, ангажиращи шийно-раменната област - минимум 8 години. 2. Параклинични изследвания (образна диагностика, КМГ). Примери на типични рискови дейности Различни видове дейности, ангажиращи шийно-раменната област (бобиньори, заварчици, шивачи, сортировачи, саяджии, компютърни оператори, декоратори, товаро-разтоварачи, докери, работници на конвейър, селскостопански работници и др.) Компресионна невропатия на n.medianus в китката (синдром на карпалния канал) G56.0 Компресионна невропатия на n.ulnaris на нивото на лакътя (синдром на кубиталния канал) или на нивото на китката (синдром на Гийон) G56.2 Други компресионни невропатии на горни крайници G56.8 Компресионна невропатия на n.ischiadicus в областта на задколянната ямка G57.0 Компресионна невропатия на n.fibularis G57.3 Компресионна невропатия на n.tibialis G57.4 1. Доказана системна работа, свързана с пренапрежение; продължителен натиск; многобройни, бързи и стереотипни движения; принудителна работна поза в зоната на засегнатия нерв - минимум 5 години. 2. Параклинични изследвания (ЕМГ, образна диагностика и др.) Примери на типични рискови дейности Различни видове работа с ръчни инструменти и		
--	--	--	--	--

		дейности,засягащи зоната на съответния нерв (книговезци, тъкачи,машинописци, кроячи, каменоделци, ковачи, мозайкаджии,пресьори, водопроводчици, пакретаджии, миньори, товаро-разтоварачи, транжори, доячи и др.). Хронична болка в кръста (лумбалгия) M54.5 Доказана системна работа, свързана с наведена или друга принудителна работна поза; вдигане,носене или поддържане на товари, ангажираща лумбо-сакралния отдел - минимум 10 годин Примери на типични рискови дейности Дейности, включващи системни усилия в лумбо-сакралния отдел (медицински и социални грижи за възрастни хора и инвалиди и лежещо болни). 2.2. Професионални болести, причинени от вибрации Клинични прояви (диагнози, синдроми) КБ-10 Дистални артериални и микроциркулаторни нарушения в горните крайници I 79.8 Синдром на Рейно 173.0 Вегетативни разстройства на горните крайници G90.8 Полиневропатия на горни крайници G62.8 Компресионна невропатия на n.medianus в китката (синдром на карпалния канал) G56.0 Компресионна невропатия на n.ulnaris на нивото на лакътя (синдром на кубиталния канал) или на нивото на китката (синдром на Гийон) G56.2 Други компресионни невропатии на горни крайници G56.8 Кубитална остеоартроза M19.2 Омартроза M19.2 Остеонекроза на os lunatum M93.1 Остеонекроза на os scaphoideum M87.8 Увреждане на рамото M75 Медиален епикондилит M77.0 Латерален епикондилит M77.1 Увреждане на меките тъкани на горните крайници M70.- 1. Доказано професионално въздействие - минимум 5 години с отчитане наличието на синергично действащи фактори. 2. Нараклинично подкрепен синдромокомплекс(капиляроскопия, дистална доплерова		
--	--	--	--	--

		диагностика, термисторна термометрия, студов тест, палестезиометрия, КМГ, ренгренография, динамометрия и др.). Примери на типични рискови дейности Работа с механични ръчни инструменти и машини, генериращи вибрации (пневматични чукове, моторни триони, ударно-пробивни инструменти, шмиргели, шлайф-машини, металорежещи и дървообработващи машини и др.) Общи вибрации (въздействащи върху цялото човешко тяло) Увреждане на междупрешленните дискове (лумбален и лумбо-сакрален отдел) с радикулопатия M51.1 Кубитална артроза M19.2 Хумероскапуларен периартрит M75.0 Медиален (улнарен) епикондилит M77.0 Латерален (радиален) епикондилит M77.1 Стенозиращ тендовагинит на флексорите на пръстите ("щракащ пръст") M65.3 Стенозиращ теносиновит на палеца (Болест на de Quervain) M65.4 Хроничен крепитиращ синовит на ръката и китката (тендовагинит) M70.0 Други увреждания на меките тъкани (миотендиноза на предмишниците) M70.8 6 месеца Хронична болка в кръста M54.8 1 година Лумбална или лумбо-сакрална недискогенна радикулопатия M54.1 Разстройства на вегетативната нервна система G90.8 Полиневропатия на горните или долните крайници G62.8 Слухово-вестибуларни нарушения H81.3 H81.4 H83.3 Хипоталамусен синдром Примери на типични рискови дейности Добив на въглища и руди, строителство, транспорт, селско стопанство и др. (работещи с тежкотоварни машини и превозни средства - булдозери, трактори, багери, локомотиви, комбайни, самосвали, товарачни и земекопачни машини и др.) В проекта за НМЕ в Част Седма Нерви болести, т.15		
--	--	---	--	--

	Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и състояния водещи до хронично персистиращи радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит по т.15.2. хронично-персистиращи с чести рецидиви - 30%. От тази точка т.15 става ясно, че за дискова херния или за дискова протрузия и радикулопатия са определени 30% ТНР Лице с увреждания посочени в т.15 Дискогенни заболявания във връзка с т.15.2 в шийния отдел ще получи 30% ТНР Лице с увреждания посочени в т. 15Дискогенни заболявания във връзка с т.15.2 в торакалния отдел ще получи 30% ТНР Лице с увреждания посочени в т. 15Дискогенни заболявания във връзка с т.15.2 в лумбален отдел ще получи 30% ТНР Лице, което има неврологични увреждания в повече от един отдел няма да може да бъде правилно оцененаТНР, защото няма предвиден процент за увреждане на комбинация между отделните отделы. Уврежданията в трите отдела на гръбнака водят до различни неврологични проблеми, породени от увреденото коренче на съответния нерв на даденото ниво на гръбначния стълб. Предлагам да се преработи проекта за НМЕ за уврежданията в Част Седма Нерви болести, т. 15 Дискогенни заболявания, да се направи комбинация за отделите на гръбнака по следния начин за отделите на гръбнака за т. 15.2. хронично-персистиращи с чести рецидиви 1 - да се даде процент за шийния отдел. 2-да се даде процент за торакалния отдел 3-да се даде процент за лумбално-сакралния отдел. 4- да се даде процент за шийния и торакалния отдел. 5-да се даде процент за шийния и лумбално-сакралния отдел 6-да се даде процент за лумбално-сакралния и торакалния отдел 7-да се даде процент за шийния лумбално-сакралния и торакалния отдел. Съответно и по същия начин да се дадат проценти и по Част Седма Нерви болести, т. 15Дискогенни заболявания по т.15.1. лекостепенни с остатъчен сетивен синдром без		<i>Предложение т. 15.2- Не се приема</i> <i>Предложение т. 15.1- Не се приема</i>	<i>Предложение т. 15.2- При наличие на шийна и лумбална радикулопатия всяко от тези заболявания може да получи отделна оценка по т. 15 в зависимост от неврологичния дефицит</i> <i>Предложение т. 15, т.15.1- при наличие на шийна и лумбална радикулопатия всяко от тези заболявания може да получи отделна оценка по т. 15 в зависимост</i>
--	---	--	---	--

	двигателен дефицит и за отделите на гръбнака. - невролози Предлагам към Част Седма Нерви болести да се добави забележка Четири от сега действащата Наредба: Забележка 4. При увреждане на доминантния горен крайник оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се завишава с 10 %. Предлагам към всяко заболяване и увреждане посочено в НМЕ да се посочи съответното противопоказание за труд, за да се избегне за едно и също заболяване и увреждане, с един и същ процент ТНР да се дават от ТЕЛК различни противопоказания на труд. Предлагам в ЧАСТ ПЪРВА заболявания на опорно-двигателния апарат Раздел IV Гръбначни и тазови увреди т.4. Дегенеративни промени на гръбначния стълб във връзка с т.4.2. с трайни функционални нарушения Да се добави нова точка Дегенеративни промени на гръбначния стълб с трайни функционални нарушения с радикулопатии: 1 - да се даде процент за Дегенеративни промени на гръбначния стълб с трайни функционални нарушения с радикулопатии -шийния отдел. 2-да се даде процент за Дегенеративни промени на гръбначния стълб с трайни функционални нарушения с радикулопатии -торакалния отдел 3-да се даде процент за Дегенеративни промени на гръбначния стълб с трайни функционални нарушения с радикулопатии -лумбален отдел. 4- да се даде процент за Дегенеративни промени на гръбначния стълб с трайни функционални нарушения с радикулопатии - шийния и торакалния отдел. 5-да се даде процент за Дегенеративни промени на гръбначния стълб с трайни функционални нарушения с радикулопатии -шийния и лумбален отдел 6-да се даде процент за Дегенеративни промени на гръбначния стълб с трайни функционални нарушения с радикулопатии - лумбален и торакалния отдел	<i>Забележка 4- Приема се</i> <i>Не се приема</i> <i>Раздел IV Гръбначни и тазови увреди- Не се приема</i>	<i>от неврологичния дефицит.</i> <i>В Част Седма Нерви болести след Забележка „При увреждания на нервната система с дефинитивен характер се определя пожизнен срок“ се добавя Забележка 1 със следния текст: „При увреждане на доминантния горен крайник оценката на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се завишава с 10 %“.</i> <i>Противопоказанията не зависят само от диагнозата и величината на определения процент, те са индивидуални за лицето и зависят от вида и характера на полагания труд.</i> <i>Раздел IV Гръбначни и тазови увреди-Радикулопатията се оценява по част VII-Неврологични заболявания Допълнителните увреди се оценяват по съответната част по Приложение 1 чл. 63, ал.1 от НМЕ.</i>
--	---	---	---

	7-да се даде процент за Дегенеративни промени на гръбначния стълб с трайни функционални нарушения с радикулопатии -шийния лумбален и торакалния отдел. Съответно и по същия начин да се дадат проценти и в ЧАСТ ПЪРВА заболявания на опорно-двигателния апарат Раздел IV Гръбначни и тазови увреди за т. 4.1 от с ограничени функционални нарушения. Предлагам да се преработи НМЕ в Част Седма Нерви болести т.П. Увреждания на периферните нерви, като се има предвид, че дадено лице може да има увреждане на повече от един периферен нерв. В проекта се дават проценти за определен увреден нерв и няма съответната комбинация за множество увредени нерви. Предлагам в ЧАСТ ПЪРВА заболявания на опорно-двигателния апарат Раздел IV Гръбначни и тазови увреди да се добави забележка 2. от сега действащата Наредба: Забележка 2. При наличие на придружаващи функционални увреди на крайниците (например парестезии) и на вътрешните органи (например нарушаване на дихателната и сърдечната функция) следва да се даде допълнителна оценка .Като се направят съответните комбинации от проценти на увредите и да се включат в процента на основното заболяване. В проекта на Постановление за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. се допуска да се правят такива комбинации от увреди и заболявания, така че моите предложения няма да са нито изключение, нито в противоречие от проекта на НМЕ. Като принципът за оценване на процента ТНР трябва да е еднакъв към всяко лице. ЧАСТ ПЪРВА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ Раздел VIII Увреждания на горните крайници забележката се намира след т.40 -Забележка При оценка на намалената работоспособност по повод увреждане на доминантния горен крайник оценката се завишава с 10 %.	<i>Не се приема</i> <i>Не се приема</i> <i>Не се приема</i> <i>Липсва предложение.</i>	<i>Раздел IV Гръбначни и тазови увреди, т. 4.1- оценяват се по част VII - Неврологични заболявания</i> <i>Допълнителните увреди се оценяват по съответната част по Приложение 1 към чл. 63, ал.1 от НМЕ.</i> <i>Не се приема, тъй като се дава оценка за всеки увреден нерв по отделно.</i> <i>Раздел IV Гръбначни и тазови увреди, забележка 2- оценката се извършва по част VII - Неврологични заболявания.</i>
--	---	--	---

	ЧАСТ ПЪРВА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ Раздел IX Увреди на долните крайници забележката се намира след т. 17.3.2.2.- Забележка При комбинация на посочените състояния с аддукторна контрактура до 15 градуса към оценката се добавят по 10 %, а за аддукторна контрактура, по-голяма от 15 градуса - по 20 %. ЧАСТ ДЕВЕТА ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ Раздел X Забележка Вторичната остеопороза се включва в процента на основното заболяване. Предлагам да се преработи цялата НМЕ, като се вземат под внимание всичките заболявания на даденото лице и се направят съответните комбинации. Крайният процент от ТНР да включва всички увреждания и заболявания комплексно за даденото лице. Предлагам при невъзможност да се направят такива комбинации, може да се взимат от отменената НАРЕДБА № 36 ЗА ЕКСПЕРТИЗАТА НА ТРАЙНАТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ НАРЕДБА № 36 ЗА ЕКСПЕРТИЗАТА НА ТРАЙНАТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ, ИЗДАДЕНА ОТ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО Обн. ДВ. бр.69 от 5 Септември 1975г., изм. ДВ. бр.79 от 11 Октомври 1977г., изм. ДВ. бр.7 от 24 Януари 1989г., изм. ДВ. бр.83 от 11 Октомври 1994г., изм. ДВ. бр.7 от 20 Януари 1995г., изм. ДВ. бр.47 от 21 Май 1999г., отм. ДВ. бр.61 от 25 Юли 2000г. Отменено основание. Виж § 1 от преходните и заключителните разпоредби на Постановление № 133 на Министерския съвет от 17 юли 2000 г. за приемане на Наредба за експертизата на работоспособността - ДВ, бр. 61 от 25 юли 2000 г. и от проценти да се мине на групи ТНР първа ,втора и трета група или процентите да останат като функционален дефицит на даден орган и система и организъм като цяло, а групите да са за работоспособността, и да се определят според здравословно състояние за упражняване на дадена	Липсва предложение. Не се приема. Не се приема.	Мотивите са посочени в т. 16 от справката (Живко Лозев Братанов, вх. № 94-687/22.05.2018 г.). Не се приема предложението за групи инвалидност, тъй като групите инвалидност касаят друг принцип на експертиза- трудово-лекарска, а не медицинска експертиза. При трудово-лекарската експертиза, по която се работеше в миналото, съществува неравнопоставеност на лицата с увреждания от различни професии, с различен образователен ценз, но с едно и също заболяване. В тези случаи, лицата с по-висок образователен ценз и по-висока квалификация не попадаха в група инвалидност, тъй като по смисъла на
--	--	--	---

		професия и работа.		<i>този тип експертиза, с увреждането, си могат да упражняват определената професия. В същото време, лица със същото заболяване, но с ниска квалификация, приравнена към общ физически труд, попадат в група инвалидност.</i>
16.	Живко Лозев Братанов, вх. № 94- 687/23.05.2018г.	1. Към т. 15.3 от Част Седма - Нервни и болести да се добави, че този процент 50% е за един крайник, да се добави в същата точка, че се отнася и за неоперирани състояния; 2. Да се направят нови точки включващи всички възможни комбинации, за долни и горни крайници; Предлагам проекта за НМЕ да се преработи, като 50% ТНР да се определя на лица, които поради здравословното си състояние са променили или трябва да променят професията си с друга, или пък са променили или трябва да променят условията на труд на същата професия. В проекта на НМЕ има текстове, за които се дават проценти ТНР за частична загуба на умения за извършване на професионална работа, а именно в Част Втора , раздел V, т. 1; Част Втора , раздел VI, т. 1.1; Част Втора , раздел VIII, т. 1. Моето предложение няма да е изключение нито в противоречие с проекта на НМЕ. Също така, за проценти 70% и над 70% да се направят по подобен начин . Може да се използват текстове от отменената Наредба № 36 за експертизата и трайната неработоспособност, чл. 52, чл. 5, чл. 55 и други членове.	1. <i>Не се приема</i> 2. <i>Не се приема</i> 3. <i>Не се приема</i>	1. <i>Отправната точка се отнася за множествени увреждания на гръбначния стълб.</i> 2. <i>т. 15.3 от Част VII - Нервни болести изчерпва всички възможни комбинации.</i> 3. <i>В Част II е предвидена оценка за частична загуба на умения за извършване на професионална работа поради особеностите на заболяванията.</i>
17.	Д-р Радостина Илиева, вх. № 03-08- 88/16.05.2018 г.	Във връзка с промените в експертизата на ТЕЛК и експертизата на работоспособността, която Вие предлагате, искам да насоча Вашето внимание към една особена група съвременни заболявания, която обхваща все повече хора, но на която се гледа с пренебрежение и все повече хора губят работоспособност, но не са включени в Наредбата за медицинска експертиза за освидетелстване. Това е групата на т. нар. заболявания на съня /сънна апнея, нарколепсия, синдром на Клайн-Левин и др./ Излагам някои аргументи и факти във връзка с един медицински казус: Пациент със специфично заболяване "нарколепсия", което се изразява в пароксизмални кризи от внезапни заспивания на работното място, по време на работа с компютъра, по време на хранене, в банята, в рейса,	<i>Не се приема.</i>	<i>Изложените примери и съображения касаят недостатъци при обработката и издаването на първична медицинска документация във връзка с предстоящо освидетелстване и касаят качеството на работа на лекуващите и лични лекари.</i> <i>Освен това, заболяванията имат различна етиология и попадат в различни части на НМЕ, в които е предвидена оценка за посочените заболявания.</i> <i>Не се приема предложението за групи инвалидност, тъй като групите инвалидност касаят друг принцип на експертиза- трудово-лекарска, а не медицинска експертиза. При трудово-лекарската експертиза, по която се работеше в миналото, съществува неравнопоставеност на лицата с увреждания от</i>

	по всяко време на деня на необичайни места с продължителност до часове, без да може да се контролира и без спомен за случилото се, го прави неработоспособен. По време на тези кризи той пада на земята, като получава наранявания по главата и тялото с хематоми и др. - т. нар. "каталепсия". Затова е необходимо тези заболявания, които не са отразени в експертизата на неработоспособността, да бъдат включени в нея, защото когато човек е подложен на тази сънна атака, той не може да работи. Този човек е имал работа, но е принуден да напусне, защото шефът му по време на такива кризи хвърля кламери върху главата му - т.е. гаври се с него, унижава го пред колеги, клиенти и т.н. Такъв един клиент казал на шефа - "Как може Ваш служител да спи през работно време", а той вместо да прояви разбиране и помощ, засилва тормоза. Така болният е принуден да напусне работа и става безработен. Никой работодател няма да наеме на работа човек с такова заболяване. В един последващ момент се обявява работно място за пощальон в пощата. При задаване на въпрос какви са условията за кандидатстване, първото най-важно условие, което е поставено е кандидатът да няма ТЕЛК. И така - хем болният страда от заболяването си, хем е гонен от работа, хем никой не иска да го вземе на работа, хем ТЕЛК абдикира и отхвърля такива болни тъй като в Наредбата за медицинска експертиза отсъстват тези заболявания, а и държавата не оказва социална подкрепа. И така безпомощен, оставен на самия себе си, болният да умира ли? Затова повечето хора се спасяват като крият, че имат ТЕЛК при кандидатстване за работа. От друга страна този болен човек, регистрирайки се в Бюрото по труда като безработен, служител от институцията звъни по телефона и го задължава да се яви на интервю за работа, само за едно работно място без право на избор от повече опции, наравно със здрави кандидати, без оглед на квалификация, здравословно състояние и че лицето е с ТЕЛК"ово решение. В такъв случай според Вас кой би избрал работодателят - естествено здравия човек. Ето Ви нов вид дискриминация - по здравословно състояние. И така въпросният служител се явява само пасивен регистратор на болния безработен, а не активен медиатор между него и работодателя, в оказване на помощ при търсене на работа. Тук влизат в действие и заплахи от рода на това, че ако не се яви на това интервю,	различни професии, с различен образователен ценз, но с едно и също заболяване. В тези случаи, лицата с по-висок образователен ценз и по-висока квалификация не попадаха в група инвалидност, тъй като по смисъла на този тип експертиза, с увреждането, си могат да упражняват определената професия. В същото време, лица със същото заболяване, но с ниска квалификация, приравнена към общ физически труд, попадат в група инвалидност. <i>Що се касае до премахването на съществуващите към момента диапазони в оценката на различните заболявания в приложение №1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ, то те позволяват наличието на субективна преценка относно определяният процент за съответните увреждания и функционален дефицит. Това се дължи на липсата на конкретизирани критерии за оценка на уврежданията във връзка с голямата динамика, различните етапи и стадии на едно и също заболяване. Действащото приложение №1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ не е актуализирано спрямо новите достижения на медицинската наука и практика. Освен това съществуващите диапазони възпрепятстват осъществяването на по-строг контрол на различните етапи от медицинската оценка на хората с увреждания.</i> <i>По отношение създаването на втора комисия към НОИ - изразеното мнение е неотнормено към обсъждания проект на Постановление.</i>
--	--	---

		ще бъде отписан като безработен. Този ли е методът изкуствено да се намалява безработицата у нас. Освен това учудва и некомпетентността на някои служители от Бюрото по труда, които изпращат болни безработни с вече ТЕЛК"ово решение да се явят на ЛКК. От друга страна има непознаване на това заболяване и от някои лекари. Личният лекар се обръща шеговито, усмихвайки се: "Ами нека си поспи бе!" Неврологът, който трябва да поеме диагностиката и лечението на това заболяване, без да направи нито един преглед казва: "Това заболяване е много рядко срещано (1 човек на 200,000 души) и затова е невъзможно да го имаш, няма ти нищо и добавя: "Аз не решавам социални проблеми". От друг невролог, при опит да се иска направление за ТЕЛК, се чува нападателно: "Аз за такова заболяване няма да дам направление за ТЕЛК", въпреки, че според наредбата е длъжен да издаде такова при поискване от пациента. Диагностицирането на това заболяване е изключително трудно, защото се извършва само въз основа на анамнестичните данни на близките на пациента за сънните неконтролируеми атаки и каталептичните падания на болния, който няма спомен за това, което се случва с него, няма други клинични симптоми и изяви, няма специфични изследвания, които да доказват заболяването, освен отчасти полисомнографията, при която може да има рем-фаза на съня, но може и да няма. Цялата останала параклиника обикновено е в норма. Неврологът казва: "Няма субстрат" и бързо го отхвърля, не желае да се ангажира с такъв болен, камо ли да го насочи за ТЕЛК"ова експертиза, макар, че е неработоспособен. Така пациентът остава с недобре и недостатъчно оформена документация - неврологът отказва да напише тази диагноза. И ето стигаме да Вашата реформаторска идея, болните да минават през ТЕЛК само с документацията им. Това заболяване не се лекува. Де факто болните не могат да работят, но в същото време в ТЕЛК постъпва изключително оскъдна информация, която не дава представа на лекарската комисия за истинското състояние на болния. Затова запознаването с болния, визуалния преглед и преценка са необходими в ТЕЛК. Лекарите не желаят да пишат и оформят документация за ТЕЛК и не пишат истинските и точни диагнози. Един		
--	--	---	--	--

		пресен пример: Пациент с прекаран тромбофлебит на ляв долен крайник с усложнения трофични варикозни язви и елефантиаза при преглед от съдов хирург, същият потвърждава устно, че болния е с горепосочената диагноза. При настояване да го документира писмено, поради явяване на ТЕЛК, хирургът отказва и насочва пациента към кожния лекар с цел да се отърве от него с думите: "От известно време съдовите хирурзи не се занимават с трофичните варикозни рани, а кожните лекари - те ще опишат заболяването". Премахнете процентите в ТЕЛК - това е едно недоразумение усложняващо работата на лекарите в ТЕЛК и водещо до напрежение всред болните и до абсурден субективизъм. Болният човек не е сбор от проценти. Той или е болен, или - не и трябва да се разглежда като цялостен организъм. Затова според състоянието на пациента и напредването на болестния процес да се определят три групи инвалидност в ТЕЛК - III-та група/лека форма/ - с преосвидетелстване на 5 години; II-ра група/средно-тежка/ с преосвидетелстване на 10 години и I-ва група /тежка форма/ - пожизнено. Не е необходимо разиграването на болните през 1-2 години. Това ще облекчи и лекарите и пациентите. Създаването на втора комисия към НОИ е неудачно - създава условия за увеличаване на корупцията, заделяне на финансов ресурс за издръжка и назначение на нов персонал, докато към ТЕЛК може да се включи мултидисциплинарен състав от специалисти по трудова медицина, които ще са в помощ за определяне работоспособността на съответния болен, с активното присъствие на социалните служби и медиаторите от Бюрата по труда за намиране на работа на болния инвалидизиран човек. Не настройвайте здрави срещу болни хора, защото всеки един в даден момент се разболява и може да се инвалидизира. Замисълът на една част от депутатите за намаляване на броя на инвалидните пенсии и оттам да се вземе ресурс за увеличаване на пенсиите за ИВС граничи с геноцид. Повечето хора с увреждания разчитат само на тези пенсии като доходи, които почти нищо не покриват от		
--	--	---	--	--

		разходите им и са направи смешни и жалки като суми. Под прага на бедността са над 80% от инвалидните пенсии. Затова моите предложения за освобождаване на финансов ресурс в държавата са: 1. Депутати, министри, висши държавни чиновници рязко да орежат неадекватно високите си доходи, както направиха управляващите в Полша, Унгария и др. 2. Да се спре харченето на средства за безсмислени "служебни командировки" до екзотични страни до Кот д'Ивоар и др. 3. Всички да слязат от служебните коли - по-здравословно е и се харчат по-малко средства. 4. Всички държавни служители като всички останали работещи в България да започнат да си внасят социални и здравни осигуровки, а не да карат безработните, които нямат никакви доходи, да си правят здравни вноски и то на базата на % от минималната работна заплата, която те не получават и нямат такъв доход и който расте успоредно с повишаване на минималната работна заплата. 5. Да се спрат субсидиите на партиите. И така с освободения финансов ресурс ще се повишат всички пенсии в държавата /инвалидни и за ИВС/.		
18.	ТЕЛК III-ти състав към УМБАЛ Плевен, вх. № 03-08-88/21.05.2018 г.	Във връзка с обсъждането на предложени проект за промени в правилника за УОРОМЕРКМЕ не разбираме защо като заключителна разпоредба са посочени промени в чл. 62 от Наредбата за мед. експертиза, която по същество е отделен нормативен документ и би се следвало да се включи към проекта за промени в НМЕ? Относно същия чл. 62 от НМЕ, смятаме, че е недопустимо ролята на задълбочения клиничен преглед при определяне на ТНР/ВСУ да бъде поставена на последно място. при добра организация на работата това не води до забавяне на освидетелстването на пациентите в законоустановените срокове.	Не се приема.	Чл.62 от НМЕ е в пряка връзка с чл.39 от ПУОРОМЕРКМЕ. Предложеният нов текст на чл.39, ал.1, т.2 не ограничава възможността на ТЕЛК да извършва клинични прегледи. Предложеният нов текст е разписан детайлизирано и прецизно и обхваща всички възможности- постановяване на ЕР на ТЕЛК по документи или чрез преглед. Изборът е единствено от компетентността на ТЕЛК в зависимост от конкретния случай. Също така чл. 62 от НМЕ е в пряка връзка с чл. 40 и чл. 43 от ПУОРОМЕРКМЕ и касае начина на определяне на вида и степента на уврежда и степента на ТНР, поради което същият е включен в проекта на ПМС на ПУОРОМЕРКМЕ.
19.	Васил Гроздев, вх. № 03-08-88/27.04.2018 г. и № 03-08-	Проблема са фалшивите ТЕЛК решения, т.е. някой предоставя документи с невярно съдържание, друг взима пари под масата за да си затвори очите.	Липсва предложение.	

	88/16.05.2018г.	Ще оставите много хора без минималните им доходи: Имам проблем с равновесието (премахнат вестибуларен апарат на едно с вътрешното ухо и лабиринта), загуба на слух на едното ухо, лафтагофталм на едното око, лицева пареза, Артериална хипертония първа степен. Лекарствата за хипертония са от порядъка на 35 лв. с отстъпка по здравна каса минус 1.60. Обезболяващите и честите вирусни инфекции струват поне още толкова на месец. Всичко това вследствие лекарското безхаберие – две години и половина с грешна диагноза! За толкова време никой не можа да направи точна диагноза! Оказа се шваном на черепно-мозъчен нерв засегнал фатално вестибулара и средното ухо! Намирането на подходяща работа вече осем години е мисия невъзможна. Предлагам да се търси наказателна отговорност на лекарите, издали фалшиви експертизи.		
20.	Национална експертна лекарска комисия, вх.№ 37-01-8/31.05.2018г	1. В Част Първа „Ортопедични болести“, Раздел VI, т.2.4 предлагаме да отпадне ограничението до 10-та година и текстът да се изпише по следният начин: „след петата година – 50%“; В Част Първа „Ортопедични болести“, Раздел IX в т.1, 2, 3, 4, 5 и 9 отпада произнасянето за чужда помощ (ЧП), тъй като определянето на потребността от ЧП е регламентирано в чл.68 от НМЕ. 2. В Част Втора „Психични болести“, Раздел II „Умствена ограниченост“, в т.1 предлагаме да отпадне текста „отговаряща на лека- средна дебилност“. Мотиви: понятието „дебилност“ е остаряло и се употребява все по-рядко в медицинската практика. В сега действащата МКБ 10 се среща само в обяснителните текстове, освен това се възприема противоречиво от хората с увреждания. Възражение срещу това понятие бяха изказани от представителите на хората с увреждания на състоялата се среща на 13.04.2018г. в МЗ. Премахването на това понятие няма да промени смисъла на текста и не се налага заменянето му с друго. 3. В Част Пета „Очни болести“, Раздел I, в таблицата за ляво око под 0,05 зрителна острота следва да се промени процентът от 45% на 50%.	1. <i>Приема се.</i> 2. <i>Приема се.</i> 3. <i>Приема се.</i>	<i>С оглед изразено становище по т. 12 (д-р Митко Георгиев, член на ТЕЛК, вх. № 03-08-88/23.05.2018 г.;) от справката и прецизиране на оценките, при запазено зрение на едното око и липса /зрение под 0,05/ на</i>

		4. В Част Осма „Хирургични заболявания“, в Раздел III, се коригира номерацията като т.1.3.2.1 и т.1.3.2.2 следва да се четат като т.1.3.1.1 и 1.3.1.2, тъй като са пояснения към т.1.3.1. В Част Осма „Хирургични заболявания“, в Раздел VI, се коригира номерацията като т.1.1.3 и 1.1.4 следва да се четат като т.1.2.3 и т.1.2.4, тъй като са пояснения към т.1.2. В Част Осма „Хирургични заболявания“, в Раздел VI, в т.12 да отпадне изписаният процент „100%“, тъй като е допусната техническа грешка. В Част Осма „Хирургични заболявания“, в Раздел VIII, се коригира номерацията, като второто изписване на т.2.2.1 следва да се чете като т.2.2.2, поради техническа грешка. В Част Осма „Хирургични заболявания“, в Раздел X „Мъжки полови органи предлагаме да се изпишат следните текстове: „6. След премахване на малигнен тумор на простатната жлеза: 6.2. локално авансирал процес (кастрация и хормонотерапия): 6.2.1. първите две години: 95 % 6.2.2. за третата година след хистологичната верификация: 80 % 6.2.3. за четвъртата година след хистологичната верификация: 65 % 6.2.4. за петата година след хистологичната верификация: 60 %“ 5. В Част Осма „Хирургични болести“, в Раздел XI „Женски полови органи“ да се изпише следният текст: 1. Малигнен тумор на гърдата в първите 5 години: 1.2 иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата	4. <i>Приема се.</i>	<i>другото, следва да се определи оценка по таблицата в Раздел I, както следва:</i> <i>В последната колона, първи ред- от 45% на 50%;</i> <i>В последната колона, втори ред- от 48 % на 50 %;</i> <i>Във втора колона, последен ред- от 45 % на 50 %;</i> <i>В трета колона, последен ред- от 48 % на 50 %.</i>
--	--	--	-----------------------------	--

		година: 1.2.1. за първите две години след хистологичната верификация: 100 % 1.2.2. за третата година след хистологичната верификация: 91 % 1.2.3. за четвъртата година след хистологичната верификация: 80 % 1.2.4. за петата година след хистологичната верификация: 71 % 2. Малигнен тумор на матката или маточната шийка в първите 5 години: 2.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 2.2.1. за първите две години след хистологичната верификация: 100 % 2.2.2. за третата година след хистологичната верификация: 91 % 2.2.3. за четвъртата година след хистологичната верификация: 80 % 2.2.4. за петата година след хистологичната верификация: 75 % 3. Малигнен тумор на яйчника в първите 5 години: 3.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 3.2.1. за първите две години след хистологичната верификация: 100 % 3.2.2. за третата година след хистологичната верификация: 95 % 3.2.3. за четвъртата година след хистологичната верификация: 80 % 3.2.4. за петата година след хистологичната верификация: 75 % 7. Малигнен влагалищен тумор в първите пет години: 7.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата		
--	--	---	--	--

		година: 7.2.1. за първите две години след хистологичната верификация: 100 % 7.2.2. за третата година след хистологичната верификация: 91 % 7.2.3. за четвъртата година след хистологичната верификация: 80 % 7.2.4. за петата година след хистологичната верификация: 71 % 8. Малигнен тумор на външните полови органи: 8.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 8.2.1. за първите две години след хистологичната верификация: 100 % 8.2.2. за третата година след хистологичната верификация: 91 % 8.2.3. за четвъртата година след хистологичната верификация: 80 % 8.2.4. за петата година след хистологичната верификация: 71 % В Част Осма „Хирургични болести“, в Раздел XII 4. Новообразувания на устни, бузи, език, тонзилии, горна и долна челюст, гл. Паротис до 5-ата година след операцията: 4.2. с метастази до 5-ата година: 4.2.1. за първите две години след хистологичната верификация: 100 % 4.2.2. за третата година след хистологичната верификация: 91 % 4.2.3. за четвъртата година след хистологичната верификация: 80 % 4.2.4. за петата година след хистологичната верификация: 71 % В Част Осма „Хирургични болести“, в Раздел XII, т.6		
--	--	--	--	--

		се променя по следният начин: „6. Злокачествени мекотъканни тумори до 5 година: 6.1. в ранен стадий 6.1.1. за първите две години след операцията: 95 % 6.1.2 за третата година след операцията: 80 % 6.1.3. за четвъртата година след операцията: 65 % 6.1.4. за петата година след операцията: 60 % 6.2. с далечни метастази до 5-ата година: 100% 6. В Част Девета „Вътрешни болести“, в Раздел XVII “Злокачествени кръвни заболявания“, второто изписване на т.7.3 следва да се чете като т.7.4. В същия раздел в т.11.2 се добавя изразът „до 5 година“. В Раздел XXIII, т.6 следва да се чете като т.3. 7. Да се създаде нова ал.5 към чл.68 от НМЕ със следното съдържание: „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ. Мотиви: По този начин се избягва ощетяването на лицата с множествени тежки увреждания по отношение необходимостта от чужда помощ, тъй като при изчисление по старата формула те биха попаднали в категорията над 90% ТНР/СУ и биха били обсъждани за чужда помощ. Предлага се съпътстващите заболявания да обуславят над 50% ТНР/СУ, защото в случаите на 80%ТНР/СУ и съпътстващо заболяване 50% ТНР/СУ по старата формула се поражда 90% ТНР/СУ и не се обсъжда чужда помощ. Т.е. не е възможно долната граница на съпътстващите заболявания да обхваща 50% ТНР/СУ, а следва да е над 50% ТНР/СУ.	6. Приема се. 7. Приема се.	Точка „Псориатичен артрит“ да се чете като т. 3.
21.	Национален съвет на хората с увреждания в България, вх. № 61-00-62/28.06.2018 г.	На 13 април т.г. петък при срещата, която имаме в присъствието на вицепремиера Валери Симеонов и министър Ананиев коментирахме вашите предложения по медицинската оценка. На тази среща поставихме въпроса за така наречените съпътстващи заболявания защото бяхте предвидили да се оценява само водещото заболяване. Тогава Вие приехте да	Не се приема	В Протокола от проведената среща между представители на организациите на хората с увреждания и Министерството на здравеопазването, състояла се на 13 април 2018 г. и под писан от двете страни, е отразено, че особен акцент в дискусиите по време на срещата е поставен върху натрупването на повече заболявания на едно лице, водещи до

		разработите вариант, при който един човек с увреждания, с повече заболявания с 50% ТНР и повече, освен водещото да се признава и още второ съпътстващо увреждане с над 50 и повече процента, който да се прибави към водещото. Оказва се, че във Вашата разработка в Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 ще се взема предвид само за лица, при които най-високия процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане е над 79,99 (и ако той не е 100%) и които имат ено и повече съпътстващи заболявания, за всяко от които е посочено отправна точка от над 50%, общата оценка на ТРН/вид и степен на увреждане се определя като за основа се вземе най-високия процент (над 79,99%) и към него се прибавят 20% от сдбора на процентите на останалите увреждания. Ние не сме съгласни с това решение, тъй като в редица европейски страни за тежки увреждания се признават и тези които имат над 30%. В България се признават само над 50%. При това предложение една група от хора с тежки увреждания (2 и повече) би останала без нужната подкрепа. Припомняме Ви, че вариантът който тогава приехме беше, че човек който има няколко увреждания освен водещото да се прибави още едно, ако то е над 50%.		функционални дефицити в резултат на множество тежки увреждания и обсъждане правата на съответното лице. В Приложение № 1 към чл. 63 от НМЕ са премахнати диапазоните при оценките, тъй като решението на работната група, срещу което нямаше възражение до 28.06.2018 г. беше: като основен и единствен процент да се взема водещото заболяване с най-тежкото увреждане, на което съответства на най-висок процент от цитираното приложение. Предложението да се запазят само горните граници на диапазоните, някои от които бяха завишени по експертното мнение на лицата, участвали в изготвянето на проекта, е свързано с това, да не бъдат ощетени лицата с увреждания поради различния подход на различните ТЕЛК, включващ значителна степен на субективизъм при прилагане на диапазоните от проценти. В действителност, реална оценка на прилагането на промените в Наредбата за медицинска експертиза ще може да се направи след като се наблюдава определен период от време. Именно това решение е включено в протоколираната среща на 04.07.2018 г. между представители на организациите на хората с увреждания и Министерството на здравеопазването: в период до шест месеца след стартирането на реформата ще бъде извършван мониторинг над действащата Наредба и Правилника с цел промените в системата на медицинската експертиза да имат необходим положителен ефект за хората с увреждания. В края на този срок ще бъде извършен цялостен анализ на действието ѝ. Министърът на здравеопазването поема ангажимент при открити несъвършенства в Наредбата или Правилника, водещи до явно ощетяване на хората с увреждания, да предприеме незабавни мерки за тяхното отстраняване.
22.	Портал за обществени консултации – NSIHU - Национално представителни организации на и за хора с увреждания от	По отношение на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 в ЧАСТ ДЕВЕТА - ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ, Раздел V Хипофизарни нарушения, т. 2. Нанизъм, настояваме: 1. В новата точка 2.2.1. за жени от 140 до 131 см, за мъже от 145 до 136 см е посочена оценка от 40% ТНР, а в старата процентите са между 20 - 60 % . С новата оценка ниският	1. Приема се	По т. 2.2.1 се определят 50 %

		заболявания. От една страна защото основното заболяване води до съпътстващи заболявания и усложнения, а от друга страна голяма част от обществото в следствие на труд, начин на живот, психическо напрежение и др., много често придобива и други заболявания. При хората с нисък ръст е обичайно в следствие на ниския ръст да се получат усложнение като-ограничена подвижност и парези, смяна на стави. Много често наши членове имат диабет, намалено зрение и намален слух. За нас е недопустимо и дискриминиращо да се ограничават правата на хората по този начин. Недопустимо е заради хората, които злоупотребяват с права да се ограничават правата на нуждаещите се български граждани.		които имат едно или повече съпътстващи заболявания, за всяко от които е посочена отправна точка от над 50 процента, общата оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя като за основа се вземе най-високият процент (80 или над 80) и към него се прибавят 20 процента от сбора на процентите на останалите увреждания.
23.	Портал за обществени консултации mira_mira от 26 април 2018 г. 20:48:40	„Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 III. Когато са налице няколко увреждания, независимо дали са за заболявания от общ характер или за заболявания с причинна връзка, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане е посочен отделен процент, оценката на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя, като се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане. Останалите проценти за съпътстващите увреждания, не се вземат предвид при оценката, но се изписват в мотивната част на експертното решение. Как ще бъде записано това увреждане по новата медицинска експертиза: Конквасацио ет ф-ра аперта крур.син.Псевдоартрозис тиб.син.Абревиацио есктр.инф.син.Лезио х.фибуларис.ет тибалис син. Не в състояние да натоварва крийника, самостоятелно придвижване с две помощни средства на къси разстояния по равен терен с ортопедични обувки. Раздел IX Увреди на долните крайници 22.3. над 4 до 6 см включително: 20 % 30.1. лека степен – екстензия-флексия до 0 градуса – 0		

		градуса – 90 градуса: 10 % 31.1. стабилна (ригидна): 40 % 35.2. в неблагоприятно положение: 40 %но това уврждане: ЧАСТ СЕДМА НЕРВНИ БОЛЕСТИ 11.7.3. тежка степен: 30 % 11.8.3. тежка степен: 30 Забележка: Стадият се определя в зависимост от проведеното клинично изследване в клиника по професионални заболявания. Не е правилно да се взема най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане което в конкретния случай е 40 %,трябва да се комбинират.Но с новата наредба не виждам тази възможност. Това е само един пример, а има много такива. Но хората ще бъдат оцетени. Да трябва да има промяна,добре е че няма от – до % . Защо за нерни болести само в клиника по професионални заболявания?	Приема частично се	В Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3, се формулира нов текст в т. IV. За лицата, при които най-високият процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане е 80 % или над 80 % (и ако той не е 100%), и които имат едно или повече съпътстващи заболявания, за всяко от които е посочена отправна точка от над 50 процента, общата оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане се определя като за основа се вземе най-високият процент (80 или над 80) и към него се прибавят 20 процента от сбора на процентите на останалите увреждания. Реална оценка на промените в Наредбата за медицинска експертиза може да се направи след като практическите резултати от нейното прилагане се наблюдава за определен период от време, каквото е и решението от среща между представители на Национално представените организации на и за хората с увреждания и Министерството на здравеопазването, проведена на 04.07.2018 г. При открити несъвършенства в Наредбата за медицинската експертиза, водещи до явно оцетяване на хората с увреждания, Министерство на здравеопазването ще предприеме действия за тяхното отстраняване.
24.	Национално представителни организации на и за хора с увреждания, вх. № 03-08-88/28.05.2018 г.	Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 ОТПРАВНИ ТОЧКИ ЗА ОЦЕНКА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА РАБОТОСПОСОБНОСТ И НА ВИДА И СТЕПЕНТА НА УВРЕЖДАНЕ В ПРОЦЕНТИ Становище и корекции на оценка на трайно намалена работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти		

	ЧАСТ ПЪРВА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ Раздел VII Асептични некрози 2. Болест на Чандлър: 2.1. начален стадий: 50 % 2.2. напреднал стадий: 71 % Раздел VIII Увреждания на горните крайници 7. Загуба на ръка на ниво радиокарпална става: 70% 8. Анкилоза (обездвижване) на раменната става в благоприятно положение при запазени движения на раменния пояс: 30 %. 8.1. Анкилоза (обездвижване) двустранно на раменната става в благоприятно положение при запазени движения на раменния пояс: 50 %. 9. Анкилоза (обездвижване) на раменната става в неблагоприятно положение или при нарушена подвижност на раменния пояс: 80 % 9.1. Анкилоза (обездвижване) двустранно на раменната става в неблагоприятно положение или при нарушена подвижност на раменния пояс: 80 % 12.3. над 10 см до 20 см: 50 %.	2.1. Не се приема 7. Не се приема 8. Приема се 9.1. Приема се 12.3. Не се приема	2.1. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ- I-е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. При болестта на Чандлър- т. 2.1- начален стадий , липсва функционален дефицит или е много лек, който обуславя предложеното в проекта на ПМС 40 %. 7. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ- е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. По Раздел VIII, т.7- Загуба на ръка на ниво радиокарпална става, води до по- лек функционален дефицит в сравнение с загуба на ръка на по- високо ниво. 8. Приема се с оглед прецизиране на оценката: Създават се нови: т. 8.1 – Едностранно – 30%; т. 8.2 – Двустранно - 50% 12.3. Функционалният дефицит не обуславя такъв висок процент ТНР при запазени движения в ставите на горния крайник. Поради това, не би могло да се
--	---	---	---

		13.2. Двустранна псевдоартроза на мишниците: 50% 16.3. напреднала степен – включително ограничени ротаторни движения на предмишницата - двустранно: 50 % 18. Халтавост на лакътната става: 50 % Раздел IX Уреди на долните крайници 9.2. при едностранно неблагоприятно състояние на чуканите: 80 % 9.3. при двустранно неблагоприятно състояние на чуканите: 100 % СЧП 17.3.2.1. с възможност за самостоятелно придвижване с помощни средства: 91 % 30.2. средна степен – екстензия-флексия 0 градуса – 10 градуса – 90 градуса: 20 % – двустранна умерена контрактура на колянна става - – 90 градуса:70 %	13.2. Приема се частично 16.3. Приема се 18. Не се приема 9.2. Не се приема 9.3. Не се приема Липсва предложение 30.2. Не се приема	обоснове 50 % от медицинска гледна точка. Т. 13. Приема се с оглед прецизиране на оценката: 13 - Псевдоартроза на мишница: 13.1 - стабилна/ригидна/- едностранно - 40% Нова т. 13.2 - стабилна/ригидна/ - двустранно -60% Сегашната т. 13.2.става т. 13.3- халтава: 50 % 16.3. Приема се с оглед прецизиране на оценката: Т.16.2-напреднала степен-включително ограничение на ротаторните движения на предмишницата 16.2.1 – едностранно - 40% Създава се нова т. 16.2.2 – двустранно - 50% 18. Функционалният дефицит не обуславя такъв висок процент ТНР при запазени движения в останалите стави на горния крайник. Поради това, не би могло да се обоснове 50 % от медицинска гледна точка. 9.2. Предложената в проектана ПМС Раздел IX, т.9.1. дава по- благоприятна оценка на хората с увреждания, в сравнение с настоящето предложение. 9.3. Предложената в проекта на ПМС Раздел IX, т.9.1. дава по- благоприятна оценка на хората с увреждания, в сравнение с настоящето предложение. Чуждата помощ се определя по реда на чл. 68 от НМЕ 30.2. Предложената в проекта на ПМС оценка на функционалния дефицит (Раздел IX, т. 30.2) е прецизно обоснован от медицинска гледна точка. Предложеният термин „двустранна умерена контрактура на колянна става- 90 градуса“ е
--	--	--	--	--

		Раздел II Вестибуларни нарушения 4. При лица с тежко протичащи (многократно в месеца) пристъпи, с трайни слухови смущения и субективни шумове, манифестно персистираща вестибуларна симптоматика и смутена статокинетика: 70 %. ЧАСТ ПЕТА ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ Сериозен пропеск е липсата на механизъм за оценка на запазено зрение на едното око и слепота на другото. При липса на сумиране на централно и периферно зрение, болните по така предложената методика остават без възможност за придобиване на инвалидна пенсия. Раздел II Периферно зрение Сериозен пропуск е липсата на механизъм за оценка на хомонимна и хоризонтална хемианопсия. Раздел VIII Общи правила 7. При вродени или придобити помътнявания на раговицата, лещата и стъкловидно тяло и промени в зрителния нерв и ретината, оценката на трайно намалена възможност за	4. Приема се Приема се Не се приема Не се приема	медицински неправилен. Приета е с оглед прецизиране на оценяването нова т. 30.2 - средна степен Нова т. 30.2.1 - екстензия-флексия 0-10-90° - 20%. Нова т. 30.2.2 - екстензия-флексия 0-20-90° - 30% едностранно Нова т. 30.2.3 - екстензия-флексия 0-20-90° - 50% двустранно С оглед прецизиране на оценките, при запазено зрение на едното око и липса /зрение под 0,05/ на другото, следва да се определи оценка по таблицата в Раздел I, както следва: В последната колона, първи ред- от 45% на 50%; В последната колона, втори ред- от 48 % на 50 %; Във втора колона, последен ред- от 45 % на 50 %; В трета колона, последен ред- от 48 % на 50 %. Оценката зависи от запазеното централно зрение /по Раздел I- Зрителна острота/ Преценката е единствено доколко е функционалното увреждане. Оценките са променени с оглед прецизирането на състоянието, като се има предвид кое състояние затруднява човек, който има такова увреждане. Значение има и запазеното централно зрение. Когато увреждането е на двете очи, по- високата оценка се получава от намаленото централно зрение,
--	--	--	--	---

		социална адаптация при децата, които не могат да бъдат оценени по функционален дефицит, се определя от степента на помътняване то или промените в очните среди. 7.1 при засягане на едното око: 40% 7.2 при засягане на двете очи: а) лека степен- 30% б) средна степен – 50% в) тежка степен – 91% ЧАСТ ЧЕТВЪРТА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА <i>Раздел V</i> <i>Ритъмни и проводни нарушения</i> 2. Леки хемодинамични нарушения от I – II ФК при надкамерни и камерни екстрасистоли, пароксизмални надкамерни тахикардии, нормофреквентно предсърдно мъждене и т.н., като се има предвид степента на изразеност на основното заболяване: 50 % ЧАСТ ОСМА ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ Сериозен пропуск е липсата на механизъм за оценка на двустранна елфантиаза. <i>Раздел IV</i> <i>Аневризми (без мозъчните) и артерио-венозни фистули</i>	Не се приема Не се приема	резултат от описаните увреждания. Предложената оценка зависи и е съобразена с остатъчното централно зрение. Когато увреждането е тежко, зрителната острота е значително намалена и оценката ще се определя по Раздел I, тъй като процентът е по-висок. В сега действащото Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ, в раздел V, част IV, т. 2 се определя 30-50 % ТНР/ ВСУ. В зависимост от величината на хемодинамична значимост на изброените в т. 2 ритъмни нарушения, тази точка в проекта на ПМС е разделена на 2- за тези с по- ниска хемодинамична значимост- 40 %, а за тези с по- голяма хемодинамична значимост- 50 % (т.3). Избегнат е ниският 30 % ТНР/ ВСУ, спазен е принципът за запазване на горногратничният процент ТНР/ ВСУ от сега действащият процент за оценка. Първичната елфантиаза засяга двата долни крайника и дадената оценка по т. 2.2. Елфантиаза (обезформен крайник, тежки изменения на епидермиса), IV стадий по Брунер – 71 %, кореспондира с функционалния дефицит на това заболяване. С оглед да не бъдат оштетени лицата, страдащи от вторична елфантиаза на един долен крайник (постоперативна, посттравматична и пр.), състоянието се приравнява към дадената оценка за два долни крайника.
--	--	---	---	--

	Сериозен пропуск е липсата на механизъм за оценка на аневризми 4-5 см. Раздел X Мъжки полови органи 3. Липса на двата тестиса (до 50-годишна възраст) – 50 % ЧАСТ ДЕВЕТА ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ Раздел I Захарен диабет 1. Захарен диабет тип 2 (неинсулинозависим): 1.1. контролиран с диета или с перорално лечение без усложнения: 40 % 1.2. захарен диабет на перорално лечение 1.2.1 захарен диабет с едно усложнение на прицелен орган-50% 1.2.2 захарен диабет с две усложнения на прицелни органи-60% 1.2.3 захарен диабет с повече от две усложнения на прицелни органи-70% Раздел V Хипофизарни нарушения 2. Нанизъм: 2.2.1. за жени от 140 до 131 см, за мъже от 145 до 136 см: 50% Раздел IX	Не се приема Не се приема 1. Не се приема 2.2.1. Приема се	В проекта на ПМС оценките за състоянието се определят, както и по досега действащата НМЕ/2017 г.: Аневризма с размери 4 см и < 4,5 см – по т. 2.3. – 40 %; Аневризма с размери 5 см и > 4,5 см – по т. 2.2. – 80 %. Оценката за Липса на двата тестиса (до 40-годишна възраст) – 30 %, кореспондира с функционалния дефицит. Оценката не се дава за липса на органи, а се определя за функционалния дефицит при Посткастрационен синдром – комплекс от различни заболявания, явяващи се самостоятелни нозологични единици. 1. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ- е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Оценките, включени в Раздел I касаят захарния диабет без или с усложнения, но без функционален дефицит. Функционалният дефицит на прицелните органи се оценява в съответните системи и се взема най-високият процент, което е значително по-благоприятно за хората с увреждания. 2.2.1. Същото предложение е отправено по т. 5 от Справката /Д-р Л. Тончева – председател на ТЕЛК II състав, гр. Русе, вх. № 03-08-88/16.05.2018 г.
--	--	--	--

		Адипозитас пермагна (индекс на телесна маса) (ИТМ) над 55 кг кв. м): 50 % Настояваме за ясна дефиниция на БМИ /ИТМ/ и предлагаме: 50-55 БМИ: 50% 55-60 БМИ: 60% Над 60 БМИ: 75% Раздел XVII Злокачествени кръвни заболявания Сериозен пропуск е липсата на механизъм за оценка на Лимфом на Хочкин III – IV стадий при постигната ремисия до 5-тата година. Раздел XIX Болести на бъбреците и пикочните пътища 4.2. с по-чести колики и усложнения (уроинфекция, хидронефроза, ренопаренхимна артериална хипертония, анемичен синдром): 50 % Настояваме да се конкретизира понятието „по-чести“ колики времево. Всички усложнения ли трябва за има и колко от тях? Раздел XXIII Заболявания на опорно-двигателния апарат 6.2.2. при ограничение на движението в засегнатите отдели на гръбначния стълб, без кифоза и лордоза: 71% 6.2.3. при липса на движение, с оформена кифоза и лордоза: 91%	Не се приема Приема се 4.2. Не се приема 6.2.2. Не се приема 6.2.3. Не се приема	Промените на сърдечно-съдовата система, дихателната система, хронично венозната недостатъчност и дегенеративните заболявания на опорно-двигателния апарат (ОДА) ще се оценяват отделно и ако обуславят по-висок %, ще се определи такъв, което е по-благоприятно за хората с увреждания. В част 9, р. XVII текстът следва да се чете: Т.11.3- при трети и четвърти клиничен стадий до постигане на ремисия- 95 %; Т. 11.4- до петата година при постигната ремисия- 75 %; Т. 11.5- от петата до десетата година- 50 % 4.2. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ- е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Предложената в проекта на ПМС оценка на функционалния дефицит (Раздел XIX, т. 4.2) е прецизно обоснован от медицинска гледна точка след съгласуване с Националния консултант по нефрология. Изброено е ясно и точно броят на усложненията. 6.2.2. Формулировката е прецизно обоснована от медицинска гледна точка. Тежката форма – липса на движение е предвидена в т. 6.2.3. 6.2.3. Предложението в проекта на ПМС е по-благоприятно за хората с увреждания.
25.	Асоциация на родители на деца с епилепсия Вх. № 15-	Предложения за промени в Приложение № 1 към чл. 63, ал 1 от НМЕ		

	00-134 от 02.07.2018 г.	ЧАСТ ВТОРА ПСИХИЧНИ БОЛЕСТИ Раздел I Органично-мозъчни психични смущения Трябва да се прави разграничение между отслабената годност на мозъчната активност и по-тежки, променящи се органично-мозъчни промени на характера, които често се проецират като преливащи се едно в друго състояния. 1. Към отслабената годност се приемат смущения на вниманието и концентрацията, преждевременна умствена уморяемост, дефекти в оценъчната възможност, възможността за приспособяване и вегетативната лабилност /например главоболие, вазомоторни смущения, нарушения в съня, афективна лабилност/ - 20%. 2. Органично-мозъчна промяна на личността и нарушения на паметово-интелектуалните и когнитивни функции. Определя се от обедняване и загрубяване на личността, със смущения на подтиците и настроението, с ограничаване на критичната оценка, както и на контакта с околната и социалната среда, включително до най-тежки промени на личността. На базата на органично-психичните промени нерядко да се развият допълнителни психо-реактивни смущения. Степен на изразеност: 2.1 леки: 50% 2.2 средни: 70% 2.3тежки: 2.3.1 сравнително тежки: 80% / 2.3.2 значително тежки: 90% 2.3.3. много тежки – 95%2.4 тежки невъзвратими: 100% ПРЕДЛОЖЕНИЕ: Тежките степени от 9+0% да станат с чужда помощ. Раздел II – стар вариант. Затруднено заучаване, умствена ограниченост Оценката на намалена работоспособност/степен на увреждане (НР) при затруднено заучаване и умствена ограниченост не бива да изхожда единствено от степента на понижената интелигентност и съответните резултати от	Не се приема т. 2.1.- 2.4. Не се приема	Предложението не променя смисъла, като текстът е прецизиран. Т.2.1.-2.4 Текстовете в проекта на ПМС са прецизни и обосновани от медицинска гледна точка, като предвидените проценти са по-благоприятни за хората с увреждания.
--	-------------------------	--	---	--

	тестовите, тъй като те винаги обхващат затруднението в определен период от време. Едновременно с това трябва да се вземе под внимание и развитието на личността - афективно и емоционално, а така също и в областта на подтиците, паметта и вниманието, способността за интегриране на нови знания и възможността за социално вграждане. 1. Лека легастения без значително повлияване на учебните постижения: 10 % 2. Останалите по-тежки форми на легастения: 30 % 3. Ограничени умствени възможности: 3.1. ограничения в умствените възможности, обуславящи специални образователни потребности, професионално вграждане само в елементарни, т. нар. незаучаеми дейности, леки смущения в развитието на говора, изоставане в интелигентността, отговарящо на интелектуален квотиент (ИК) на около 10 - 12-годишна възраст, отговаряща на лека - средна дебилност (ИК 60 - 70 при възрастни), намален контрол на влеченията и подтиците: 30 - 70 % 3.2. по-тежка ограниченост на интелигентността, със силно стеснени до липсващи възможности за обучение, значително ограничени езикови умения и нарушен говор, с намалена до загубена възможност за вграждане в елементарни трудови дейности, поведенчески отклонения при ИК под 60: 3.2.1. при относително благоприятно развитие на личността и възможности за социално вграждане (частичен успех в училище, възможности за елементарни дейности) - 70 - 90 % 3.2.2. при по-силно изразени ограничения на възможностите за вграждане в обществото, с тежка липса на самостоятелност, със затруднен до липсващ говор, възможност за занимание само в заведения за лица с психични заболявания - 91 - 100 %. Раздел II Умствена ограниченост Оценката на намалената умствената ограниченост не изхожда единствено от понижената интелектуалност и съответните резултати от тестовите, тъй като те винаги обхващат съответен период от време. Едновременно с това трябва да се вземе под внимание и развитието на личността – афективно и емоционално, способността за интегриране		Раздел II. Не се приема	Раздел II. Предложението не променя смисъла, като текстът е прецизиран. Текстовете са съобразени с МКБ 10.
--	---	--	--------------------------------	---

	на нови знания и възможността за социално вграждане. 1. ограничения в умствените възможности, обуславящи специални образователни потребности, професионално вграждане само в елементарни, т.нар. незаучаеми дейности, леки смущения в развитието на говора, изоставане в интелигентността, отговарящо на интелектуален квотиент /ИК/ на около 10-12 годишна възраст, отговаряща на лека-средна дебилност /ИК/ на около 10 – 12 годишна възраст, отговаряща на лека – средна дебилност (ИК 60-70 при възрастни), намален контрол на влеченията и подтиците: 1.1: с добра социална адаптация – 30% /съхранени умения за търсене, намиране и извършване на елементарна работа/. 1.2: с влошена социална адаптация – 50% /частична загуба на умения за търсене, намиране и извършване на елементарна работа/. 1.3: с влошена социална адаптация, при намален контрол на влеченията и подтиците – 75% . ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 1: Трите подточки да се обединят в една като в стария вариант и да се оценява със 70% 2. по-тежка ограниченост на интелигентността, със силно стеснени до липсващи възможности за обучение, значително ограничени езикови умения и нарушен говор, с намалена до загубена възможност за вграждане в елементарни трудови дейности, поведенчески отклонения при ИК под 60: 2.1: при относително благоприятно развитие на личността и възможности за социално вграждане - 80%. ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 2.1: Да се оценява с 90% с чужда помощ. 2.2: при по-силно изразени ограничения на възможностите за вграждане в обществото, с тежка липса на		
		Т. 2.1. Не се приема	2.1. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Поради това, не би могло да се обоснове по- висок % от медицинска гледна точка. Добавен е нов текст на ал. 5, чл. 68 от НМЕ, който гласи „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“, което допълнително прецизира редът за произнасяне за потребността от чужда помощ..
		Т. 2.2. Не се приема	2.2. Добавен е нов текст на ал. 5, чл. 68 от НМЕ, който гласи „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се

		самостоятелност, със затруднен до липсващ говор, възможност за занимание само в заведения за лица с психични заболявания – 100%. ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 2.1: Да се оценява с 100% с чужда помощ. Раздел VIII Психични отклонения в детска възраст 1. Ограничения в умствените възможности и нивото на функциониране, оценени (вкл. психометрично) чрез възрастово подходящи методики: 1.1. лека умствена изостаналост (F70) Възможност за обучение в масово училище с ресурсно подпомагане - 30 % 1.2. умерена умствена изостаналост (F71) – силно ограничена реч, при запазена физическа активност: 1.2.1. Без поведенчески отклонения: 60% 1.2.2 с нарушения в поведението: 80% /с наличие на агресия, самоувреждане или хиперактивност/ 1.3. тежка умствена изостаналост (F72) - 95 % /с изразени двигателни нарушения и липсваща реч/ 1.4. дълбока умствена изостаналост (F73) - 100 % /неподвижни или със силно ограничена подвижност, липса на невербална/		произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“, което допълнително прецизира редът за произнасяне за потребността от чужда помощ. 1.1. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Поради това, не би могло да се обоснове по- висок % от медицинска гледна точка. 1.2. Определянето е извършено по степен на функционален дефицит и прецизирането му. Включването на термина „подвижност“ е в съответствие с критериите на МКБ 10. Добавен е нов текст на ал. 5, чл. 68 от НМЕ, който гласи „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“, което допълнително прецизира редът за произнасяне за потребността от чужда помощ. Добавен е нов текст на ал. 5, чл. 68 от НМЕ, който гласи „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“, което допълнително прецизира редът за произнасяне за потребността от чужда помощ.
--	--	--	--	--

		ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 1: - по т. 1.1. оценяването да е на 50%. - по т. 1.3. и 1.4. да бъде добавена и чужда помощ 2. Генерализирани разстройства на развитието (F84.0 – F84.9): 2.1 Леки форми: 65% /леки качествени нарушения в социалните взаимоотношения, в начина на комуникация и поведение/. 2.2 Със значително нарушено ниво на функциониране - 85% /по-тежко изразени нарушения в комуникацията и поведението, изразени стереотипии, паратимия, импулсивна готовност, когнитивен дефицит/. 2.3 Тежки форми: 100% - /липса на социална свързаност и комуникация, паратимия, парабулия, тежък когнитивен дефицит, изразени стереотипии/. ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 2: по т. 2.2. и 2.3. да бъде добавена и чужда помощ 3. Психични разстройства в детско-юношеската възраст: 3.1 с минимални затруднения в социалната адаптация и обучението: 60% 3.2 със значителни затруднения в социалната адаптация и обучението: 80% 3.3 с невъзможност за социална адаптация и обучение: 100%. ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 3: по т. 3.3. да бъде добавена и чужда помощ 4. Непсихотични разстройства в детско-юношеската възраст:	2.2. Не се приема 2.3. Не се приема 3.3. Не се приема	2.2. Предложението не променя смисъла, като текстът е прецизиран. Добавен е нов текст на ал. 5, чл. 68 от НМЕ, който гласи „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“, което допълнително прецизира редът за произнасяне за потребността от чужда помощ.. Добавен е нов текст на ал. 5, чл. 68 от НМЕ, който гласи „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“, което допълнително прецизира редът за произнасяне за потребността от чужда помощ. Предложението не променя смисъла, като текстът в проекта на ПМС е прецизиран и е приведен в съответствие с клиничната диагностика. Добавен е нов текст на ал. 5, чл. 68 от НМЕ, който гласи „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“, което допълнително прецизира редът за произнасяне за потребността от чужда помощ.
--	--	---	--	---

	4.1: от F 80 до F 83/специфични разстройства на развитието на речта и езика; специфични разстройства на училищните умения; специфично разстройство на развитието на двигателната функция; смесено специфично разстройство на развитието/ – 20% 4.2: F 90/хиперкинетични разстройства/: 50% . 4.3: от F 92 до F 98/смесени разстройства на поведението и емоциите; емоционални разстройства с начало, типично за детството; разстройства на социалното функциониране с начало, типично за детството и юношеството, разстройства на храненето, тикови разстройства, неорганична енуреза, разстройства със стереотипни движения, заекване/, 4.3.1: лека степен /клинично установена/: 20% - 4.3.2: средна степен/клинично установена/: 40% 4.3.3: тежка степен /клинично установена/: 75% ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 4: - по т. 4.1. оценяването да е на 50%. - по т. 4.2. оценяването да е на 60% ЧАСТ СЕДМА НЕРВНИ БОЛЕСТИ 4. Епилепсия (според вида, тежестта и честотата на пристъпите с обективизация на пристъпите): 4.1. много редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали повече от една година и парциални пристъпи (прости, комплексни) - 20 % 4.2. с интервали от месеци - 40 % 4.3. редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от месеци и парциални	4.1. Не се приема 4.2. Не се приема 4.3. Не се приема 4. Не се приема	4.1. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Поради това, не би могло да се обоснове по- висок % от медицинска гледна точка. 4.2. Предложението не променя смисъла, като текстът в проекта на ПМС е прецизиран. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Поради това, не би могло да се обоснове по- висок % от медицинска гледна точка. 4.3. Предложението не променя смисъла, като текстът в проекта на ПМС е прецизиран . 4. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Поради това, не би могло да се обоснове по- висок % от медицинска гледна точка.
--	---	---	--

		пристъпи (прости, комплексни) с интервали от седмици - 60 % 4.4. средно-чести - генерализирани епилептични пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от седмици и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от дни - 75 % 4.5. чести припадъци – ежеседмични - - 91 % по преценка СЧП. 4.6. епилептични синдроми, резистентна епилепсия с ежедневни и/или еженощни пристъпи - 100 % с чужда помощ (СЧП). <i>Забележка 3.</i> Припадъчното заболяване се счита в ремисия, ако в продължение на 3 години без медикация няма припадък. ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 4: 4.1. много редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали повече от една година и парциални пристъпи (прости, комплексни) - 20 % - по т. 4.2. редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от една година и парциални пристъпи (прости, комплексни) - 40 % - по т. 4.3. средно чести - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от месеци и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от седмици - 70% - по т. 4.4. чести - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от седмици и ежеседмични парциални пристъпи (прости, комплексни) . - 80 %	4.1. Липсва предложение 4.2. Не се приема 4.3. Не се приема 4.4. Не се приема	4.2. Текстът в проекта на ПМС е по- точен от медицинска гледна точка и поради това е прецизиран . 4.3. Текстът в проекта на ПМС е по- точен от медицинска гледна точка и поради това е прецизиран. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Поради това, не би могло да се обоснове по- висок % от медицинска гледна точка. 4.4. Текстът в проекта на ПМС е по- точен от медицинска гледна точка и поради това е прецизиран. Основният принцип на оценка на ТНР/ ВСУ съгласно Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ е спрямо функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Поради това, не би могло да се обоснове по- висок % от медицинска гледна точка.
--	--	---	---	--

	- по т. 4.5. много чести – ежеседмични генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от седмици и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от дни - 91 % с чужда помощ, по предложение при обсъждане – пожизнен срок. 4.6. епилептични синдроми, резистентна епилепсия с ежедневни и/или еженощни пристъпи - 100 % с чужда помощ (СЧП). Забележка 3. Припадъчното заболяване се счита в ремисия, ако в продължение на 3 години без медикация няма припадък, по предложение по обсъждане – пожизнен срок. ЧАСТ ДЕВЕТА ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ <i>Раздел VIII</i> <i>Други болести на обмяната</i> 1. Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци; минералната обмяна; във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс; други смущения на обмяната/кислотна фиброза, нарушение на обмяната на порфирина, пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушени на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др.). При възрастни в зависимост от функционалния дефицит на прицелните органи. За деца до 16 години процентът е от 50 до 100. 1. Тежка форма на рахит с патологични фрактури – 100% 2. Витамин „Д“ резистентен рахит с тежки необратими изменения в костите – 80% ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 1: Пояснение и прецизиране на процентите при останалите смущения в обмяната при деца.	4.5. Не се приема 4.6. Липсва предложение 1. Не се приема Т.1 и т.2. Не се приема	4.5. Добавен е нов текст на ал. 5, чл. 68 от НМЕ, който гласи „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“, което допълнително прецизира редът за произнасяне за потребността от чужда помощ. Пожизненият срок се определя по реда на чл. 69, ал. 4 от НМЕ и ал. 7 1. В проекта на ПМС са пояснени и прецизирани процентите при смущения в обмяната при деца до 16 години, като текстовете съответно са: 1.1. Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци; минералната обмяна; във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс-80% 1.2 Други смущения на обмяната/кислотна фиброза, нарушение на обмяната на пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушение на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др./-100% 1 и 2. Систематично не попадат в Раздел VIII, а в Раздел VII.
--	--	---	--

		2. Подагра Степента на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя съобразно функционалния дефицит на прицелните органи – бъбреци и ставен апарат. При хронична подагра с образуване на тофи оценката се определя по т. 4.3, раздел XXIII, част девета. Раздел XI Генетични аномалии 1. Бройни или структурни хромозомни аберации 2. Наследствени дефекти на метаболизма 3. Единични и множествени вродени аномалии (дисметрични синдроми) – ако не могат да бъдат отнесени към друг раздел на тази таблица. <i>Забележки:</i> 1. За деца до 3 години: 50 %. 2. За посочените по-горе генетичните аномалии се следват (за възраст над 3 години): 30 %. ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 1: Над възраст 16г. процентът да се определя според броя и степента на засегнатите системи, като при наличие на дисфункция на сърдечната и/или нервна система 100%. Чуждата помощ се определя според необходимостта. Освидетелстването да е пожизнено. ПРЕДЛОЖЕНИЕ по т. 2: До възраст 16г. процентът да се определя според броя и степента на засегнатите системи, като при наличие на дисфункция на сърдечната и/или нервна система 100%. Чуждата помощ се определя според необходимостта.	Липсва предложение 1. Не се приема 2. Не се приема	Текстът е идентичен с проекта на ПМС 1. Процентите в т. 1 и т. 2 касаят само оценката на генетичния дефект, а функционалният дефицит на засегнатите органи и системи се оценява по съответните части по Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ. Чуждата помощ е допълнена с новосъздадената ал.5 към 68- „(5) При процент ТНР/СУ – 80%, ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по необходимостта от чужда помощ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/СУ“. Пожизненият срок се определя по реда на чл. 69, ал. 4 от НМЕ. 2. Процентите в т. 1 и т. 2 касаят само оценката на генетичния дефект, а функционалният дефицит на засегнатите органи и системи се оценява по съответните части по Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ. Чуждата помощ се определя по реда на чл. 68, ал. 3 от НМЕ.
26.	Асоциация на индустриалния капитал в България, вх. № 15-00-80/13.04.2018 г.	През последните три години медицинската експертиза беше обект на сериозно обществено внимание и еднозначна негативна оценка на ефектите от нея. Общо е мнението, че е необходима коренна промяна в модела на организация на експертизата на работоспособността в интерес на	Не се приема	Становището е извън контекста и не съдържа конкретни предложения и текстове, относно проекта на Постановление. Философията и принципите, по които се извършва медицинската експертиза почиват на единни стандарти и има ясни и точни критерии за

	добросъвестните осигурители и осигуряващи се лица. Без претенцията за ultima ratio оттегленият проект беше съдържателен елемент на здравната реформа, а свалянето му от дневен ред за нас е пореден отказ от такава, доколкото (в резултат на митингаджийски натиск) се запазва съществуващото от години и неработещо в полза нито на хората с увреждания, нито на другите граждани статукво. Проблемите остават и се задълбочават от липсата на решение. Основните сред тях са: 1. Инвалидността - като формално състояние - се признава чрез експертно решение на една от Териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК). То се основава на медицински диагнози, всяка от които води до признаване на намалена работоспособност. В момента процентът на загубена работоспособност при едно лице се формира от множество заболявания, като при това се вземат предвид и характерни за възрастта заболявания. Според Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания „увреждането се предизвиква от бариерите в средата - физически, психологически, културни - пред които се изправя един човек с функционален дефицит", т.е. не функционалният дефицит, а бариерите в средата правят човека такъв с увреждане. Привидно простото определение създава на мнозина сериозни проблеми с разбирането му. Защото приемаме за безспорен факт твърдението, че хората с увреждания са болни, имат диагнози и намалена работоспособност. У нас решението на ТЕЛК е най-универсалният документ в държавата. Той осигурява достъп от пенсия до синьо картонче за безплатно паркиране и безплатна винетка, от статут за преференциално третиране в НАП до възможност за създаване на специализирано предприятие и ползване на еврофондове. Онова, което ТЕЛК-ът не дава, са точно нещата, от които се нуждаят хората с увреждания - достъпна среда, включително и жилищна, достъпен транспорт, съвременни (а не морално остарели) технически помощни средства, лична помощ и достъп до образование. Мизерните помощи, които вървят с ТЕЛК-а, не помагат на никого, но изкушават болни и техните роднини, дребни и едри хитреци да събират дебели досиета с диагнози, за да получат колкото се може по-висок процент загубена работоспособност.		контрол, обезпечаващи високо качество и достоверност на експертните решения. Медицинска експертиза на вида и степента на увреждане служи на останалите институции в системата за социалното и пенсионното осигуряване на хората в неравностойно положение, съобразно тяхната нормативна уредба за отпускането на съответните пенсии и социални привилегии.
--	--	--	---

		Сферата на медицинската експертиза е една от най-нереформираните системи от 28 години насам и погрешната реформа е много по-лоша от липсата на такава. Промените трябва да започнат с категорично премахване на нещото, наречено ТЕЛК. То трябва да бъде заменено от индивидуални оценки от специалисти, за да се избегне компрометираното вече колективно вземане на решения. Необходимо е оценката на вида и степента на увреждане на кандидатстващите за освидетелстване и на потребностите им за пълноценно социално включване, да се прави от определени високо квалифицирани лекари от болничните заведения, отделно за всяко увреждане. Оценката трябва да има правна стойност и да гарантира по закон, че болният от диабет ще получи необходимите му медикаменти, диета и редовни прегледи за проследяване на кръвната захар; човекът с физически дефицит ще може да има подходяща инвалидна количка, лична помощ и подкрепа от колега, минал вече през тежките преживявания, довели до увреждане; всеки незрящ ще може да има подходящата за него лупа, говореща програма или друго помощно средство, което да му помогне да функционира като всеки друг гражданин и така нататък, и така нататък. Целта трябва да бъде предоставяне на необходимата подкрепа за всеки човек, с цел неговата независимост, трудова и социална реализация. Този документ трябва да служи и за оценка на работоспособността на упражняваната професия или за насочване към други дейности, неведещи до допълнителни увреждания на здравето. 2. Що се отнася до хората с увреждания в трудоспособна възраст, оценката на дееспособността им трябва да бъде ангажимент на осигурителя. Негова комисия трябва да оценява остатъчната работоспособност и да дава препоръки за вграждането им в трудовия процес в предприятието или за насочване към трудовия пазар. Оценката на работоспособността на лицата с увреждания следва да дава отговор на въпросите: какво не може и какво може да извършва лицето, както и да определи необходимостта от професионална или трудова рехабилитация, начина на вграждане в трудовия процес и необходимото преустройство на работното място.		
--	--	---	--	--

		3. Ревизия на инвалидните пенсии без дълбока, коренна и фундаментална промяна на политиките по уврежданията няма да доведе до нищо смислено и полезно - фалшиви инвалиди ще продължават да получават средства, предназначени за хората, на които наистина са необходими. Иначе казано, настоящият модел ощетява хората с увреждания и облагодетелства користно употребяващите придобивките 'от него. Допълнителното месечно заплащане на лицата с увреждания от осигурителя също трябва да бъде обвързано със заетостта на работещия. Не следва да се изплаща такава компенсация при пълна осем часова заетост. Месечната издръжка поради увреждане е онова, което трябва да замести пенсията по инвалидност при хората в предпенсионна възраст, които не са имали възможност да натрупат трудов и осигурителен стаж. Тя е дължима на всеки, който поради бариери в средата и функционален дефицит не може да упражнява труд. И тя трябва да се изплаща докато дефицитът не бъде компенсиран и докато не бъдат премахнати бариерите в средата. В момента тази роля играе „пенсията по инвалидност“, която слага тежко пенсионно клеймо - „негоден за труд“. Социалната подкрепа за хората с увреждания е превърната в част от социалните помощи поради бедност и нищо повече - затова и се администрира от дирекциите „Социално подпомагане“, затова е в минимални размери, затова не може да даде повече от едно оцеляване и бездействие, вместо да се обследва остатъчна работоспособност и интеграция на пазара на труда. Още през 2015 г. Асоциацията на индустриалния капитал в България представи на Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика своите виждания по проблемите на медицинската експертиза и отпускането на инвалидните пенсии. Сега е моментът да не допуснем затихване на дебата за ТЕЛК-овете и да утвърдим увреждането като нещо много повече от доктори, лечение и пенсии, да изискваме въвеждане на методиката на Световната здравна организация за комплексна и индивидуална оценка на увреждането, да се освободим от състоянието на обреченост, в което ни поставят погрешните държавни политики, по отношение на медицинската експертиза и към		
--	--	---	--	--

		хората с увреждания.		
--	--	----------------------	--	--

**ГЛАВЕН СЕКРЕТАР:
ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ**