

СПРАВКА

за отразяване на предложенията, получени в рамките на обществените консултации, по
проекта на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза
за периода 11.11.2022 –11.12.2022 г.

№	Участник в обществените консултации	Предложения	Приема се/ Не се приема	Мотиви
1.	№ 94-4928 от 14.11.2022 Живко Палачоров	<p>Уважаеми дами и господа!</p> <p>Предлагам всички лица, които са освидетелствани в периода от 01.10.2022 г. до 31.12.2022 г. и предвид новото предложение към основното заболяване да се добавят общо 20% от придружаващите заболявания - ДА БЪДАТ Преосвидетелстване ПО служебен път и по документи, защото ако едно лице е освидетелствано на 01.11.22 г. и предвид едномесечният срок, който се изчаква за да влезе в сила плюс към този срок се добавят до два месеца за разглеждане от НОИ се оказва, че същото лице през месец февруари 23 г. ще е с ново решение на ТЕЛК, което ще трябва да мине за разглеждане и през НОИ и рискът това лице да остане без финансова помощ повече от 6 месеца е реалистичен сценарий, който ще оцети хиляди хора в неравностойно положение, които са освидетелствани след 01.10.22 г.</p> <p>Това е мотив за направеното ми предложение: Всички които са освидетелствани след 01.10.22. -31.12.2022 г. служебно от комисииите издали решенията им да ги преразгледат служебно и в случай на промяна на взетото от комисията на ТЕЛК решение, да бъдат информирани като заинтересована страна и бъдат поканени за връчване на новото решение чийто срок започва да тече за нов три годишен период.</p>	Приема се по принцип	<p>В проекта е предвидена възможност лицата, освидетелствани или преосвидетелствани в периода до влизането в сила на това постановление и за които с него са определени по-благоприятни условия за оценка на увреждането, да имат право да подадат заявление-декларация за преосвидетелстване извън случаите по чл. 56, ал. 1 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника).</p> <p>И към настоящия момент в разпоредбите на Правилника е регламентирано извършените консултации и изследвания през последните дванадесет месеца, предхождащи явяването в ТЕЛК, да се прилагат и използват в процеса на преосвидетелстване на лицето.</p> <p>В областта на медицинската експертиза не съществува възможност за служебно преосвидетелстване, независимо от повода, тъй като това противоречи на същността на тази медицинска дейност.</p> <p>Освен това медицинската експертиза винаги започва с волеизявлението на</p>

		<p>Считам, че предложението ми ще бъде взето предвид, като целта е да се спести физическо струпуване от желаещи за Преосвидетелстване пред и без това натоварените комисии на ТЕЛК.</p>		<p>заинтересованото лице, израз на което е подаването на заявление-декларация за освидетелстване или преосвидетелстване. Медицинската експертиза отразява обективното здравословно състояние на лицата, което е относително променлива величина и ако при едни увреждания тази променливост е по-слабо изразена, то при други тя е подчертана. Следователно не можем да поставим под общ знаменател всички лица с увреждания по отношение динамиката в здравословното им състояние, нито можем да направим диференциране между лицата по отношение възможностите за служебно преосвидетелстване, тъй като това би било израз на дискриминация.</p>
2.	<p>№ 94-4929/ 14.11.2022г. Миглена Георгиева</p>	<p>Здравейте, бихте ли обърнали повече внимание върху Очните болести и по-точно върху Ретинопатия на новороденото с Прогресираща Миопия. В проекта Наредбата никъде не видях нищо за тях. И още нещо много важно, не би ли следвало те да бъдат с пожизнен срок?</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Съгласно чл. 63, ал. 1 установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1. Когато установеното увреждане не е посочено като отправна точка в Приложението, но обуславя значителен функционален дефицит, за критерий се взема най-близката по съдържание точка, като в ЕР се вписва „във връзка с т...“ и се прави подробна обосновка. Въпросът за пожизнения срок е решен детайлно в чл. 69, ал. 4: „При дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността.“ Именно този текст дава възможност във всички</p>

				случаи, извън изрично упоменатите, да се определи пожизнен срок на инвалидност.
3.	№ 94-4927/ 14.11.2022г. адв. Елица Буенова	<p>Във връзка с готвените промени в Наредбата за медицинската експертиза се обръщам към Вас по един изключително важен проблем, който съм сигурна, че не Ви е чужд, но по който за съжаление не се прави нищо, за да бъде предотвратен. Промяната би могла да бъде част от гласените промени в Наредбата.</p> <p>Както всички знаем, в България няма връзка между по-голямата част от институциите, а електронните услуги едва сега започнаха да прохождат с твърде бавни темпове. Зад воланите на МПС обаче е пълно с хора, болни от различни болести, които са опасни както за себе си, така и за околните.</p> <p>Съществува НАРЕДБА № 3 от 11.05.2011г. за изискванията за физическа годност към водачите на моторни превозни средства и условията и реда за извършване на медицинските прегледи за установяване на физическата годност за водачите от различните категории, съгласно която водачите на МПС и кандидатите за придобиване на правоспособност за управление на МПС трябва да отговарят на изискванията за физическа годност за категорията, която притежават, съответно категорията, за която придобиват правоспособност. В Приложение №1 на същата са посочени заболяванията и състоянията, при наличието на които се налагат ограничения за получаване на свидетелство за управление на МПС в зависимост от категорията на МПС, а в приложение №2 са посочени заболявания и състояния, при наличието на които свидетелство за управление на МПС се издава само след освидетелстване от ТОЛЕК.</p> <p>За съжаление обаче в България не съществува механизъм, по който КАТ да разбере за заболяванията</p>	Не се приема	<p>Предложението не е относимо към обсъждания проект, касаещ изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, чиято основна цел е да се определят принципите и критериите на медицинската експертиза и редът за нейното извършване.</p> <p>Освен това междуведомствената координация с цел осъществяване на контрол по отношение на водачите на моторни превозни средства съвсем се отдалечава от предмета на медицинската експертиза.</p> <p>Считаме, че компетентността по прилагането на такъв контрол, изцяло е в обхвата на дейност на контролния орган, а не на здравната система и в частност – на органите, които се произнасят по отношение на физическата годност на водачите на МПС.</p>

	<p>на съответните кандидати или на хората, които притежават свидетелство за правоуправление. Това прави невъзможно отнемането на съответното свидетелство на водач, който се е разболял от опасно заболяване, след като си е извадил СУМПС или след неговото подновяване. Така водачи, страдащи от тежки болести, управляват леки коли, автобуси и дори тежкотоварни автомобили и поставят в опасност живота и здравето на стотици.</p> <p>Какво се получава? – водачът си взема СУМПС или си го подновява, докато е още здрав. В последствие се разболява, но никой не му отнема свидетелството, защото органите на МВР не знаят, че е болен. Личните лекари и ТЕЛК нямат задължението да сигнализират КАТ или да изпращат водачите на ТОЕЛК. Водачът продължава да шофира. След като свидетелството му изтече, си вади медицинско, в което отново пише здрав, защото всички много добре знаем как се вадят тези свидетелства и си подновява книжката. Много често медицински свидетелства се издават от личните лекари, които много добре знаят, че пациентът им е болен, но набиват печатите и пишат „клинично здрав“.</p> <p>В КАТ водачът не споменава за заболяването си и дори и да има ЕР на ТЕЛК, малцина са тези, които ги представят, за да не им отнемат книжките или категориите. Единствено по отношение на водачите от група 2 има някаква гаранция при подновяване, защото те минават преглед в Транспортните болници.</p> <p>Но дори и всичко да е законно и да е спазено според буквата на закона, това касае периодите на изваждане и подновяване на съответното СУМПС, но не решава проблема, когато лицето се разболее междуременно и до изтичане на свидетелството му остават още години. Така се стига до парадокса дори и да е бил здрав и медицинското му свидетелството да е било изрядно</p>		
--	---	--	--

	<p>към момента на изваждането или подновяването на СУМПС, в следствие човекът да се разболее, но да продължи да си шофира без никакви ограничения.</p> <p>За да не решите, че съм голословна ще Ви запозная с няколко примера от моята практика, по които работя в момента.</p> <p>1/ На 19.10.2014г. в с. Ценово, водачът Д.Х.А., управлявайки лек автомобил марка “Мерцедес”, модел „Е250ТД” с рег.№.. предизвикал пътнотранспортно произшествие и по непредпазливост причинил смъртта на Т.Г.Х.</p> <p>В хода на съдебното производство срещу Д.Х.А беше представена медицинска документация, от която е видно, че е болен от неврална мускулна атрофия по рождение с прогресиращо развитие. Същият не се яви на няколко съдебни заседания, тъй като поради влошаване на здравословното му състояние не можел да стъпва на краката си, което наложило болничното му лечение.</p> <p>Д.Х.А има свидетелство за управление на МПС от 2006г. с валидност до 2016г. През 2016г. Д.Х.А е подновил СУМПС, като за целта е представил медицинско свидетелство, в което е вписано „клинично здрав“, на база на което органите на КАТ са подновили неговото СУМПС.</p> <p>На 09.08.2019г. подадох молба до началника на сектор “ПП-КАТ” РУ“Полиция” – гр.Русе, с която помолих да бъде извършена проверка на СУМПС на Д.Х.А, което същият е подновил през 2016г., тъй като смятам, че изискванията на НАРЕДБА № 3 от 11 май 2011г. за изискванията за физическа годност към водачите на моторни превозни средства и условията и реда за извършване на медицинските прегледи за установяване на физическата годност за водачите от различните категории не са спазени.</p>		
--	---	--	--

	<p>В резултат на извършената проверка и на основание чл.171, т.1, б."а" от ЗДвП СУМПС на лицето Д.Х.А е отнето, тъй като видимо не отговаря на медицинските изисквания.</p> <p>Предвид гореизложеното, в мен възникнаха следните въпроси: какво медицинско свидетелство е представил Д.Х.А при подновяване на свидетелството си за правоуправление, при условие, че усложненията на неговото заболяване фигурират от 2012г., от кого е издадено, кога е издадено и какви обстоятелства са вписани в него?</p> <p>За целта сезирах РП-Русе, за да извърши проверка и ако са налице предпоставките за това, да предприемете нужните действия.</p> <p>В хода на проверката, а след това и на образуваното ДП беше установено, че съм била права. Д.Х.А се призна за виновен и подписа споразумение, а по отношение на личната му лекарка на 03.11.2022г. беше постановена осъдителна присъда на РС-гр.Бяла по НОХД №104/2022г.</p> <p>2/ На 15.06.2019г. около 12,29ч. на път ПП I-3 около 157,025км. К.К.Л, управлявайки лек автомобил "Рено Меган" с рег. №..., навлиза в насрещната пътна лента при интензивен трафик, блъска се в движещата насреща му патрулка и по непредпазливост причинява телесни повреди на 3 служители на Пътна полиция към РУ-Ябланица, собствената си и смъртта на своята съпруга.</p> <p>По повод настъпилото пътнотранспортно произшествие е образувано сл.д.№21/2019г. по описа на ОСЛО при ОП – Ловеч за извършено престъпление от общ характер, като към настоящия момент наказателното производство не е приключило.</p> <p>В хода на досъдебното производство беше установено, че К.К.Л е страдал от редица заболявания.</p>		
--	---	--	--

	<p>Отново изисках справка от КАТ-Варна.</p> <p>К.К.Л е подновил своето СУМПС през 2014г., като видно от писмото от ОДМВР е представил медицинско свидетелство, издадено от д-р Н.Р., в което е отразено, че К.К.Л не подлежи на освидетелствуване от ТОЕЛК и отговаря на изискванията за физическа годност на водачите на МПС.</p> <p>К.К.Л е освидетелстван от ТЕЛК през 2015г. с оценка 86% трайно намалена работоспособност и степен на увреждане пожизнено. Свидетелството му обаче нито е било върнато, нито е било отнето поради липсата на механизъм за това. Личната лекарка не го е изпратила на ТОЕЛК, поради липсата на такова задължение.</p> <p>К.К.Л е бил правоспособен водач, но здравословното му състояние е било толкова тежко предвид дългия списък от заболяванията му, че той се е явявал постоянна опасност за всички участници в движението всеки път, в който седне зад волана.</p> <p>В хода на процеса не беше установено да е починал по здравословни причини. В СМЕ е записано, че причина за смъртта му са травмите, получени от ПТП, но с оглед неадекватното му поведение се предполага, че му е прилошало. Нещо, което няма как да бъде установено и доказано. Факт е обаче, че К.К.Л е подлежал на ТОЕЛК, а не се е явил.</p> <p>В момента в РП-Варна е образува досъдебно производство по случая.</p> <p>3/ На 30.07.2021г. И.В.И., управлявайки лек автомобил “Сузуки”, модел “Лиана” с рег. №... навлиза рязко в насрещната пътна лента и блъска правомерно движещия се лек автомобил „Мерцедес“ „Ц200“. В резултат на ПТП на Т.П.С., В.И.С. и И.В.С. са причинени имуществени и неимуществени вреди, а водачът И.В.И е загинал по-късно в болницата от своите</p>		
--	---	--	--

	<p>заболявания, а не от травмите, получени при ПТП.</p> <p>По повод настъпилото пътнотранспортно произшествие е образувано досъдебно производство в №90/2021г. по описа на РУ – гр.Балчик за извършено престъпление от общ характер, като наказателното производство е прекратено поради смъртта на деца.</p> <p>В хода на досъдебното производство беше установено, че от 2011г. И.В.И е страдал от редица заболявания, които са довели и до неговата смърт.</p> <p>И.В.И е подновил своето СУМПС през 2012г., като видно от писмото от ОДМВР е представил карта за оценка на физическата годност на водач на МПС, издадена от общопрактикуващ лекар, според която е бил годен за водач на МПС от категория „В“.</p> <p>След подаден от мен сигнал по случая е образувано досъдебно производство в РП- Добрич.</p> <p>4/ На 16.07.2022г. в района на с.Брестовец, обл.Плевен става ПТП, при което загинаха 5 човека, от които 2 деца на по 1 година и 2 са тежко пострадали.</p> <p>Причина за ПТП е получен масивен инфаркт на миокарда от единия от водачите. Същият е имал 5 байпаса преди инцидента.</p> <p>Горните примери са само за да Ви убедя, че думите ми не са голословни и да отправя апел към Вас за предприемането на спешни и драстични мерки в тази посока.</p> <p>Едно от нещата, които трябва да бъдат направени, е всички ЕР на ТЕЛК/НЕЛК след влизането им в сила да се изпращат служебно в КАТ, в тях да се отбелязва дали заболяването е пречка за шофиране, а личните и лекуващите лекари да бъдат задължени да изпращат информация за влошено състояние на своите пациенти, включващо заболявания, непозволяващи управлението на МПС или необходимостта от минаването на ТОЛЕК.</p> <p>Да се</p>		
--	--	--	--

	<p>проверяват заболяванията и ако са налице предпоставки, да се отнема свидетелството за правоуправление, а водачите да бъдат изпращани на специална комисия за преглед - ТОЛЕК, съгласно НАРЕДБА № 3 от 11.05.2011 г. за изискванията за физическа годност към водачите на моторни превозни средства и условията и реда за извършване на медицинските прегледи за установяване на физическата годност за водачите от различните категории.</p> <p>Най-добрият начин това да се случи е чрез въвеждането на електронен регистър, в който лекарите да въвеждат информацията, а служителите от Пътна полиция да я виждат. Но това да става веднага след диагностициране на заболяването и/или издаването на ЕР от ТЕЛК, а не да се чака до подновяването на СУМПС. Тъй като на този етап това едва ли е възможно,</p> <p>предлагам в Наредбата за медицинската експертиза да бъде включено задължение на ТЕЛК да преценяват дали заболяванията на лицето са включени в Наредба №3 и ако същото е водач на МПС да го изпращат на ТОЛЕК, като уведомяват КАТ за предприемане на съответните действия, в случай че лицето не изпълни тези указанията.</p> <p>Една такава промяна ще доведе и до драстично намаляне на желаещите да си вадят фалшиви ЕР на ТЕЛК.</p> <p>Особено внимание трябва да се обърне и на лицата, които приемат антидепресанти, психотропни и сънотворни лекарства, които съдържат наркотични вещества и след употребата на които е забранено да се шофира. Тези хора би следвало да бъдат изследвани до каква степен приема на тези лекарства влияят на възможността им да шофират безопасно и едва</p>		
--	--	--	--

		след това да им се издава документ, който позволява или ги лишава от това им право. И отново това следва да става незабавно след предписването на съответните медикаменти, а не да се чака подновяване на СУМПС. Моля да бъде информирана за резултата от предприетите мерки за справяне с този проблем.		
4.	№ 94-3540/ 16.11.2022 Димо Мишев	Вродени малформации на сърдечната преграда да се промени точки алинеи по оценяване преминаване към по голям процент или пожизненост I50;Q23.0;I11сърдечна недостатъчност ставни заболявания:M16.1;M17.0;M46.01;M51.1 да се има предвид като придружаващи заболявания признаване на Ро снимки след петата година пожизненост като се има предвид назад в времето когато дадено лице вече е доказал заболяването да се счита назад в времето с доказаните снимки и придружаващите документи	Не се приема	Подробно са разработени отправните точки по отношение на Част IV „Заболявания на сърдечно-съдовата система“, както и Част I „Заболявания на опорно-двигателния апарат“. Въпросът с пожизнения срок е уреден в чл. 69, ал. 4 от НМЕ: „При дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността.“ Именно този текст дава възможност във всички случаи, извън изрично упоменатите, да се определи пожизнен срок на инвалидност по преценка на ТЕЛК/НЕЛК.
5.	№ 94-5000/ 18.11.2022 Димо Мишев	1. Промяна на медицинска експертиза 2. Съкращаване на срока явяване пред ТЕЛК. 3. Съкращаване на срок пред НЕЛК 4. Вродени заболявания да са пожизненост.	1. Не се приема 2 и 3. Приема се по принцип 4. Не се приема	1. Предложението не е конкретно и ясно. Настоящия проект на нормативен акт също е промяна на медицинската експертиза 2 и 3. Сроковете за явяване пред ТЕЛК/НЕЛК са предмет на организацията на медицинската експертиза, която не е регламентирана с Наредбата за медицинската експертиза, а е предмет на друг нормативен акт, обсъждането на който предстои 4. Пожизненият срок е уреден в чл. 69, ал. 4 от НМЕ и няма пречка за неговото

		<p>5. Признаване на съпътстващи заболявания като се прибавят всяко едно към основното заболяване.</p> <p>6. Промяна на точка алинея към всяко заболяване към по благоприятно оценяване.</p> <p>7. Лицата които притежават 50% инвалидност да имат право на балнеолечение рехабилитация санаториум.</p> <p>8. Всеки инвалид когато се явява пред ТЕЛК да не отпада под 50%</p>	<p>5. Приема се по принцип</p> <p>6. Не се приема</p> <p>7. Не се приема</p> <p>8. Не се приема</p>	<p>определяне и извън изрично упоменатите случаи, с пожизнен срок на инвалидност.</p> <p>5. В проекта на нормативната промяна е предвидена такава в Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 - Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти, съгласно която се вземат предвид всички увреждания без значение на съответстващия им процент.</p> <p>6. Предложението не съответства на основния критерий, прилаган в медицинската експертиза, а именно – оценка на функционалния дефицит спрямо здравия човек. „По-благоприятното оценяване“ не може да бъде самоцел и оценката трябва да се основава на обективни критерии.</p> <p>7. Предложението не се отнася за медицинската експертиза и по тази причина не касае проекта на нормативния акт.</p> <p>8. Съгласно чл. 61, ал. 1 експертизата на трайно намалената работоспособност включва определяне на степента на трайно намалената работоспособност в проценти спрямо здравия човек. Също така, съгласно чл. 62 видът и степента на увреждането/степента на трайно намалената работоспособност се определят въз основа на представената медицинска</p>
--	--	---	---	--

				документация, обективизираща степента на увреждане и функционален дефицит на заболялия орган и/или система, и при необходимост - въз основа на подробна клиничко-експертна анамнеза, задълбочен клиничен преглед и насочени лабораторни и функционални изследвания, които са различни в различните етапи на заболяванията на човека. Това определя и различни проценти ТНР/ВСУ във времето. Игнорирането на проценти под 50, каквото е предложението, не отговаря на горното правило и поставя в неравноправно положение лицата, на които обективната оценка е 50 спрямо тези, на които тя е под 50.
6.	№ 94-4958/ 16.11.2022 Павлин Нацкин	xxxxxxxxxxxx ¹ Моля да помислите върху необходимостта да се впише пожизнен срок при определяне на процент нетрудоспособност при тежка степен на увреждане на гръбначния стълб с диагноза сколиоза. За всички специалисти е ясно, че тежките случаи с изкривяване над 50 градуса на гръбначния стълб плюс ротация, са нелечими и е безсмислено и неоправдано да се привикват хора с увреждания на всеки три години, за да доказват едно необратимо заболяване. Предложението ми е: 1. В част първа „Заболявания на опорно-двигателния апарат“, в раздел IV “Гръбначни и тазови увреди” а) точка 5.2. се изменя така: „5.2. със средностепенни функционални нарушения при сколиоза, с отклонение от 35° до 70°, клиновиден	Приема се	Допълнителната промяна е отразена в Част I „Заболявания на опорно-двигателния апарат“, Раздел IV „Гръбначни и тазови увреди“, т. 5.2 и т. 5.3.

¹ Обозначение за премахнати лични данни от текстовете

		<p>прешлен, пеперудовиден прешлен, фиксиран объл гръбнак, блок-прешлен с гибус на гръбнака – 50 % с пожизнен срок.“ б) точка 5.3. се изменя така: „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 – 75 % с пожизнен срок.“ Надявам се това предложение да бъде сериозно обмислено, тъй като от него зависи съдбата на огромен брой деца и възрастни.</p>		
7.	№ 94-4966/ 16.11.2022 Петя Тодорова	<p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Според мен, нелечимите заболявания да бъдат с пожизнен ТЕЛК, по-конкретно - умерена умствена изостаналост по рождение и посттравматична епилепсия. Благодаря за вниманието, в очакване съм на обратна връзка от Вас. Все си мисля, че трябва да си сътрудничим за да работим по добре. Успешен ден.</p>	Не се приема	<p>Нелечимостта на едно заболяване не е критерий за определяне на пожизнен срок на инвалидност. От съществено значение за определяне на пожизнен срок е липсата на позитивна или негативна промяна във времето по отношение състоянието на лицето с увреждане. Следвайки този основен принцип за някои отправни точки в Наредбата изрично е определен пожизнен срок, тъй като при тях с категоричност не се наблюдава промяна в състоянието. При всички останали конкретни случаи, ако отговарят на определението за дефинитивно състояние (състояние при което липсва промяна) няма пречка да се приложи разпоредбата на чл. 69, ал. 4 от Наредбата.</p>

8.	№ 94-4996/ 18.11.2022 Милка Илиева Братоева	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Убедена съм, че предложените промени ще решат важна част от проблемите на много страдащи хора и техните семейства, за което Ви благодарим предварително!	Приема се по принцип	В становището подробно е представен индивидуален случай, но липсва конкретно предложение, касаещо нормативния акт. Доколкото представеният случай касае лице с психично заболяване, обръщаме внимание, че предложеното допълнение в ал. 3 на чл. 68 от Наредбата за медицинската експертиза касае именно лицата с психични заболявания, независимо от тяхната възраст и независимо от процента на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане, като се предвижда за тях да може да се определя чужда помощ в зависимост от загубата на базисни социални и ключови умения, водещи до невъзможност за съществуване без контрол. Освен това в Част Втора – Психични болести от Приложение № 1, към чл. 63, ал. 1 също са предложени промени, като по отношение на някои конкретни отправни точки е добавена чужда помощ и/или пожизнен срок.
9.	вх. № 94-5021/ 21.11.2022 и вх. № 94-5040/ 22.11.2022 Анна Йорданова Стоева	Запознавайки се с поредния проект на МЕ, в ч. II за промяна на отправните точки е положително уточняването на СИ и прибавяне на чужда помощ, въпреки, че психиатрите в комисиите имаха възможност да посочват при отделни случаи и пожизнен срок, и чужда помощ. Новосъздадената т. 1.2 в ч. IV също беше необходима. В приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 - Методика за прилагане на отправните точки т. III е отразено, че когато са налице няколко увреждания, за всяко от които в отправните точки за оценка на ТНР/ВСУ е посочен отделен процент, оценката се определя, като към най-	Не се приема	Не считаме за справедливо становището, че прибавяне на процент от сбора на процентите на съпътстващите заболявания трябва да се прилага само при лицата, при които на водещото заболяване съответстват 50 или повече проценти. По този начин се допуска неравнопоставеност между лицата с увреждания. Както сме отбелязали и в мотивите към нормативния акт, основната цел на промяната в Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида

	<p>високия процент...се прибавят 20% от сбора на останалите съпътстващи заболявания. Когато , обаче процентите са под 50% никак не е справедливо към хората със сериозни увреждания да се сумират 20% от сбора на съпътстващите заболявания, когато процентите са 10%, 20% или 30, 40%. По такъв начин се създава група лица-инвалиди с примерно-плоско стъпало, засегнати нервни коренчета, начална катаракта, кожни лезии , леко намален слух и т.н., което никак не им пречи да упражняват всяка професия в живота и посочените функционални дефицити " не допринасят за формиране на цялостен дефицит в организма" . Ако се страхувате от недоволство каквото и да направите пак ще си има недоволни-но е логично и справедливо предложението да се приеме прибавяне на 20% от сбора на съпътстващите заболявания, ако основното заболяване е с процент поне 50%. Така ще е по-справедливо и ще има повече средства, които да бъдат насочени към истински нуждаещите се. ТЕЛК няма да се затрудни при изчисляването. Не може да се предлага промяна в Наредба в Здравеопазването, която "да удовлетворява очаквания и да намалява напрежение". Това е несериозно! Има нещо , което до този момент не е коментирано и вземано предвид-това е първичната медицинска документация. Вие пишете и предлагате проценти, но никога не сте виждали и запознавали с тази основна част от от Медицинската Експертиза. Предлагам да се уточнят обективните изследвания и показатели които да се представят в ТЕЛК на съответни бланки. Ние се ровим във всякакви листове, листчета и рецепти без имена на лекари, печати и т.н., за да уточним степента и стадия на развитие на заболяването и понякога в два последователни дора и по дни прегледа е отразено коренно различно</p>	<p>и степента на увреждане) в проценти е да намерят отражение всички увреждания, за да не бъдат ощетявани лицата. Интерпретацията, че направената промяна има за цел единствено да удовлетвори очакванията и да намали напрежението сред заинтересованите лица е изцяло на вносителя на предложението и никога не е била в съображенията на Министерство на здравеопазването за да предложи този проект на нормативна промяна. Относно първичната медицинска документация, считаме, че проблемите ще бъдат решени в голяма степен с въвеждането на Националната здравно-информационна система, което вече е в ход. Относно заплащането на дейността на ТЕЛК, въпросът касае друг нормативен акт, промяната на който предстои да бъде обсъдена.</p>
--	--	--

	<p>състояние,диагнози и заключения. Освен това за децата мисля,че е редно в заявлението да се посочи посещава ли детско заведение или училище и какво. Зная,че натискът на НПО е голям,но не е по-голям от натиска на пациентите върху всеки един член на ТЕЛК.Утвърдените 40 лева за ЕР ,които са влезли в сила мисля,че вече са крайно ниско заплащане/ако заплатите в ТЕЛК се формират само на базата на тези суми,което никой от Министерството не уточнява,като че ли е някаква държавна тайна/,да не говорим,че лицата получаващи под 50% задължително се жалят пред НЕЛК,а техните ЕР няма да се заплащат.За тези лица се губи най-много време и ресурс за да се докаже ,че заболяването е с нисък функционален дефицит.И все пак ,господа,непрекъснатата смяна на процентите и наредбите произвежда по-голям брой инвалиди и "инвалиди",понякога цели семейства се издържат от това,а с приемане на по-големи групи с пожизнени ЕР освобождава лицата от редовното до сега изследване и наблюдение от специалисти,поне през три години,защото не е тайна,че ако от ТЕЛК се изисква някакъв преглед или изследване личните лекари са задължени да насочат пациентите.А с пожизнение ТЕЛК отпада тази клауза.Например за диабета-усложненията на прицелни органи не се следят ,ако лицето не минава на ТЕЛК-болните ослепяват,режат им крайници и т.н.А те се радват,че няма да минават на ТЕЛК.Така ,че това е също нож с две остриета./от личен опит /Честно да викажа, не разбрах кое точно в това предложение за нова наредба е синхронизирано с Международните стандарти и класификации. С уважение Д-р А.Стоева -Председател на ТЕЛК в НКБ с над десет годишен опит в Експертизата. 18.11.2022 год.</p>		
--	---	--	--

<p>11. № 92-Ф-155/ 17.11.2022 Фондация Миастения Гравис</p>	<p>От името на фондация „Миастения гравис“, организация представляваща пациентите със заболяването „Миастения гравис“ (МКБ G70.0), в законоустановения срок внасям за обсъждане становище с допълнителни предложения за промени в Наредбата.</p> <p>Заболяването Миастения гравис (МГ) е рядко срещано заболяване, вписано в списъка на редките заболявания в Република България със заповед на Министъра на здравеопазването № РД-01-566/04.11.2022 г.</p> <p>Миастения гравис (МГ) е автоимунно заболяване, причинено от антитела против ацетилхолиновите рецептори (ACER), мускулно-специфичната тирозин киназа (MuSK) и други AChR-свързани протеини в постсинаптичната мембрана. Характеризира се с болестна уморяемост на напречно-набраздената мускулатура и мускулна слабост, поради нарушено предаване на нервните импулси на нивото на нервно-мускулния синапс. Миастенната криза е най-тежката клинична проява на заболяването МГ и се дефинирана като развитие на дихателна недостатъчност и необходимост от неинвазивна или инвазивна вентилация. Лечението на МГ е според клиничната форма и най-общо е симптоматично, имуномодулиращо и имunosупресивно.</p> <p>Различават се две форми на заболяването - очна форма и генерализирана форма, с различна по тежест степен на изява.</p> <p>В действащата в момента Наредба за медицинската експертиза (НМЕ), както и в предложението за изменение и допълнение на НМЕ, заболяването се намира в част VII (Нервни болести), в рамките на „ т. 3. Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие на заболяването и тежестта на симптоматиката“ с еднаква степен на оценка,</p>		
---	---	--	--

	<p>дефинирана в рамките на множество заболявания, без отчитане на спецификите на конкретното заболяване, а именно :</p> <p>лека степен (форма) - 50 %; средна степен (форма) - 75 %; тежка степен (форма) - 95 %.</p> <p>Поради непознаване спецификата на заболяването множество териториални експертни лекарски комисии излизат с решения, ощетяващи пациентите с МГ, поради неправилна оценка на функционалния дефицит. Следва да се обърне внимание и на факта, че заболяването е нелечимо, като единствено очната форма може да промени изявата си, като прогресира и премине в по-тежката генерализирана форма.</p> <p>Поради гореизложеното предлагаме промяна на т.3, като заболяването Миастения гравис бъде изведено като отделна нозологична единица, в която да се отчетат следните специфики:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лека степен МГ е само очната форма на заболяването (форма К. Osseman -1) 2. Средна и тежка степен са всички генерализирани форми, като същите нямат обратно развитие и следва да бъдат с пожизнен срок. <p>За оценката на формите на заболяването следва да се ползва международно приетата класификация на К. Osseman и G. Genkins (1971). Лека степен е само форма К. Osseman - I (очна). Към средна степен следва да се класифицират генерализираните форми К. Osseman - II а и II б., а към тежка степен форми К. Osseman - III и IV.</p> <p>В тази връзка, от името на фондация „Миастения гравис“ настояваме за промяна в оценката на заболяването в Наредбата както следва:</p> <p>Миастения гравис (МГ): лека степен (очна форма) - 50 %;</p>	<p>Приема се по отношение на срока на инвалидност</p>	<p>Всички заболявания в т.3 към Част Седма - Нервни болести са заболявания с дегенеративен характер и системно прогресиращ ход, водещ до необратимост</p>
--	--	---	---

		<p>средна степен (генерализирана форма, Osserman - II а и II б) - 75 %, с пожизнен срок. тежка степен (генерализирана форма, Osserman - III и IV) - 95 %, с пожизнен срок.</p> <p>Така предложените промени в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане в проценти ще доведат до по-прецизно, съответстващо на здравословното състояние и по-справедливо оценяване на функционалния дефицит при лицата, прецизиране на случаите, в които е необходимо да се определи пожизнен срок на инвалидност и/или потребност от чужда помощ, постигане на съответствие със съвременни медицински класификации на заболяванията и методите за тяхното оценяване по степен на тежест, ще се отстранят съществуващи двусмислия в някои от текстовете, водещи до разнопосочна практика на ТЕЛК в страната, както и терминологични неточности, водещи до противоречивост на текстове.</p> <p>Предвид посочените по-горе в становището аргументи се надяваме предложените от нас промени да бъдат допълнени и да намерят отражение в приетите текстове на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза.</p> <p>С уважение, Ирена Нешовска- председател на фондация „Миастения гравис“</p>		<p>на заболяването, т.е. имат дефинитивен характер. Допълнението по отношение на срока на инвалидност е отразено в т. 3.3 и т. 3.4</p>
12.	<p>вх. № 94-5034/ 21.11.2022 Милена Владимирова</p>	<p>Във връзка с предстоящите изм. и доп. на НМЕ, следва да се внесе предложение за изменение на чл.103 от КСО, за да може от добавката да се възползват и психично болните с увреждане под 90%, при решение на ТЕЛК "с чужда помощ". Добавка за чужда помощ</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Кодекса за социално осигуряване не е предмет на настоящата промяна. Определянето на правата на лицата с увреждания не е част от медицинската експертиза, която е предмет на настоящата нормативна промяна.</p>

		Чл. 103. (Изм. ДВ, бр. 41 от 2009 г., в сила от 01.07.2009 г.) Пенсионерите с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 90 на сто, които постоянно се нуждаят от чужда помощ, получават към определената им пенсия добавка в размер 75 на сто от социалната пенсия за старост.		
13	вх. № 63-00-249/ 22.11.2022 НГИ Системата ни убива Вера Иванова	<p>Ние от НГИ “Системата ни убива” сме наясно, че до въвеждането на нова, модерна и по-адекватна оценка на потребностите на хората с увреждания/ХУ/ са необходими изменения в Наредбата за медицинска експертиза и ОСОБЕНО в Приложение 1 към нея. Промените трябва да доведат до по-обективна оценка на състоянието и нуждата от подкрепа на хората с действителен дефицит.</p> <p>Многократно сме изразявали недоумение, че определянето на необходимостта от чужда помощ/ЧП/ не е регламентирано в Приложение 1, а единствено в чл. 68 на Наредбата, което позволява на комисиите различни, произволни и често оцеляващи решения за определянето на ЧП. Оценяваме предлаганите промени, които категорично фиксират определянето на ЧП в Приложение 1 като ИЗКЛЮЧИТЕЛЕН НАПРЕДЪК.</p> <p>Имаме обаче някои резерви и съответно предложения.</p> <p>I. ПО НАРЕДБАТА.</p> <p>1. ПРОМЕНИТЕ в Чл. § 3. Член 68, ал. 3 категорично регламентирано предоставянето на ЧП единствено на хората с психични заболявания. ПРОПУСНАТА е огромна група от хора – тези с умствени проблеми, които не могат да оцелеят без чужда помощ. Много от тях нямат психични заболявания, а нисък КИ. Това е МОТИВЪТ ни да предложим изменението да бъде: „(3)</p>	1. Не се приема	1. Интерпретацията за разграничаване на психичните заболявания от умствената изостаналост не е правилна, тъй като в структурата на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 умствената изостаналост е раздел от психичните болести , формиращи цялата Част Втора.

	<p>При децата и при лица с психични заболявания И ментален дефицит при КИ под ???(независимо от възрастта им)”. Не сме достатъчно компетентни да определим КИ, но вярваме, че вие имате експертен капацитет да го направите.</p> <p>2. Към чл. 68 ИЛИ към Раздел II Умствена изостаналост да бъдат посочени параметрите на КИ, които определят интелектуалното равнище в паталогична стойност и произтичащата от това практическа невъзможност за автономия – както категорично са посочени параметрите за оценка на функционалния дефицит на слуховия анализатор. КИ и психологическото изследване на хора с ментален дефицит се основава на утвърдена методика, включваща признати специализирани тестове за когнитивни процеси. Така ще се ограничи своеволното интерпретиране при определяне на ЧП и необходимостта на лекарите от експертните комисии да се обръща внимание, че, например, приетото за умерена степен на ретардация IQ=45 води до практическа невъзможност за автономия.</p>	<p>2. Не се приема</p>	<p>Следователно новата алинея 3 на чл. 68 се отнася за цялата Част Втора - Психични болести, вкл. и за Раздел II Умствена изостаналост.</p> <p>Отделно от новата алинея 3 на чл. 68, касаеща всички психични заболявания, в Раздел II - Умствена изостаналост изрично е допълнена чужда помощ за случаите по т. 2.1 и т. 2.2., които касаят съответно случаите с относително благоприятно развитие на личността и възможности за социално вграждане и случаите с 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.</p> <p>2. Медицинската експертиза се извършва само по предварително уточнени заболявания и стадии на тяхното развитие, отразени в медицинските документи. Извън компетентността на ТЕЛК и НЕЛК е поставянето на диагнози, определянето на тежестта на заболяването, стадия на неговото развитие, както и регламентирането на медико-диагностичните и високоспециализирани изследвания, свързани с процеса на диагностика на болестите. Уточнението на всички тези елементи от диагностичния процес се осъществява от специалисти в лечебната мрежа, в резултат на което те класифицират съответния случай към един от възможните варианти на Раздел II</p>
--	---	------------------------	--

		<p>II. По Приложение № 1.</p> <p>1. Разширяване и детайлизиране/в рамките на възможното/ на Раздел XI – Генетични аномалии, на който са отделени ОБЩО 7 непълни реда.</p> <p>Предлагаме следните промени в 1. “1. Бройни или структурни хромозомни аберации.</p> <p>1.1. При 100% ТРИЗОМИЯ 21 за деца до 3 год. – 60%, с чужда помощ.</p> <p>1.2. При 100% ТРИЗОМИЯ 21 за деца от 3 до 10 годи. – 80%, с чужда помощ.</p> <p>1.3. При 100% Тризомия 21 за деца над 10 години и възрастни – 91%, с чужда помощ, с пожизнен срок”.</p> <p><u>МОТИВИ:</u></p> <p>1. Тризомия 21, както всички генетични аномалии, е дефинитивно състояние.</p> <p>2. При Тризомия 21 се върви към все по-сериозно физическо и умствено изоставане спрямо хората в норма на съответната възраст. Това е констатирано и медицински се доказва и конкретизира още от 1866 г.</p> <p>3. Влошаването и менталното изоставане на хората с ТРИЗОМИЯ 21 е резултат на допълнителната хромозома, а не обратното.</p> <p>4. Още с раждането си при тях ВОДЕЩАТА ДИАГНОЗА/основен и съществен фактор в наредбата/ е Тризомия 21. Т.е. прехвърлянето им към раздела за умствени или психически проблеми при оценяването им, определящо процентите на дефицит и правото на ЧП, е неправилно.</p>	<p>II. Не се приема</p>	<p>Умствена изостаналост към Част Втора - Психични болести на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 на Наредбата за медицинска експертиза.</p> <p>II. Съгласно чл. 68, ал. 4 определянето на чужда помощ при децата се обуславя от вида и степента на заболяването, а не от възрастта на детето.</p> <p>Същият принцип важи и за всички лица над 16- годишна възраст, като този принцип не допуска дискриминационно разделяне на болни от една и съща болест по критерий „възраст“, а основният критерий остава тежестта на функционалния дефицит, вследствие на увреждането на заболелия орган или система.</p> <p>Обединяването на състоянията в отделните отправни точки на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 не се базира на критерия „честота на случаите с определена диагноза“, а на сходството в патологичните прояви, обуславящи сходен функционален дефицит.</p>
--	--	--	-------------------------	--

	<p>5. Една проверка – ако подлагате на съмнение твърдението ни, ще ви увери, че най-много откази за предоставяне на ЧП след 18 години има за хората с Тризомия 21 – СИНДРОМ на Даун. Абсолютен парадокс е при всички налични и обогатяващи се медицински и научни доказателства, че хората с Даун чувствително и необратимо изостават в развитието си с увеличаване на възрастта, ТЕЛК да ги определят като способни да се грижат за себе си след пълнолетие.</p> <p>6. Хората с Тризомия 21, известна като Синдром на Даун са най-МНОГОБРОЙНАТА група хора с хромозомна аномалия в СВЕТА – едно на 600 деца се ражда с тази аномалия независимо от раса, географски район, икономическо развитие на страната. Още през 1866 г. те започват да се разглеждат самостоятелно, разграничено от останалите заболявания и увреждания – заради напредъка на науката и многочислеността на проявяването. Съвременни антрополози намериха доказателства за съществуването на хора с ДАУН преди повече от 2550 години. Т.е. Тризомия 21 се проявява още от античността. Предвид изложените мотиви считаме, че е редно и у нас, както е в страните от ЕС и останалия цивилизован свят, оценката на хората с Тризомия 21 да бъде КОНКРЕТИЗИРАНА и критериите за нея да бъдат посочени самостоятелно. Ако е невъзможно това да стане в Раздел Генетични аномалии, компромисно нека бъде включена в Раздел II „Умствена ограниченост“ .</p> <p>III. По Приложение № 2/към чл. 63/ Методика за прилагането на отправните точки на оценка на трайно намалената работоспособност/вида и степента на увреждане/ в проценти. В своя опит повечето ХУ констатираат, че ТЕЛК прави оценка на ДИАГНОЗИ, а НЕ НА РЕАЛНОТО</p>	<p>III. Не се приема</p>	<p>III. Медицинската експертиза се извършва само по предварително уточнени заболявания и стадии на тяхното развитие, отразени в медицинските документи и включва определяне на степента на трайно намалената работоспособност в проценти</p>
--	--	--------------------------	--

	<p>СЪСТОЯНИЕ на човека и свързаната с него работоспособност. Констатират се диагнози, събират се, добавят се проценти. ОТПРАВНИТЕ ТОЧКИ в методиката са именно отправни точки, не единственото условие за оценка. ТЕЛЖ не е статистическа комисия, а ЛЕКАРСКА, която прави оценка на състоянието на човека. Може би е удачно да бъде дописана П. в Приложение 2 с ”като водещо остава реалното състоянието на човека с дефицит”.</p> <p>IV. Предлагаме включване на нов параграф към Допълнителните и заключителни разпоредби в наредбата - “Обжалването на експертните решения за трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане на органите на медицинската експертиза не спира изпълнението им. При обжалване от страна на освидетелстваното лице, ако решението на НЕЛЖ намалява определената от ТЕЛЖ трайна неработоспособност, се запазва определената от ТЕЛЖ, която е по-благоприятна за освидетелстваното лице.”</p> <p><u>Мотиви:</u></p> <p>1. При липса на категорично разписани срокове в Закона и Правилника за приложението му, те се</p>	<p>IV. Не се приема</p>	<p>спрямо здравия човек. Подробната медицинска документация, насочените медико-диагностични изследвания, вкл. високоспециализираните, показват реалното здравословно състояние и степента на увреждане на заболелите органи и системи.</p> <p>Първоначалното обучение, както и текущото повишаване на знанията и уменията за осъществяване на правилна оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане е нормативно уредено в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи и в тази насока се полагат необходимите усилия от Националната експертна лекарска комисия, като методичен ръководител в областта на медицинската експертиза.</p> <p>IV. Промени в Наредбата за медицинската експертиза не могат да са в противоречие на нормативен акт от по-висока степен – в случая на Закона за здравето.</p> <p>Съгласно чл. 112, ал. 9 от Закона за здравето обжалването на експертните решения за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане на органите на медицинската експертиза не спира изпълнението им. При обжалване, ако НЕЛЖ се произнесе след тримесечния срок с решение, с което се определя трайно намалена работоспособност, вид и степен на</p>
--	--	-------------------------	---

		<p>посочват в съответната Наредба. Това е по-адекватна и ясна формулировка, основана на чл. 112/9/. Освен това е съобразена с чл.6/3/ от Административния кодекс, според който - когато се засягат права и интереси на граждани, прилагат се онези мерки, които са по-благоприятни за тях, ако и по този начин се постига целта; не може да се засягат права и интереси в по-голяма степен от необходимото.</p> <p>2. Ще се прекрати масовото намаляване на процентите при обжалване в НЕЛК, което ХУ определят иронично като “дисциплинираща мярка”.</p> <p>3. Категорично не се обезсмисля контролната функция на НЕЛК, напротив – позволява анализ на дадена оценка, обратна връзка и т.н. Това, което се обезсмисля е арбитражната функция на НЕЛК, която обаче никъде не е регламентирана и която би трябвало да е съобразена със законодателството.</p> <p>4. Така се доближаваме в известна до европейските стандарти в това отношение. В някои страни на ЕС – в Австрия и Германия със сигурност, заключението за степента на увреждане може да се оспорва. Когато това направи засегнатото лице и се установи, че му се полага по-ниска степен, важи първоначалната - по-високата. Когато по различни причини това се поиска от държавни структури, приема се повторното заключение, дори да е по-ниска степента.</p>		<p>увреждане, водещи до намаляване на първоначално определеното обезщетение, освидетелстваното лице не възстановява получената в повече сума.</p> <p>Предложението при обжалване на експертното решение на ТЕЛК, ако НЕЛК определи по-нисък процент на ТНР/ВСУ да се запази процентът, определен в експертното решение на ТЕЛК, противоречи на въведения в чл. 112 от Закона за здравето специален ред на обжалване на експертните решения на органите намедицинската експертиза.</p>
14.	вх. 94-5046/ 22.11.2022 Калина Георгиева	<p>1. Във връзка с Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, предлагам да бъде направена промяна в Раздел XVII Злокачествени кръвни заболявания, а именно в определението „от петата до десетата година включително при постигната</p>	1. Не се приема	<p>1. Категоричното становище на Експертния съвет по медицинската специалност „Клинична хематология“е, че при пациенти със злокачествени кръвни заболявания, при които е установена над 10-годишна пълна ремисия посредством хематологични, цитогенетични, молекулярни, образни и</p>

		ремисия - 50 %“, да стане „, 50% след петата година при постигната ремисия ,с пожизнен срок“.		други изследвания, се наблюдава наличието на пълна работоспособност и много добро качество на живот. Тези пациенти упражняват активно своята професия и общата преживяемост е съпоставима с тази на останалата българска популация.
		2. В същият раздел „Злокачествени кръвни заболявания“ НИКЪДЕ не са взети предвид в отправните точки при оценка на трайно намалена работоспособност ТРАНСПЛАНТАЦИЯТА НА СТВОЛОВИ КЛЕТКИ и ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА КОСТЕН МОЗЪК , в тази връзка предлагам да бъде добавена точка 12. "оценката е както в раздел XIX, т. 6"	2. Не се приема	2. Костно-мозъчната трансплантация е определена като отправна точка в т. 9 към Раздел XVIII - Други болести на кръвта и кръвотворните органи на Част Девета - Вътрешни болести. Пояснено е, че по тази отправна точка оценката е както в раздел XIX, т. 6, а именно - 100%, с пожизнен срок на инвалидност.
15.	вх. № 94-5025/ 22.11.2022 Милена Владимирова	Във връзка с предстоящите изм. и доп. на НМЕ, следва да се внесе предложение за изменение на ЗЛП, за да може от личен асистент да се възползват и психично болните с увреждане под 90%, при решение на ТЕЛК "с чужда помощ".	Не се приема	Предложението не е относимо към предложената нормативна промяна и касае Закон, по който компетентността е на друго ведомство и е от по-висока степен спрямо настоящия нормативен акт.
16.	вх. № 94-5053/ 23.11.2022 Георги Илиев	Относно хирургични заболявания, болести на стомашно чревния тракт, гастректомия след петата година, сега съществуващата разпоредба даваща 50% ТРН , доживотно, спрямо до петата година с 75% доживотно е едно дискриминиращо решение , засягащо много хора, преживели коварната болест пет години . Със съпътстващите заболявания - още 50% , които не влизат в ЕР , като съпътващи заболявания , считам че , това е явна несправедливост за която в предложената промяна би трябвало да се помисли . Отразено чисто финансово на минималната пенсия която получавам са 100. лева месечно . Предполагам че , след като бъде подложен проектът за обсъждане ще се	Не се приема	Коментарът е неясен, неточен и липсва конкретно предложение. Той касае Раздел VI -Болести на стомашно-чревния тракт от Част Осма – Хирургични заболявания, т. 1.2 Гастректомия, която включва 4 подточки. В нито една от тези подточки няма определен процент 50, като най-ниският процент е 75. Освен това в настоящата нормативна промяна се предвижда допълнение в т. 1.2.4, така че не само за петата година след операцията (гастректомията), както е сега, но и след това да се определят 75% с пожизнен срок.

		промени медицинската експертиза даваща равни права на всички като мен .		Получаването на пенсия за инвалидност не е в приложния обхват на Наредбата за медицинската експертиза, която е обект на нормативната промяна.
17.	вх. № 04-00-81/ 24.11.2022 Национален осигурителен институт	<p>На основание и в срока по чл. 34, ал. 1 от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация Националният осигурителен институт съгласува предоставения проект на Постановление на Министерски съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ) със следните бележки и предложения:</p> <p>Подкрепяме направените предложения за изменение на чл. 6, ал. 1 и чл. 39, с които текстовете на НМЕ се привеждат в съответствие с направените изменения на Закона за здравето, обнародвани в ДВ, бр. 58 от 2022 г. Не възразяваме и по отношение на измененията на ал. 3 от чл.68.</p> <p>По направените предложения в § 4 за изменение и допълнение на приложение №1 към чл. 63, ал. 1 „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти”:</p> <p>Считаме, че предложените в Част първа „Заболявания на опорно-двигателния апарат“, Раздел IX „Увреди на долните крайници” промени при тежка степен на криво краче, са обосновани и логични.</p> <p>1. Предлагаме в Част първа от Раздел VIII „Увреждания на горните крайници” да отпадне т. 41 (т. 41.1 и т. 41.2), а от Раздел IX „Увреди на долните крайници” да отпадне т. 1 (т. 1.1; т. 1.2 и т. 1.3), по следните съображения:</p>	1. Не се приема	1. Независимо от извършената интервенция, работоспособността на лицето никога не се възстановява напълно, до статуса на здравия човек. Съществуват много фактори, с които оперираното лице трябва да се съобразява и които ограничават възможността му за

	<p>Ендопротезирането на ставите (раменна, лакътна, гривнена, тазобедрена, колянна и глезенна) е оперативна интервенция, с която се подобрява обемът на движение в ставата, общото състояние и цялостната мобилност на лицето. Предвид съвременните достижения в областта на ендопротезирането, наличието на имплант не е фактор за инвалидизиране на лицето, тъй като голямата част от тези пациенти се връщат към обичайните си ежедневни дейности и са с подобро качество на живот.</p> <p>Към момента задачата на медицинската експертиза е оценка на функционалния дефицит (тежестта на заболяването). Поради тази причина не трябва да се посочва оценка за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане (ТНР/ВСУ) единствено за поставена ендопротеза. При тези случаи трябва да се определя оценка единствено при наличен остатъчен постоперативен функционален дефицит. Последният трябва да се констатира ежегодно от лекуващия ортопед за установяване наличието или отсъствието на влошаване обема на движение в ставите. Това трябва да обуславя съответно нуждата или липсата от преосвидетелстване на лицето.</p> <p>2. За Част втора „Психични болести” подкрепяме направените предложения за изменение на раздели I, II, III, IV, V, VI и VIII, но възразяваме по направеното предложение за определяне на пожизнен срок на инвалидност за посочените отправни точки към Раздел IX „Психични отклонения в детска възраст”. Считаме, че така направеното предложение е в противоречие с измененото наименование на Раздел IX, а именно че той се отнася за лица до 16 години. Според НОИ срокът на инвалидност за тези лица не трябва да бъде по-дълъг</p>	<p>2. Не се приема относно бележката за предложения пожизнен срок в някои отправни точки на Раздел IX „Психични</p>	<p>възстановяване на пълноценен живот/труд. Множеството усложнения, които настъпват след ендопротезиране, като остеопороза, разхлабване на ставите, патологична фрактура много често не са едновременно състояние, а процес, който също ограничава работоспособността на лицето. Лицата, които упражняват физически труд трудно могат да се върнат към първоначалната си професия. За тях следват и съответно цяла група противопоказания, свързани с конкретната професия и полагаания труд, трудоустрояване, профилактиране на неблагоприятни фактори на околната и трудовата среда, предписания на службите по трудова медицина и конкретни задължения на работодателя за безопасни условия на труд. Не на последно място в много случаи общото състояние на опорно двигателния апарат е увреден, т.е. и съседните стави и мускулатурата до ендопротезираната става вече са в процес на различни степени на увреждане.</p> <p>2. Не е налице противоречие между предложената промяна в заглавието на Раздел IX и предложеното оценяване, тъй като оценяването на лицето с увреждане се извършва във времеви период, когато лицето е под 16-годишна възраст, като определеният пожизнен срок е съобразен с вида на заболяването и неговата прогноза. Пожизнения срок се определя съобразно необратимостта на психичното заболяване и</p>
--	---	---	--

	<p>от възрастта, определена за психичните отклонения в раздела.</p> <p>3. Не подкрепяме направените предложения за промени в Част трета „Ушни, носни и гърлени заболявания“, Раздел „Слухов анализатор“ предвид това, че същите за пореден път се предлага повишаване на оценките за ТНР/ВСУ. Не са посочени ясни и конкретни медицински мотиви за новите оценки. Отново липсват критерии за лека, средна и тежка степен на функционален дефицит. Лицата с лека и средна степен на функционален дефицит не могат да бъдат оценени и остават извън обхвата за оценка за ТНР/ВСУ, а в много случаи се отнасят към тежката степен. Това води до изкуствено завишаване на</p>	<p>отклонения в детска възраст"</p> <p>3. Не се приема</p>	<p>уврежданията, до които те водят, а по отношение на чуждата помощ - на необходимостта от непрекъснат контрол и помощ, поради невъзможността за самостоятелно съществуване в заобикалящата среда.</p> <p>Поради необратимостта на заболяването болното дете си остава и болен възрастен, така както например детето с ДАУН си остава възрастен с болестта на ДАУН с всичките вродени увреждания не само в психичната сфера, но и във всички останали органи и системи, засегнати от болестта. Тази теза е в основата на решението лицата с увреждания да не бъдат принуждавани непрекъснато да се преосвидетелстват през определени периоди от време за непроменено, а дори и прогресивно влошаващо се здравословно състояние, като възможността за преосвидетелстване по повод влошено състояние остава по желание на лицата с увреждания.</p> <p>3. Предложената класификация на степента на загуба на слуха, детайлизирана като степен на тежест, точно описание на функционалния дефицит и честотен диапазон на слуховата загуба е по преценка на Експертния съвет по медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“.</p> <p>В тази класификация не само че не са пропуснати леката и средната степен на тежест на загуба на слуха, но са определени общо 6 степени, вкл. лека, умерена, умерено</p>
--	--	---	---

	<p>процентите по част III и до недостоверни данни в експертните решения. Нарушава се прецизната и справедлива оценка съобразно функционалния дефицит.</p> <p>В Раздел „Слухов анализатор“ не е отразено задължителното уточнение към таблицата на Клодил — Портман, че оценката на функционалния дефицит на слуховия анализатор се прави след изследване на тонална прагова аудиометрия (костна и въздушна проводимост) с оглед кохлеарен резерв и възможност за слухопротезиране, с корекция на показателя на полезно действие на слуховата протеза с 20 СТВ, като се ползва по-горе споменатата таблица. Липсва възможност за обективна преценка на загубата на слуха от 21 до 35 dB отразени в т. и т. 2 на горесцитирания раздел. Това ще доведе до недостоверни данни в експертните решения и злоупотреби.</p> <p>4. В новосъздадената точка 4.1 към Раздел I „Органични сърдечни увреди“ на Част Четвърта „Заболявания на сърдечно-съдовата система“ при инфаркт на миокарда не е посочен кой е крайният срок след първата година до който ще се определя тази оценка.</p> <p>Считаме, че липсата на конкретика отново ще доведе до субективизъм и различна практика при оценката за ТНР/ВСУ в точка 4.1, включително и при определянето на срока на инвалидност.</p>	<p>4. Не се приема</p>	<p>тежка, тежка, дълбока и пълна. Това прави оценяването много по-прецизно, обективно и справедливо. Задължително е включено и прилагането на таблицата на Клодил-Портман при оценката на функционалния дефицит на слуховия анализатор.</p> <p>4. Инфарктът на миокарда е остро, драматично животозастрашаващо заболяване, водещо до трайни увреждания на сърдечния мускул вследствие на запушване на коронарен кръвоносен съд, при което част от сърцето изпада в кислородна недостатъчност. Белезите от това увреждане остават трайни, през целия живот и са видими и доказуеми с всички съвременни методи на диагностика на сърдечно-съдовата система. При тези лица се сменя целият начин на социален и трудов живот. Налагат се съответните ограничения във физическата дейност, умствено-психическото и емоционално натоварване, съобразяват се условията на труд, като се</p>
--	--	------------------------	--

		<p>5. За Част седма „Нервни болести” не приемаме предложените промени в т. 4.4 относно вписването на чужда помощ като задължителен елемент. Становището ни е, че потребността от чужда помощ</p>	<p>5. Не се приема</p>	<p>спазват всички противопоказания, с оглед намаляване на вредностите. Извършва се трудоустрояване и се дават съответните предписания от службите по трудова медицина и задължителни препоръки към работодателя.</p> <p>Чрез освидетелстването на лицата с увреждания, включително на тези с инфаркт на миокарда, органите на медицинската експертиза осъществяват преди всичко вторична здравна профилактика, тъй като проследяват състоянието периодично- за определени периоди от време, регламентирани като срокове в чл. 69, ал. 1 от НМЕ. В този смисъл, лицата с преживян инфаркт на миокарда, без усложнения към момента на освидетелстването, също следва да се проследяват срочно в съответствие с чл. 69 от НМЕ, защото състоянието на хемодинамиката е еволютивно и в срока на инвалидността може да настъпят усложнения, които следва да се оценят по т. 3.1, 3.2 и 5, съгласно забележка към т. 4.1 от Част Четвърта от Приложение № 1. Инфарктът на миокарда е увреждане, което е за цял живот, но само в случаите на стабилна хемодинамика без усложнения оценката е 50 %, като при проследяване във времето тя може да се промени над 50 % в случай на усложнения.</p> <p>5. Епилептичните пристъпи са напълно непредвидими събития, а когато това са и конвулсивни пристъпи (т.е. гърчове) те представляват много тежки внезапни</p>
--	--	--	------------------------	--

	<p>следва да се определя съгласно разпоредбите на чл. 68 от НМЕ.</p> <p>Също така, с оглед наличието на съвременни методи на лечение и възможност за положителни резултати при тези заболявания, предлагаме в т. 4.6 да бъде изключено понятието „епилептични синдроми“.</p> <p>6. Направените предложения за промени в Част осма „Хирургични заболявания” се отнасят основно до отправните точки, за които с изменението, обнародвано в ДВ, бр. 59 от 2021 г., бяха определени проценти за ТНР/ВСУ за петата година след операцията или хистологичната верификация при по-голямата част от онкологичните заболявания от раздели V, VI, VII, IX, X, XI и XII.</p>	<p>6. Не се приема</p>	<p>разстройства на мозъчната функция, с придружаващи двигателни, вегетативни, сърдечни, дихателни и други нарушения, водещи до много висок риск от тежки увреждания, вкл. дихателна асфиксия и сърдечен арест. Това налага присъствието на друг човек около тези болни, с оглед избягването на всякакъв вид травматизъм, водещ и до възможен смъртен изход. Хората с увреждания с такива форми на епилепсия и епилептични пристъпи не могат да извършват почти никаква самостоятелна дейност или ако се занимават с такава (трудова, учебна и др. дейност) изискват присъствието на близък - родител, придружител, който да може да реагира адекватно в случай на пристъп.</p> <p>Не се приема предложението за премахване на понятието „епилептични синдроми“ в т.4.6. Клиничната картина, нейната тежест, разстройствата на мозъчната функция, както и изброените по-горе нарушения на различните орани и системи по време на епилептичния пристъп са със същите клиника и тежест, както и висок риск от смъртен изход.</p> <p>6. Направените предложения в тези раздели са съобразени с вида на онкологичните заболявания и техния по-висок потенциал на злокачественост и вероятност за рецидив. В тази връзка се заличава и забележката след т. 7 на раздел XII, като целта е постигането на по-прецизна и индивидуална оценка, в зависимост от стадия на</p>
--	--	------------------------	--

	<p>С проекта се предлага при оценката на функционалния дефицит за тези онкологични заболявания след петата година да се ползват процентите за ТНР/ВСУ, които сега се определят за петата година от операцията или хистологичната верификация. Тези проценти в основната си част са значително по-високи от тези по които сега се извършва оценката при давност, надвишаваща 5 години от хистологичната верификация, съгласно забележката след т. 7 на раздел XII, която се заличава с предложението проект, поради което не подкрепяме направените предложения за промени.</p> <p>7. За Част девета „Вътрешни болести” не подкрепяме направените корекции в Раздел „Захарен диабет“ и предлагаме да не се правят промени.</p> <p>Задачата на медицинската експертиза е оценка на функционалния дефицит (тежестта на заболяването) и не се отчита провежданото лечение, тъй като то е задача на медицинската практика. Правилно е сега приетото, че в оценката за ТНР/ВСУ на Захарния диабет не се коментира терапията съобразно тежестта и изявените усложнения. Усложненията на заболяването се изявяват и лекуват по един и същи начин при Захарен диабет тип 1 и тип 2.</p> <p>В направените предложения за промени в НМЕ напълно се отричат постиженията, възможностите и резултатите на световната медицина, в частност на българската.</p>	<p>7. Не се приема</p>	<p>злокачествения процес, в който се осъществява оперативното лечение, от което зависи прогнозата.</p> <p>С цел постигане на синхрон с промяната, касаеща периода и след петата година от оперативното лечение/верифицирането на онкологичното заболяване, се редактират текстовете в основните точки, които определят оценяване до петата година, както следва:</p> <p>Раздел VI, т.2.1 Раздел X т. 4 Раздел XI, т. 1, т. 1.2, т. 2, т.2.2, т. 3, т. 3.2, т. 7, 7.1, 7.2, 8.1, т. 8.2 Раздел XII, т. 4, т. 4.1, т.4.2, т. 6, т. 6.1</p> <p>7. Захарен диабет тип 2 с вторична резистентност към сулфанилурийните препарати и изчерпани инсулинови резерви следва да се оценява както захарен диабет тип 1, защото степента на функционални дефицити и увреждания на прицелните органи се оценява отделно.</p> <p>В много случаи захарен диабет тип 2 протича тежко и с по-бързо настъпващи усложнения на прицелните органи, отколкото при лицата със захарен диабет тип 1. При захарен диабет тип 2 в повечето случаи има и придружаващи заболявания, които допълнително водят до по-тежко протичане на заболяването.</p> <p>В никакъв случай предложеното по-правилно и адекватно оценяване на лицата с диабет тип 2 не представлява отричане на възможностите и резултатите на световната</p>
--	--	------------------------	---

		<p>8. Не подкрепяме и направените предложения в приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 „Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане в проценти по следните съображения: Предлаганите промени на Методиката по същество връщат модела и математическата формула за изчисляване и оценяване на ТНР/ВСУ при множествени увреждания като се възобновява и включването в оценката на всички останали/съпътстващи заболявания, с което не се постига прецизност и конкретика. В случая ще липсва максимално съответствие между оценката за ТНР/ВСУ и обективното здравословно състояние на лицата, които страдат от повече от едно заболяване. С промените на НМЕ от 2018 г. се премахнаха диапазоните в процента ТНР/ВСУ, оценяващи различната тежест на функционалния дефицит при едно и също заболяване. Същевременно се определиха максималните стойности в рамките на диапазона и за определени заболявания проценти ТНР/ВСУ се повиши над тези стойности. С предлаганите промени ще се повиши проценти ТНР/ВСУ на лица с предстоящо освидетелстване в сравнение с тези, които са освидетелствани преди това (при идентичен функционален дефицит). Предложената промяна ще приравни като оценка на функционалния дефицит на лица с повече от едно увреждане в лека или умерено изразена тежест, немалко от които имат потенциал или</p>	<p>8. Не се приема</p>	<p>и българска медицина. Оценките, които са предложени в отправните точки, са в случаите, когато диабетът е без усложнения и когато е с усложнения на прицелните органи без функционален дефицит.</p> <p>8. Предложените изменения в Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ са с цел обективно оценяване на всички заболявания и увреждания, без да бъде пренебрегнато нито едно от тях, имайки предвид, че човешкото тяло е сложна система от взаимно свързани органи и системи. През целия период от промяната през 2018 година, която определи изключването на определени заболявания в зависимост от величината на съответстващия им процент в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ, от общата оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане, имаше възможност да се оцени практическото приложение на тази промяна спрямо предходния начин на определяне на оценката. Във времето се затвърди убеждението, не само сред хората с увреждания, но и сред специалисти, работещи в сферата на медицинската експертиза, че настоящият начин на определяне на оценката ощетява лицата и по тази причина той е несправедлив. Водещият мотив за тази промяна в Методиката може да се илюстрира с най-елементарния пример: не може да се постави знак за равенство по отношение степента на функционален дефицит при две</p>
--	--	--	------------------------	---

	<p>упражняват трудова дейност, с тези, страдащи от единични тежки увреждания с ограничена или невъможна адаптация в трудова среда. В резултат на това последната категория лица, която се нуждае от най-голяма подкрепа, ще получава еднакви по размер и обхват осигурителни и социални плащания с лица, които в сравнение с тях имат по-леки увреждания.</p> <p>Рисковете от предложената промяна се очакват в системите на социалното осигуряване и на социалното подпомагане. Не се постига високо качество и достоверност на експертните решения, поради което се създава впечатление за субективизъм и се отварят широко вратите за злоупотреби. Следва да се отчита, че освен финансов, предложените промени ще доведат и до други ефекти, включително организационни и в системата на медицинската експертиза.</p> <p>9. 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, Националния осигурителен институт изчислява и изплаща паричните обезщетения за временна неработоспособност и упражнява непрекъснат предварителен и текущ контрол по подаваните данни от болничните листове за временна неработоспособност. При изпълнение на цитираните задължения са установени проблеми при прилагане на някои от разпоредбите на ЮЛЕ, поради което предлагаме в проекта на Постановление да бъдат включени следните изменения и допълнения:</p> <p>1. В чл. 6 да се направят следните изменения и допълнения:</p> <p>1.1. Да се създаде нова алинея 6 със следното съдържание:</p>	<p>9. Не се приема</p>	<p>лица с еднакво водещо увреждане (по вид и степен на тежест), от които едното лице няма съпътстващо заболяване/увреждане, а другото има такова.</p> <p>9. Предложените промени, касаещи експертизата на временната неработоспособност, не са предмет на настоящата промяна. Поради необходимостта те да бъдат анализирани задълбочено и да бъде изготвена самостоятелна предварителна оценка на въздействието за тях, ще бъдат разгледани самостоятелно и ще бъдат предмет на самостоятелна нормативна промяна, която касае и други нормативни актове, извън Наредбата за медицинската експертиза.</p>
--	---	------------------------	--

	<p>,(6) Когато отпускът за временна неработоспособност изтича непосредствено преди неработни дни за осигуреното лице и след тях се установи временна неработоспособност:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. за същото или свързано с него заболяване, болничният лист се издава като "Продължение", и в неговата 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" <p>Мотиви: Съществуващият текст на чл. 6, ал. 5 се тълкува нееднозначно и се прилага по различен начин. Затруднява контрола по прекъснатостта на временната неработоспособност, респективно правомощията на органите на медицинската експертиза. Води до проблеми при изплащане на паричните обезщетения за временна неработоспособност и злоупотреби с продължителността на временната неработоспособност.</p> <p>1.2. Настоящата ал. 6 да стане ал. 7 към чл. 6 от НМЕ.</p> <p>2. В чл. 14 да се създадат нови ал. 4 и 5:</p> <p>,(4) В случаите, когато лицето е било на работа, независимо от отработените часове или е постъпило за болничното лечение след изтичане на работното му време, отпускът за временна неработоспособност започва задължително от следващия календарен ден.'</p> <p>(5) По искане на осигурения, болничен лист за болнично лечение може да се издаде и преди завършване на лечението.'</p> <p>Мотиви: Съществуващият ред не кореспондира с общите разпоредби за издаване на болничен лист, определени в чл. 9, ал. 1 от НМЕ и създава проблеми при случаи на трудова злополука, възникнала през</p>		
--	--	--	--

	<p>първия ден от осигуряването. Във връзка със сегашната разпоредбата на чл. 14, ал. 3 лицата се лишават от парично обезщетение за трудова злополука, защото не могат да влязат в осигуряване. Проблем съществува и при отработени часове от деня на постъпването, през които осигуреното лице е подписвало документи (вкл. административни актове), които вече са изпратени.</p> <p>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 създава проблеми на осигурителите при подаване на информация към Националната агенция по приходите.</p> <p>3. В чл. 15, ал. 1 да се измени така: В зависимост от състоянието на болния, в болничния лист се определя/определят един и/или повече от посочените режими.'</p> <p>Мотиви: Действащият текст противоречи на разпоредбата на чл. 14, ал. 1.</p> <p>4. В чл. 27, ал. 1 да се създаде изречение второ: „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.'</p> <p>Мотиви: В НУТЕ липсва текст за реда и органа на медицинската експертиза, който издава болничен лист при преносена бременност.</p> <p>5. В чл. 48 да се измени така: „Чл. 48.(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</p>		
--	---	--	--

	<p>бележка от осигурителя, че работи и се осигурява, или на осигурителна книжка.</p> <p>(2) Болничен лист за раждане, станало в чужбина, се издава от личния лекар въз основа на следните документи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. акт за раждане на детето; 2. декларация, че детето е живо и не е дадено за осиновяване; 3. документ за ползвания отпуск при бременност; 4. служебна бележка от осигурителя, че лицето работи и се осигурява, или осигурителна книжка. <p>(3) Болничните листове по ал. 1 и 2 се издават след завръщането на осигурените лица в Република България.”</p> <p>Мотиви: В НОИ все по-често постъпват запитвания от лекари и осигурени лица относно условията и редът за издаване на болничен лист за бременност на пребиваващо в чужбина осигурено лице. В НУЛЕ липсват текстове за тези случаи.</p> <p>6. Да се създаде нова алинея 2 към чл. 51:</p> <p>По реда, посочен в ал. 1, се процедира и при констатиране на временна неработоспособност на граждани на държави, с които не се прилагат европейските регламенти или международните договори в областта на социалната сигурност.”</p> <p>Мотиви: В НУЛЕ липсва текст, определящ реда за издаване на болнични листове на чужди граждани, за които нямаме международни спогодби.</p> <p>Сегашната алинея 2 да стане алинея 3, като се измени така:</p> <p>„(3)Болничният лист, издаден по реда на ал. 1 и 2, се връчва на лицето за представяне пред осигурителната институция и/или работодателя в държавата, където лицето е осигурено.”</p> <p>7. Чл. 56 да се измени така:</p>		
--	---	--	--

		<p>”Чл. 56. Работодателите/осигурителите/самоосигуряващите се лица са длъжни да съхраняват представените им болнични листове за срок 5 години считано от 1 януари на годината, следваща годината, в която са издадени.’ Мотиви: Привеждане на срока за съхранение на болничните листове с определените срокове в нормативните актове, свързани с изплащането на паричните обезщетения за временна неработоспособност. 8. В S на Допълнителна разпоредба да се създаде точка 7: ,7. „Членове на семейството” на осигуреното лице са неговите възходящи и низходящи по права линия, съпругът и съпругата.” Мотиви: Липсата на определение за понятието „Членове на семейството” е причина за нееднозначното му тълкуване и прилагане, което създава проблеми при изплащане на паричните обезщетения за временна неработоспособност, бременност и раждане. Предлагаме също с преходна разпоредба в Постановлението да бъдат направени следните изменения и допълнения в Приложение № 3 към чл. 13, ал. 1 от Наредбата за реда за представяне в Националния осигурителен институт на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им: 1. Текстът „При издаване на болничен лист на осиновителка (осиновител): На ред „Причина за неработоспособността” се попълва „15 — майчинство” На ред „Диагноза“ се попълва текстът: „За гледане на дете” В съответните редове се вписват трите имена на детето и датата на раждането му.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>На ред „Бележки” се вписва текстът „За гледане на дете” да бъде заменен със следния текст: „При издаване на болничен лист на осигурено лице, при което е настанено дете по чл. 26 от Закона за закрила на детето:</p> <p>На ред „Причина за неработоспособността” се попълва „15 — майчинство” На ред „Диагноза“ се попълва текстът: „За гледане на дете” Ред ”Диагноза по МКБ“ не се попълва.</p> <p>В съответните редове се вписват трите имена на детето и датата на раждането му.</p> <p>На ред „Бележки” се вписва текстът „За гледане на дете по чл. 163, ал. 7 КТ“</p> <p>Мотиви: По повод на направените изменения на Кодекса на труда и Наредбата за работното време, почивките и отпуските на осиновителите на деца не се издава болничен лист за периода до изтичане на срока на полагащия се отпуск за раждане.</p> <p>2. В текста „В позициите, разположени на съответните редове, се попълва/т фамилията/ите на лекаря/лекарите, членове на ЛКК и се вписва/т номера/та от националния регистър по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (УИН)“ след УИН да се постави наклонена черта и да се добави „ЛПК”.</p> <p>Мотиви: Съгласно издаваните от Българския зъболекарски съюз удостоверения за вписване на лекарите по дентална медицина се издава личен професионален код (ЛПК).</p> <p>3. След текста „За гледане на дете под карантина“ да се добави текста „За гледане на здраво дете до 12-годишна възраст, посещаващо детско заведение или училище, върнато оттам поради наложена карантина“.</p>		
--	--	---	--	--

		Мотиви: Текстът е необходим във връзка с направените изменения в Закона за здравето и предложените промени за чл.6, ал. 1 и чл. 39 от НМЕ по отношение на децата до 12-годишна възраст, върнати от детско заведение или училище, поради карантина на заведението или училището.		
18	вх. № 94-5063/ 24.11.2022 г. Иванка Георгиева Алексиева	Бих искала да помоля да бъдат включени и онкологичните заболявания със срок пожизнен 50% след 10-та година. xx Много моля да се допълни Болест на Хочкин в наредбата с пожизнен срок с 50%. Благодаря предварително и от сърце.	Не се приема	Съгласно становището на Експертния съвет по медицинската специалност „Клинична хематология“ при пациенти със злокачествени кръвни заболявания, при които е установена над 10-годишна пълна ремисия, посредством хематологични, цитогенетични, молекулярни, образни и други изследвания, се наблюдава наличието на пълна работоспособност и много добро качество на живот. Тези пациенти упражняват активно своята професия и общата преживяемост е съпоставима с останалата българска популация.
19	вх. № 94-5051/ 23.11.2022 г. и вх. № 94-5196/ 05.12.2022 г. Георги Лазаров Митев	Предложение за допълнение на „Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза”. Промените в Наредба за медицинската експертиза, които желая да предложа са: 1. За всички вродени заболявания и състояния, липсващи органи и части от тялото да се определя % ТНР с пожизнен срок.	1. Не се приема	1. Не е необходима допълнителна промяна в текстовете, тъй като за всички вродени заболявания и състояния на липсващи части от тялото в съответните части от Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ е включен текст, който определя пожизнен срок.

	<p>2. Когато лицето боледува от няколко заболявания, дори и ако само за едно от тях да се определя % ТНР с пожизнен срок - да се определя общ % ТНР с пожизнен срок в решението на ТЕЛК.</p> <p>3. НЕЛК да взема решение по жалби срещу решение на ТЕЛК – без да връща повторно преписките в ТЕЛК.</p>	<p>2. Не се приема</p> <p>3. Не се приема</p>	<p>2. Не е възможно подходът с определяне на пожизнен срок да се определя само от едно от наличните увреждания при едно лице. Справедливото оценяване изисква за тези увреждания, които са динамични и търпят еволюция във времето да се определя срок, след който да се направи отново оценка. В противен случай лицата, при които нито едно увреждане не е дефинитивно (с пожизнен срок) и се налага да се явяват периодично на експертиза ще бъдат поставени в неравностойно положение спрямо лицата, които имат няколко увреждания, от които поне е дефинитивно. За да се даде възможност за избор на лицата с множество увреждания, от които поне едно е дефинитивно, през 2021 г. беше приета промяна в Наредбата за медицинската експертиза, съгласно която по желание на лицата с множество увреждания, част от които са дефинитивни, а друга – не, да се освидетелстват само за тези които са дефинитивни, за да получат пожизнен срок.</p> <p>3. Възможностите, които съществуват при обжалване на експертно решение на ТЕЛК пред НЕЛК не са предмет на Наредбата за медицинската експертиза. Те се уреждат с Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи. Въпросът ще бъде предмет на самостоятелно разглеждане</p>
--	--	---	---

	<p>стволовите функции и редки неврологични синдроми и др.):</p> <p>3.2. лека степен (форма) – 50 % с пожизнен срок</p> <p>3.3. средна степен (форма) – 75 % с пожизнен срок</p> <p>3.4. тежка степен (форма) – 95 % с пожизнен срок</p> <p>4. Епилепсия (според вида, тежестта и честотата на пристъпите с обективизация на пристъпите):</p> <p>4.1. Много редки – генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, фокални пристъпи с еволюция към двустранни тонично-клонични) и фокални пристъпи (със или без нарушение на съзнанието) през интервали над една година – 30 % с пожизнен срок.</p> <p>4.2. Редки генерализирани конвулсивни епилептични пристъпи без или с фокални (със или без нарушение на съзнанието) без еволюция към двустранни тонично-клонични през интервали от месеци – 50 % с пожизнен срок.</p> <p>4.3. Средно чести – генерализирани епилептични пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, фокални пристъпи с еволюция към двустранни тонично-клонични) през интервали от месеци и фокални пристъпи (със или без нарушение на съзнанието) през интервали от седмици – 71 % с пожизнен срок.</p> <p>4.4. Много чести – генерализирани епилептични пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, фокални пристъпи с еволюция към двустранни тонично-клонични) през интервали от седмици и фокални пристъпи (със или без нарушение на съзнанието) през интервали от дни – 80 % с пожизнен срок.</p> <p>4.5. Много чести и тежки – Генерализирани</p>	<p>5.4. Приема се частично</p>	<p>Т. 3.4 - тежка степен (форма)- 95 %, с пожизнен срок.</p> <p>5.4. Част от така предложените допълнения, касаещи различните степени на тежест на епилепсията са включени в проекта за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза. По време на изготвяне на нормативните промени бяха дискутирани задълбочено и взети под внимание становищата на няколко водещи специалисти в областта на диагностиката и лечението на епилепсията, като те включват промяна на т.т. 4.3 – 4.6. Освен предложението за пожизнен срок в т. 4.4. и т. 4.5. от проекта на нормативен акт е добавена и чужда помощ. В т. 4.3. процентът е променен от 70 на 71. По отношение на т. 4.1 и т. 4.2 промени не са обсъждани и специалистите по епилепсия не са изразили мнение, че трябва да има промяна в текстовете. Липсва и обосновка от страна на вносителя на настоящото предложение какви са мотивите за добавяне на пожизнен срок при по-леките форми на епилепсията (т. 4.1, т. 4.2 и т. 4.3), за които специалистите не счели за целесъобразно такава промяна.</p>
--	---	--------------------------------	--

	<p>конвулсивни епилептични пристъпи, включително фокални пристъпи с еволюция към двустранни тонично-клонични – ежеседмични – 95 % с пожизнен срок.</p> <p>4.6. Епилептични синдроми, включително Епилептични енцефалопатии и медикаментозно-резистентна епилепсия с ежедневни и/или еженощни пристъпи – 100 % с чужда помощ и пожизнен срок.</p> <p>15. Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и състояния, водещи до хронично персистиращи радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит:</p> <p>15.1. лекостепенни с остатъчен сетивен синдром без двигателен дефицит – 30 %</p> <p>15.2. хронично-персистиращи с чести рецидиви – 50 % с пожизнен срок.</p> <p>15.3. за оперирани лица, без остатъчен двигателен дефицит – 60 % с пожизнен срок.</p> <p>15.4. за неколккратно оперирани, без повлияване, с усложнения и остатъчен траен двигателен дефицит – 71 % с пожизнен срок.</p> <p>6. В ЧАСТ ДЕВЕТА ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ Раздел II</p> <p>2. Щитовидна хипофункция (микседем):</p> <p>2.1. добре компенсирани със заместително лечение – 30 % с пожизнен срок.</p> <p>2.2. при незадоволителна компенсация (по клинични и лабораторни данни и рефрактерни на лечение форми, доказани в клинична обстановка) въпреки</p>	<p>5.15. Не се приема</p> <p>6. Относно Раздел II не се приема</p>	<p>5.15. Няма обоснована необходимост от допълнително предложената промяна. Задължително условие за промяна в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза е медицинската обосновааност на промяната и подкрепа на експертния съвет или други водещи специалисти по съответната медицинска специалност. Тук това условие не е изпълнено.</p> <p>6. Относно Раздел II Двете предложени промени в процентите при добре компенсирани хипофункция на щитовидната жлеза и при незадоволителна компенсация въпреки заместителното лечение не са приемливи защото не са обосновани от медицинска гледна точка. Същността на медицинската експертиза на трайно намалената работоспособност/вид и</p>
--	--	--	--

	<p>заместителното лечение в зависимост от отражението върху общото състояние и усложненията – 50 % с пожизнен срок.</p> <p>Раздел V Хипофизарни нарушения 4. Хипопитуитаризъм – 91% с пожизнен срок. 4.1. панхипопитуитаризъм – 95 % с пожизнен срок. 5. Хипогонадизъм (първичен, вторичен) и гонадна дисгенезия – 30 % с пожизнен срок.</p> <p>Раздел X 1. Генерализирана остеопороза без реализирани или с реализирани спонтанни фрактури при (Т-скор над – 2,5), установен чрез остеоденситометрия на гръбначен стълб или шийка на бедрена кост – 50 % с пожизнен срок.</p> <p>Раздел XVIII Други болести на кръвта и кръвотворните органи 1. Желязо и други недоимъчни анемии: 1.1. след чести кръвоизливи или рецидиви с възможност за постигане на ремисия при лечението – 50 % с пожизнен срок. 1.2. при трайно задържане на хемоглобина под 100 g/l, необходимост от периодично кръвопреливане – 80 % с</p>	<p>6. Относно Раздел V не се приема</p> <p>6. Относно Раздел X – не се приема</p> <p>6. Относно Раздел XVIII – не се приема</p>	<p>степен на увреждане, която е оценка на функционален дефицит спрямо здравия човек, е в противоречие на състоянието, определено в т. 2.1., което е добре компенсирано и следователно няма прояви, изразени във функционален дефицит. Ако има такива прояви, то ще попадне в следващата точка – 2.2.</p> <p>6. Относно Раздел V Липсва задължителното условие за медицинска обосновааност на промяната и подкрепа от страна на експертния съвет и други водещи специалисти по съответната медицинска специалност за приемане на предложените изменения и допълнения в този раздел на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза.</p> <p>6. Относно Раздел X По горните причини, свързани с липса на мотиви и обосновааност на така предложената промяна в процента по т. 1 направеното предложение не може да бъде прието.</p> <p>6. Относно Раздел XVIII Предложението не е обосноваан</p>
--	--	---	---

	<p>пожизнен срок.</p> <p>2. Наследствени и придобити хемолитични анемии:</p> <p>2.1. при стабилизирано състояние без изразени общи нарушения – 50 % с пожизнен срок.</p> <p>2.2. хемоглобин под 100 g/l, необходимост от кръвопреливания, имunosупресия, умерено увредено общо състояние – 80 % с пожизнен срок.</p> <p>Раздел XIX</p> <p>Болести на бъбреците и пикочните пътища</p> <p>1. Загуба или отпадане на един бъбрек при здрав друг бъбрек – 50 % с пожизнен срок.</p> <p>2. Загуба или отпадане на един бъбрек при увреден единствен бъбрек, но с компенсирана бъбречна функция при болестна находка в урината:</p> <p>2.1. лесно овладяващи се медикаментозно уроинфекции – 60 % с пожизнен срок.</p> <p>2.2. рецидивиращи уроинфекции, нефролитиаза и т. н.:</p> <p>2.2.1. при възрастни с регистрирани чести уроинфекции (клинично и микробиологично) и/или нефролитиаза над три пъти годишно – 71 % с пожизнен срок.</p> <p>3. Хронични бъбречни инфекции при компенсирана бъбречна функция:</p> <p>3.1. лека степен (интермитираща протеинурия и сигнификантна бактериурия) в зависимост от честотата на възпалителните тласъци под три пъти годишно – 30 %</p> <p>3.2. в останалите случаи – 50 %.</p> <p>4. Бъбречно-каменна болест без ограничения в бъбречната функция:</p> <p>4.1. с колики през големи интервали – 30 %</p> <p>*Промените в Наредба за медицинската експертиза, които предлагам са отбелязани в червено.</p>	<p>6. Относно Раздел XIX – не се приема</p>	<p>6. Относно Раздел XIX Липсват мотиви за направеното предложение по този раздел.</p>
--	--	---	--

		Изложените промени биха намалили разходите на НЗОК за извършване на прегледи и изследвания и също така биха облекчили и работата на ТЕЛК комисиите.		
20.	вх. № 94-5062/ 24.11.2022 г. Миглена Георгиева	По повод общественото обсъждане на проектозакона за Медицинска експертиза- искам да повдигна въпроса за Очните болести. Моля, обърнете внимание на следната диагноза- Ретинопатия на недоносеното и последваща Дегенеративна прогресираща миопия - никъде не прочетох нищо за тази диагноза -това дефинитивно състояние ли е и подлежи ли то на пожизнен срок на Експертното решение .	Липсва предложение	Съгласно чл. 63, ал. 1 установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1. Когато установеното увреждане не е посочено като отправна точка в Приложението, но обуславя значителен ФД, за критерий се взема най-близката по съдържание точка, като в ЕР се вписва „във връзка с т...“ и се прави подробна обосновка. Въпросът за пожизнения срок е решен детайлно в чл. 69, ал. 4, съгласно която при дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността.
21.	вх. № 94-5072/ 24.11.2022 г. Димо Мишев	Промяна на оценяване на трудоспособност и повишаване на проценти сърдечно съдови заболявания опорно двигателния апарат като при три заболявания да се прибавят към основното заболяване	Липсва предложение	
22.	вх. № 74-00-854/ 25.11.2022 г. Д-р Росица Атанасова	Включвам се в обсъждането на промените в Наредбата за медицинската експертиза с важен пропуснат проблем-промяна на "ДАТАТА НА ИНВАЛИДИЗИРАНЕТО". Смятам,че трябва да се обсъди оптимизиране на възможностите за промяна на тази дата при социалнозначимите прогресиращи заболявания. В сега действащата НМЕ вариантите за промяна са приложими в много редки случаи. Тази дата се записва при първото освидетелстване и остава	Не се приема	Направените предложения са извън контекста на проекта за изменение и допълнение на НМЕ. Освен това обосновката в предложението включва като основен аргумент ощетенето на лицата от пенсионната система, което не може да бъде медицински мотив за промяна в разпоредбите, касаещи датата на инвалидизирането.

		<p>фиксирана пожизнено. Не се променя при следващите освидетелствания дори и при промяна на водещата диагноза или влошаване и покачване на процентите и преминаване в по-висока група инвалидност.</p> <p>Защо е важна тази дата? Защото тя дава достъп до инвалидна пенсия. Съгласно чл. 94 от КСО осигурените имат право на инвалидна пенсия, ако имат съответният стаж , придобит до ДАТАТА НА ИНВАЛИДИЗИРАНЕ". - до 30 годишна възраст 3 години, над 30 годишна възраст -5 години. Така ако един пациент са разболеет от Захарен диабет тип 1 /хронично прогресиращо заболяване с пожизнено интензифирано инсулиново речение/и получи инвалидизация на 30 години и 6 месеца и има трудов стаж 4 години не получава инвалидна пенсия не само в момента, но пожизнено губи достъп до инвалидната пенсионна система, независимо от трудовия и осигурителния му път, защото датата на инвалидизиране не се променя. Така остава в неравностойно положение не само в сравнение със здравите , но и с хората с неговото здравословно състояние.</p> <p>Давам този пример, защото съм лекар ендокринолог с 38 години трудов стаж и работя основно с такива пациенти.</p>		<p>При наличие на целесъобразност от медицинска гледна точка следва да се представят мотиви, които да обосноват необходимостта от такава промяна на датата на инвалидизирането.</p>
23	<p>вх. № 94-5106/25.11.2022 г. и ПОК - 25 ноември 2022г. Анелия Христова</p>	<p>В настоящата НМЕ не е решен въпросът за юноши над 16 г. и за възрастни, които имат хиперкинетични разстройства.</p> <p>До 16 г. се полага ТЕЛК за F90 (хиперкинетични разстройства), а след 16 г. възраст не се полага ТЕЛК за F90 (хиперкинетични разстройства). Това е 50 % нарушение на активността и вниманието, което не изчезва след 16 годишна възраст. Така младежите остават без ТЕЛК. Има само специфични разстройства</p>	<p>Не се приема</p>	<p>При лица над 16 - годишна възраст, в зависимост от клиничната картина, хиперкинетичното разстройство може да се оценява по Раздел VI, Част Втора от Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ - неврози и абнормни развития на личността с диагноза F60.2 Диссоциално личностно разстройство; F60.3 Емоционално</p>

		<p>на развитието на училищните умения, които са 20%, но реално не се отразяват, тъй като ТЕЛК няма.</p> <p>За възрастните хиперкинетични разстройства не съществуват според НМЕ.</p> <p>Моля да обърнете внимание на това и да направите съответните промени в ЧАСТ ВТОРА. ПСИХИЧНИ БОЛЕСТИ, 4. Непсихотични разстройства в детско-юношеската възраст:</p> <p>4.1. от F80 до F83 (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 %;</p> <p>4.2. F90 (хиперкинетични разстройства) – 50 % (нарушение на активността и вниманието).</p> <p>Тези нарушения не са само в детско-юношеската възраст. Не изчезват просто защото децата са навършили 16 г. Продължават да съществуват. Но според съществуващата сега Наредба за МЕ проблемите на тези хора изведнъж изчезват и те остават без помощ и подкрепа.</p> <p>Смятам, че това е дискриминация спрямо юношите и възрастните с хиперкинетични разстройства. Те не само имат увреждане, но и са обект на тормоз и неравнопоставеност заради това.</p>		<p>нестабилна личност; F60.8 Други специфични личностови разстройства.</p>
24.	<p>вх. № 94-5123/28.11.2022 г.</p>	<p>Как стои въпросът с децата родени недоносени и престояли в кубвюз с последващо очно увреждане с диагноза Ретинопатия на недоносените и последваща високо степенна Дегенеративна Миопия и Дегенерация</p>	<p>Липсва предложение</p>	<p>Съгласно чл. 63, ал. 1 установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се</p>

	Тихомир Спасов	на макулата плюс Нистагъм? Тези състояния дефинитивни ли са и не би ли следвало да бъдат с пожизнен срок на експертно решение на ТЕЛК, независимо от възрастта на пациента?		съобразяват със съответната отправна точка съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1. Когато установеното увреждане не е посочено като отправна точка в Приложението, но обуславя значителен функционален дефицит, за критерий се взема най-близката по съдържание точка, като в експертното решение се вписва „във връзка с т...“ и се прави подробна обосновка. Въпросът за пожизнения срок е решен детайлно в чл. 69, ал. 4, съгласно която при дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността.
25	вх. № 62-00-106/ 28.11.2022 г. Съюз на военноинвалидите и военнопострадалите	Ръководството на Съюзът на военноинвалидите и военнопострадалите изпраща становището си по Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и Допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с Постановление № 120 на Министерски съвет от 2017 г. По този възлов и основен проблем за определяне на процента военноинвалидност като причинна връзка и изписването му в ТЕЛК решенията сме сезирали многократно министерството при различните предишни министри на здравеопазването, а също така и по Ваше време, както и на направената среща по този повод преди месец в присъствието на нашия адвокат г-н Иван Сотиров — представяйки юридическата страна на проблема. Настояваме категорично за определянето на процента на намалената работоспособност по отношение на инвалидността по причина – военноинвалидност и вписването и в т. 12 раздела „военноинвалидност“ (от	Приема се по принцип	Както се споменава в самото предложение, образецът на експертно решение включва като самостоятелен реквизит т. 12 „Инвалидност по причини“, като една от посочените възможности е „Военна инвалидност“. Следователно непопълването на този реквизит се явява неспазване на изискванията за попълване на документ по утвърден образец, а не на нормативен пропуск. Несъгласието на заинтересованите страни с отразеното в тази част от експертното решение подлежи на обжалване по законоустановения ред.

	<p>бланката на ТЕЛК - точния процент и задължителното изписване) на императивните записи в Експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК на процента по намалена работоспособност на военноинвалидността или както се казва във връзка с военноинвалидността категорично поставяме въпроса за вписването и в ТЕЛК решението с необходимия процент.</p> <p>За Ваша информация пространна в становището сме изразили аргументите и начина на преодоляване на този основен проблем за нас – военноинвалидите, като специфична категория хора с увреждания и притежаващи – възстановеният си специфичен закон – Закона за военноинвалидите и военнопострадалите, което първо появяване датира от 1915 година със самото учредяване на организацията ни.</p> <p>Като предоставяме за пореден път нашето становище на Съюза на военноинвалидите и военнопострадалите по така повдигнатия проблем, категорично настояваме за подкрепа да намерите подходящите юридически записи в наредбата за спазването на изписването на изписването на процента военноинвалидност и издадат съвместно указание до ТЕЛК и НЕЛК за излишното определяне и изписване на процента и попълването му в т, 12, таблица от формуляра за ЕР на ТЕЛК.</p> <p>С изпълнението на това задължение на ТЕЛК ще се избегне неточностите, които се допускани до сега, а именно неточното определяне и записване на военноинвалидността и разбира се тенденцията на negliжиране на „военната инвалидност“, която често се пропуска или неправилно включва в т.нар гражданска инвалидност.</p> <p>Съгласно чл. 12, ал. 1 и ал. 2 от Закона за военноинвалидите и военнопострадалите качеството на военноинвалид и/или военнопострадал – в случая</p>		
--	---	--	--

	<p>основно е военнопострадалостта, тъй като тя се определя като причинна връзка и съответен процент в ТЕЛК - при подаване на съответните документи в Министерството на отбраната, за военнопострадалите, като: ТЕЛК и евентуално разпореждане от НОИ за получаване на военнопострадалостна пенсия, ако получават и решение на военнолекарската комисия за негоден за военна служба (НГВС), след разглеждане от комисия на подадените документи, на лицето се определя „качество военнопострадалост“ (съгласно наредбата) и се издава книжка за военнопострадалост, като се вписва и в Централния регистър за военнопострадалите и военнопострадалите към Министерството на отбраната. Тази книжка и съответния процент на военнопострадалост вписан в нея му дават правата по Закона за военнопострадалите и военнопострадалите, като тези права са със съответни разлики за тези с над 50 на сто намалена работоспособност и тези под 50 на сто. Ето защо е задължителното определяне и вписване на военнопострадалостта процента намалена работоспособност, защото той дава различни права по Закона за военнопострадалите и военнопострадалите, като тези права по закона са от датата на подаване на заявлението. Тука следва да се знае, че права по Закона за военнопострадалите и военнопострадалите се получават и ползват единствено и само при регистриране в Централния регистър за военнопострадалите и военнопострадалите към Министерството на отбраната. Ако военнопострадалостта има пенсия, той може да си я получава самостоятелно и отделно от Закона за военнопострадалите и военнопострадалите, защото това право е по Кодекса за социалното осигуряване, но права по Закона за военнопострадалите и военнопострадалите се получават единствено и само след регистрацията в Централния</p>		
--	---	--	--

		<p>регистър на МО, на основа процента на военноинвалидността определена от ТЕЛК и вписана в ТЕЛК решението.</p> <p>Принципно нормата (качеството военноинвалид и/или военнопострадал) са детайлизирани в Наредба за реда за установяване качеството на военноинвалид или на военнопострадал и за създаването, воденето и съдържанието на централния регистър на военноинвалидите и военнопострадалите (в сила от 26.01.2007 г. Приета с ПМС № 5 от 17.01.2007 г., Обн. ДВ. бр.9 от 26 януари 2007г., изм. ДВ. бр.22 от 22 Март 2016г).</p> <p>И още веднъж: Видно от образеца на Експертното решение на ТЕЛК, т. 12, таблица „Инвалидност по причини: Военна инвалидност“ следва да бъде попълвана прецизно, т.е. задължително. Без изричен запис в ЕР на ТЕЛК правоимащото лице не може да получи Книжка и не може да бъде вписан в Централния регистър. Без посочената последователност едно лице не би могло да придобие качеството военноинвалид (като и военнопострадал, но тук въпросът касае военноинвалидността която се записва в ТЕЛК-а) и да полечи права по специфичния Закон за военноинвалидите и военнопострадалите.</p>		
26.	<p>вх. 94-5168/ 01.12.2022 г. Златомира Данаилова</p>	<p>Моля да се обърне внимание относно Част девета, Вътрешни болести, раздел V, точка 4. Хипопитуитаризъм.</p> <p>Моля да бъде определен процент трайно намалена работоспособност относно Парциален хипопитуитаризъм. Тъй като в сегашната наредба за медицинска експертиза такъв не е определен, а се взема предвид отправната точка само на хипофизарен нанизъм.</p>	Не се приема	<p>Оценката се извършва по ясно определени текстове и отправни точки от НМЕ, както следва:</p> <p>Част Девета – Вътрешни болести, Раздел V - Хипофизарни нарушения, точка 4:</p> <p>4. Хипопитуитаризъм:</p> <p>4.1. панхипопитуитаризъм - 95 % (поради ангажиране на много ендокринни оси).</p> <p><i>Забележка.</i> Парциален хипопитуитаризъм - процентът намалена работоспособност/</p>

		Хората страдащи от парциален хипопитуитаризъм имат същите ендокринни дефицити.		степен на увреждане се определя в зависимост от секторалната хормонална недостатъчност, касаеща периферните жлези. Следователно въпросът за парциалния хипопитуитаризъм е решен чрез отнасяне на случаите към тази отправни точки.
27.	вх. № 20-03-103/ 30.11.2022 г. ТЕЛК – УМБАЛ Св. Марина - Варна	<p>Изразяваме нашето безпокойство и несъгласие с представения Проект за промяна в нормативната уредба за Медицинска експертиза за трайна неработоспособност.</p> <p>Мотиви: В момента работещата система за оценяване на трайна неработоспособност регулира възможността в известна степен да не се допускат „псевдоинвалиди“.</p> <p>Разрешаването да се извършват експертизи за трайно увреждане, които се базират на най-големия процент и 20% от сбора на останалите заболявания води до увеличаване на броя на инвалидите в България в геометрична прогресия.</p> <p>Необходимо е при промяна на Наредбата да се установи поне едно заболяване с минимум 50% ТНР и останалите да се сумират с 20% от сбора, като компромисен вариант.</p> <p>При население 2022 г. 6 832 900 в България 2 150 000 пенсионери, 879 713 инвалиди и лица от 0 до 18 г. възраст 983 000, студенти 227 000 следва от 100 лица в трудоспособна възраст да се издържат 78 /по данни на НСИ/.</p> <p>Смисълът на Експертизата за трайна неработоспособност е да се установи ФУНКЦИОНАЛЕН ДЕФИЦИТ на заболелия орган или на организма като цяло, водещ до трайна инвалидизация, отразено в чл. 62 от НМЕ. Заболявания,</p>	Не се приема	<p>Липсва медицинска обосновка на представеното становище, в което се изразява несъгласие към промяната на начина, по който да се изчислява процентът при множество увреждания на лицето.</p> <p>Представените аргументи са в математическа, финансова и статистическа насока, които не доказват защо настоящият начин на изчисление е по-добър от предложението с промяната в проекта на нормативен акт от гледна точка на справедливост и удовлетвореност на заинтересованите лица.</p> <p>Претоварването на ТЕЛК и очакваният повишен интерес към настоящата нормативна промяна, която допълнително ще увеличи работата на комисиите, не могат да бъдат мотив срещу нейното приемане.</p> <p>Проектът на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза е нормативен акт, който се приема от Министерския съвет. Народното събрание няма отношение към настоящата процедура по приемане на измененията в цитираната Наредба.</p>

		<p>които търпят развитие към прогресия /влошаване/ или подобрене вследствие на лечебен процес не са дефинитивни състояния. Определянето за това става по чл. 69, ал. 4 и се решава от ТЕЛК/НЕЛК, а не административно. Това ще доведе до огромно натоварване на бюджета в близко и далечно бъдеще.</p> <p>По наши данни има разкрити в страната 92 комисии /ТЕЛК/, 28 Картотеки /РКМЕ/, една НЕЛК, където работят около 350 висококвалифицирани специалисти с над десетгодишен трудов стаж по специалността /с една или две специалности/. В същото време Комисиите са претоварени и в момента поради това, че подаването на документи става по желание на пациента, а не след преценка на лекуващите лекари. Ако се извърши промяната, за която има проект, цялата система ще се претовари допълнително и лицата, подали документи за освидетелстване/преосвидетелстване ще трябва да чакат за Решение на комисииите от година - година и половина.</p> <p>Допълнителна информация за кои отправни точки изразяваме нашето несъгласие ще бъде предоставена на Здравната комисия към Народното събрание.</p>		
28.	<p>вх. № 08-00-817/ 05.12.2022 г. Община Варна</p>	<p>Във връзка с провеждане на обществена консултация по проекта на постановление на Министерски съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, Ви информирам следното: С Решение №972-3(26)17.05.2022 г. на Общински съвет-варна са приети изменения и допълнения в действащата Наредба за организация на движението на територията на Община Варна. Съгласно Приложение 1 към гореспоменатото решение се създава режим на преференциално паркиране на ППС, превозващи хора с</p>	Не се приема	<p>Направеното предложение не попада в обхвата на действие на Наредбата за медицинската експертиза. Реквизитите и изискванията към попълването на експертните решения са подчинени на целта на осъществяваната медицинска експертиза, а не на отделни конкретни приложения на експертните решения пред други органи.</p>

	<p>трайни увреждания върху специално определено и сигнализирано за тази цел място, до сградата по НЕСТОЯЩ и постоянен адрес на правоимащите (административна услуга №9187).</p> <p>Със заповед на Кмета на Община Варна комисия, част от която са представители на дирекция „Здравеопазване“ извършва проверка на експертните решения от ТЕЛК/НЕЛК в подаваните заявления на критериите за предоставяне на правото. Те са следните: правоимащи са лица, които вследствие на увреждане не могат да се придвижват без използване на инвалидна количка, ортопедични апарати, не са в състояние да заемат изправено положение на тялото без използването на посочените медицински изделия и имат трайно оформен функционален дефицит на стоежа, придвижването или издръжливостта.</p> <p>От разгледаните до момента документи, комисията установи непълноти при описанието за липса или наличие на трайно оформен двигателен дефицит на стоежа, придвижването и издръжливостта на заявителя, най-често в частта Обективно състояние на експертното решение.</p> <p>Това създава затруднения при определяне правото на персонално място на инвалидите, което се извършва на основание разглеждане на медицинска документация.</p> <p>С цел да се обективизира становището на комисията и да се помогне на тези хора с трайни увреждания, които са действително с тежки двигателни дефицити и се нуждаят от персоналното място за по-лесен достъп до медицинска помощ и социална интеграция, моля за Вашето съдействие за включване на допълнителен текст в Наредбата за медицинската експертиза, който да съдържа указания при издаването на експертните решения, като в частта „Обективно състояние“ или „Обективен статус“ да се описва наличието или не на</p>		<p>Методични указания относно оформянето на експертните решения от ТЕЛК, при необходимост, дава НЕЛК и те не се регламентират в нормативен акт.</p>
--	--	--	---

		трайно оформен функционален дефицит на стоежа, придвижването или издържливоспа при съответния пациент.		
29	вх. № 94-5220/ 06.12.2022 г. Ради Тодоров	<p>Предложение за допълнение на „Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза“.</p> <p>Действащата НМЕ се нуждае от много точни и ясни индикации за определяне % на ТНР, както и уточняване конкретния период (1, 2, 3 год, пожизнено), за който се дава, за да се избегнат различните тълкувания от страна на членовете на ТЕЛК комисиите, а по този начин и да се избегне или намали натиска върху пациентите, както и корупцията. Необходимо е да има прозрачност и ясно регламентирани, документално описани правила, не само за ТЕЛК комисиите, а И ЗА ПАЦИЕНТИТЕ, ЗА ДА МОГАТ ДА ПОЛЗВАТ ПРАВОТО НА СПРАВЕДЛИВО ОЦЕНЯВАНЕ!</p> <p>Затова е необходимо да се направят следните промени:</p> <p>Всички Онкологични заболявания след 5 година с пожизнен срок- 85%</p> <p>1. При поява на ново онкологично заболяване, независимо дали е рецидив, мета или съвсем отделно, без значение от периода – 91% пожизнено</p> <p>2. Прибавяне 20 % от сбора на придружаващите заболявания, независимо от % им, към основното заболяване, за срок 3 години</p> <p>3. ИЛИ ПРИБАВЯНЕ НА 20 % от сбора на придружаващите заболявания, независимо от % им,</p>	Не се приема	<p>По отношение на предложените промени на проценти и срок на инвалидност липсват конкретни медицински мотиви. Останалата част от направеното предложение е неотнормисима към проекта на нормативния акт.</p> <p>Съгласни сме с необходимостта от унифициран подход на териториалните експертни лекарски комисии при извършване на оценките и определяне на процентите, датите на инвалидизиране и сроковете на инвалидност. Това обаче е организационен процес, който не подлежи на нормативна регулация, а по-скоро на методично ръководство и активен контрол върху работата на комисиите, така че да не се получават съществени отклонения при експертизите в различни точки на страната при равни други условия.</p>

	<p>към основното заболяване с пожизнен срок</p> <p>4. Включване на заболяване Фибромиалгия с - 50% за срок 3 години</p> <p>5. Към НМЕ да има точно и ясно написано в писмен вид/ документ/ поаснение как се изчислява годината при определяне % съгл отправните точки Тоно и ясно да бъде конкретизирано годината, а не дата от операцията</p> <p>1.2. гастректомия: 1.2.1. за първите две години - 95%; 1.2.2. за третата година след операцията - 85%; 1.2.3. за четвъртата година след операцията - 80%;</p> <p>Казус : дата на операция 01,10. 2019г освидетелстване на 01.10.2020 г до 01.10.22г- 2 г- 95% преовидетелстване на 22.10.2022г до 01.10.2023г- 1г- 80% ???- ТОВА Е ЧЕТВЪРТА ГОДИНА</p> <p>Обяснение от ТЕЛЖ, ЧЕ ДАТАТА 22.10.2022 Е СЛЕД ДАТАТА НА ОПЕРАЦИЯТА.(01.10.2019) И Е ИЗТЕКЪЛ 3 ГОД ПЕРИОД. ЗАБЕЛЕЖЕТЕ, ЧЕ 28.10.2022Г Е ДАДЕНА ОТ ТЕЛЖ, А НЕ Е ПО ЖЕЛЕНИЕ НА ПАЦИЕНТА. ТОВА Е МАСОВА ПРАКТИКА И ВЪВЕЖДА В ЗАБЛУДА ПАЦИЕНТА И ГО ОЩЕТЯВА С ЕДНА ЦЯЛА ГОДИНА. ЗАТОВА Е НЕОБХОДИМО В ПИСМЕН ВИД ДА СЕ ДОКУМЕНТИРА, ЧЕ НЕ СЕ ВЗЕМА В ПРЕДВИД ДАТАТА НА ОПЕРАЦИЯТА, А ГОДИНАТА.</p> <p>6.Промяна на проценти при</p> <p>Ø2. Синдром на Райтер и реактивни артрити: 2.1.</p>		
--	--	--	--

	<p>полиартикуларно засягане на големи, средни и малки стави на крайниците, без тендосиновит – 40 % за срок 3 години</p> <p>Ø Генерализирана остеопороза без реализирани или с реализирани спонтанни фрактури при (Т-скор над – 2,5), установен чрез остеодензитометрия на гръбначен стълб или шийка на бедрена кост – 50 %</p> <p>Ø Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и състояния, водещи до хронично персистиращи радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит: - лекостепенни с остатъчен сетивен синдром без двигателен дефицит – 30 %</p> <p>7. При подаване на документи за освидетелстване или преосвидетелстване в РКМЕ ТЕЛК, да се дава документ на пациента или подателя в който са описани подробно приложените документи с оглед на това, че могат да бъдат изгубени, а и като доказателство, че са подадени и трябва да се вземат в предвид, особено, когато периода от подаването до явяването е голям.</p> <p>8. Да бъдат написани конкретни срокове в които ТЕЛК да определи дати за явяване на пациенти, независимо дали става въпрос за освидетелстване или преосвидетелстване</p> <p>9. Право на пациента да откаже да подпише ТЕЛК решение, с което не е съгласен в момента на получаване и това да води след себе си последствия за Телк</p>		
--	--	--	--

		<p>комисията, която в писмен вид да даде своите мотиви или обяснения.</p> <p>ЗА ДА СЕ ИЗБЕГНАТ ДУМИ ОТ СОРТА „АМИ ТЕ НЕ СА ВАЖНИ, НЕ НОСЯТ % И ЗАТОВА НЕ СМЕ ГИ ПИСАЛИ“ ИЛИ „ АМИ НИЕ ТАКА ГИ СМЯТАМЕ“</p> <p>10. Задължително да се описват ПОДРОБНО всички приложени документи, т.е <u>Съгласно Епикриза диагноза или заболяване.....</u></p> <p>11. Промяна на условията за ползване на правото за закупуване на карта за градския транспорт на преференциална цена, т.е <u>Да не се прекъсва това право на закупуване на карта за градски транспорт, докато трае процедурата за преосвидетелстване или освидетелстване, или да се чака пенсията отпусната от НОИ, както е досега, ЗАЩОТО ВСИЧКО ТОВА ОТНЕМА МЕСЕЦИИИ.</u></p>		
30	<p>вх. № 94-5211/06.12.2022 г. Маргарита Петрова</p>	<p>Предлагам промени по Общественото обсъждане на МЕ в ТЕЛК и НЕЛК. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Моля хората с улцерозен колит, да бъдат пенсионирани пожизнено. Тази болест е нелечима.</p>	Не се приема	Предложението не е обосновано. Личните съображения, представени в конкретния казус, не могат да бъдат обективен критерий за приемане на нормативна промяна.
31	<p>вх. № 94-5104/25.11.2022 г.</p>	<p>Искам да насоча Вашето внимание към някои неща, относно Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза.</p>		

	<p>1. За пациентите с диагноза лупус - за да преценирате дали да включите диагнозата към списъка за пожизнени ТЕЛК решения. Или поне за тези, които остават на непрекъснато лечение.</p> <p>Системният лупус еритематозус е доживотно, хронично състояние, въпреки наличието на периоди, в които болестта е с много ниска активност.</p> <p>Заради имуносупресията, имунната система остава подтисната.</p> <p>И как се описва това, че тази болест човърка навсякъде, дори и с ниска активност - прави те отпаднал, с безсъние, с ограничени функции и движения... И нищо не е като преди.</p> <p>Окончателно излекуване от системен лупус не съществува. Диагнозата "SLE" е доживотна и лечението продължава дълго във времето. Медикаментите помагат за контрол на признаците и симптомите на SLE и да се предотвратят усложнения на болестта, включително трайни увреждания на органи и тъкани.</p> <p>2. Реакция към изключително голямото забавяне за издаване на ново ТЕЛК решение и получаване на пенсия.</p> <p>-Нека бъде създадена такава организация между ТЕЛК комисии, картотека, пациент и комисия в НОИ, че да няма прекъсване на решението и никакво забавяне на инвалидните пенсии.</p> <p>-Тези доходи са важни и необходими за хората и е недопустимо да са лишени от тях за пет, шест месеца и дори повече.</p>	<p>1. Приема се</p> <p>2. Приема се по принцип</p>	<p>1. Системният еритематоден лупус е автоимунно заболяване, което засяга основно съединителната тъкан. Като такава, функционалният дефицит при него се оценява съгласно т. 5 от Раздел XXIII - Заболявания на опорно-двигателния апарат към Част Девета - Вътрешни болести. Определени са 4 възможни състояния в зависимост от формата, протичането, засягането на отделните системи и функционалният дефицит. Предложението за определяне на пожизнен срок се приема за най-тежките форми по т. 5.4, които не се поддават на лечение.</p> <p>2. Въпросът, касаещ сроковете на произнасяне на ТЕЛК/НЕЛК е уреден в друг нормативен акт – Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи. По тази причина той изисква самостоятелно разглеждане, което предстои.</p>
--	--	--	--

		<p>3. Ако може да обърнете внимание и на наредбата за явяване пред ТОЛЕК за медицинско свидетелство за кат. В.</p> <p>- Защо хора с лупус, които нямат органна недостатъчност, в ремисия са - са задължени да се явяват на тази комисия?</p> <p>-Защо ТОЛЕК не издава решение и за 10г., ако състоянието предполага това, а максималния срок е 5г? Надявам се да прецезирате всеки един въпрос, мнение, съвет. Защото хората в неравностойно положение имат нужда от достоен и спокоен живот.</p>	<p>3. Въпросът е неотносим към нормативната промяна</p>	<p>3. Настоящата нормативна промяна няма отношение към медицинската експертиза, осъществявана от ТОЛЕК. Поставеният въпрос изисква самостоятелно разглеждане.</p>
32.	<p>вх. № 35-ОМ-81/ 08.12.2022 г. Проф. д-р Диана Ковачева</p>	<p>Във връзка с публикувания за обществени консултации на 11.11.2022 г. Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, като национален омбудсман, бих искала да изразя следното становище:</p> <p>С приетите през 2018 г. промени в Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ), много хора с увреждания бяха лишени от социалната подкрепа, от която се нуждаят. Основно ощетени бяха гражданите от приетата тогава нова методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/вида и степента на увреждане (ТНР/ВСУ) в проценти - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ, според която, когато са налице няколко увреждания, 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, а останалите проценти за съпътстващите увреждания не се вземат предвид при оценката.</p> <p>В резултат на направената оценка на въздействието на промените от 2018 г., многобройните становища,</p>		

	<p>внесени от омбудсмана, както и предложенията на национално представителните организации на хората с увреждания, през 2019 г. беше прието Постановление № 139/6.06.2019 за изменение и допълнение на НМЕ, според което се взимат предвид и съпътстващите увреждания, но само при лица, които имат две и повече увреждания, за всяко от които в отправните точки за оценка са посочени 50% и над 50%.</p> <p>На 12.07.2021 г. след препоръка на обществения защитник към служебния министър на здравеопазването, Министерският съвет прие Постановление № 225 за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, в сила от 16.07.2021 г., с което в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 - отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти, бяха увеличени процентите за редица заболявания/увреждания и посочен пожизнен срок за част от тях, както и регламентиран ред за неговото определяне и при съпътстващи обратими увреждания. За съжаление, методиката за оценка отново не беше променена.</p> <p>За този период жалбите и сигналите на гражданите до омбудсмана, имащи отношение към определения им процент трайно намалената работоспособност/вида и степента на увреждане, остана трайно висок. С разбиране към необходимостта от намиране на справедливо решение, с което да се гарантират правата на хората с увреждания при медицинската им експертиза, бяха отправени препоръки към органите на изпълнителната власт. Проблемите бяха включени в годишните доклади за дейността на омбудсмана, внасяни ежегодно в законодателния орган - Народното събрание, като са отправени препоръки за тяхното решаване.</p>		
--	--	--	--

	<p>През настоящата година отново се обърнах с препоръки към министрите на здравеопазването, както и със становище, адресирано до Комисията по здравеопазването и Комисията по труда, социалната и демографската политика в Народното събрание, в които поставих проблемите и настоях за справедливо оценяване на хората с увреждания.</p> <p>Настоящият проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза до голяма степен съответства на отправените от омбудсмана препоръки и очакванията на хората с увреждания и безспорно е положителна стъпка за гарантиране на правата на гражданите при медицинската им експертиза, резултат и от конструктивния диалог на Министерство на здравеопазването с организациите на хора с увреждания.</p> <p>Като обществен защитник очаквам промените в Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ - Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти, която е близка до прилаганата до 2018 г. и доказала се в практиката методика, да гарантират справедливо оценяване на хората с увреждания, като не се допуска хора с действителни заболявания и увреждания да бъдат лишавани от социални права.</p> <p>Изразявам подкрепа относно предложената промяна, имаща отношение към регламентирането на възможност и ред за издаване на болничен лист за гледане на здраво дете до 12-годишна възраст, върнато от детско заведение или училище поради карантина на заведението или на училището (както и на отделна група или клас в него) или поради карантина на детето, като намирам, че тя е съобразена със законовите</p>		
--	---	--	--

	<p>промени, приети от 47-ото Народно събрание и е в съответствие с отправената в Годишния доклад за дейността на омбудсмана през 2021 г. препоръка.</p> <p>Дефинирането на случаите, при които е възможно определянето на потребност от чужда помощ и при степен на увреждане под 90 %, както за деца, така и за лица с психични заболявания, независимо от възрастта им, също е в отговор на необходимостта от гарантиране на правата на тези уязвими групи и техните семейства и близки. Нуждата от такава промяна се потвърждава и от постъпилите в институцията на омбудсмана жалби и сигнали от родители и семейства на хора с психични заболявания, които не са в състояние да се обслужват самостоятелно при задоволяване на ежедневните си потребности. Добре е да се обмисли възможност за въвеждане на общ механизъм за преценка на правото на чужда помощ и на останалите групи нуждаещи се от такъв вид подкрепа граждани, на които обаче, съгласно критериите по Приложение № 1 и № 2 са им определени под 90% вид и степен на увреждане.</p> <p>Промените в отправните точки за оценка ТНР/ВСУ в проценти, съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ, в това число повишаване на някои неоправдано ниски и несъответстващи на тежестта на уврежданията проценти, уточняване на медицинската терминология и класификация, както и регламентиране определянето на пожизнен срок и/или чужда помощ, в голяма степен отговарят на предложенията на организациите на хората с увреждания и становищата на медицинските специалисти, като се очаква с тях да се преодолее нееднозначното прилагане и тълкуване на отправните точки от териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) на територията на страната, а често и допускани грешки при оценяването, вследствие на наличните досега непълноти по</p>		
--	---	--	--

	<p>отношение на критериите за определянето на пожизнен срок и/или на чужда помощ при някои състояния/увреждания.</p> <p>1. В тази връзка бих искала да посоча необходимостта, за децата и хората с аутизъм да бъде регламентирано задължителното определяне на пожизнен срок.</p> <p>Като национален омбудсман подкрепям предложенията и очаквам да бъдат предприети стъпки за своевременното им приемане, като същевременно бъдат задълбочено разгледани и съобразени постъпилите в хода на обществените консултации становища и предложения.</p> <p>2. Очаквам също и категорично настоявам, както това беше прието при предходните изменения и допълнения на НМЕ, в съответствие с препоръките на омбудсмана, в Преходни и Заключителни разпоредби да бъде регламентирана възможност, лицата, освидетелствани или преосвидетелствани от ТЕЛК в периода до влизането в сила на постановлението и за които с него са определени по-благоприятни условия за оценка на увреждането, да имат право да подадат заявление-декларация за преосвидетелстване извън случаите по чл. 56, ал. 1 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (ДВ, бр. 34 от 2010 г.). Смятам, че е уместно да не се</p>	<p>1. Приема се по принцип</p> <p>2. Приема се</p>	<p>1. Както при генерализираните разстройства в развитието на лица до 16 години (към които се оценява аутизмът в детска възраст), така и при аутистичното разстройство при лица, навършили 16 години, при по-тежките форми, в настоящия проект на нормативна промяна е предложено допълнението за пожизнен срок на инвалидност, както и чужда помощ.</p> <p>2. В проекта е предвидена възможност лицата, освидетелствани или преосвидетелствани в периода до влизането в сила на това постановление и за които с него са определени по-благоприятни условия за оценка на увреждането, да имат право да подадат заявление-декларация за преосвидетелстване извън случаите по чл. 56, ал. 1 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника). Не се поставя срок за това преосвидетелстване, за да няма ограничение пред хората с увреждания, предвид очаквания голям интерес, както и за да не се</p>
--	---	--	--

		<p>посочва срок, предвид и на голямата натовареност в момента на ТЕЛК в страната.</p> <p>3. Бих искала да посоча също необходимостта да бъдат разгледани и останалите проблеми при медицинската експертиза на гражданите, в това число същественото ѝ забавяне и относно организацията на работа на комисиите, като очаквам в кратък срок да бъдат обсъдени и предложени мерки за тяхното решаване, с оглед гарантиране на правата на хората с увреждания.</p> <p>Не на последно място, като обществен защитник бих искала да посоча необходимостта от продължаване на конструктивния диалог на органите на изпълнителната власт с организациите на хора с увреждания и гражданите, като важна предпоставка за преодоляване на проблемите при медицинската експертиза и намирането на добри и справедливи решения.</p>	<p>3. Приема се по принцип</p>	<p>създава прекомерно натоварване на ТЕЛК и НЕЛК в кратки периоди от време, което ще забави допълнително тяхната работа.</p> <p>3. Въпросът, касаещ сроковете на произнасяне на органите на медицинската експертиза касае Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи. В тази връзка той ще бъде разгледан самостоятелно, в отделен проект на нормативна промяна.</p>
33	<p>вх. № 94-5241/08.12.2022 г. Георги Станчев</p>	<p>След като се запознах с внесените проектни предложения по отношение на горесцитирания проект на Наредбата за медицинската експертиза, искам да направя следните уточнения, които са предмет не само на цитираната наредба, а и касаят много граждани, които xxxxxxxxxxxxxx имат намалено зрение по рождение.</p> <p>В конкретния случай се касае за недоносените хора с увреждания, които xxxxxxxx са получили увреждане в очите, очната орбита, леща и зрителния нерв на очите или ретината.</p> <p>xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>С внасянето на проекта ми направи впечатление, че за хората с нарушено зрение, няма пожизнени експертни</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Съгласно чл. 63, ал. 1 установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1. Когато установеното увреждане не е посочено като отправна точка в Приложението, но обуславя значителен функционален дефицит, за критерий се взема най-близката по съдържание точка, като в експертното решение се вписва „във връзка с т...“ и се прави подробна обосновка.</p>

		<p>решения, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx. В предходните наредби на Медицинската експертиза се даваха дори проценти за смутена адаптация xxxxxxxxxxxxxxxx.</p> <p>С тази молба се обръщам към вас да помислите за пожизнените телк решения на хората със зрителни увреждания, xxxxxxxxxxxxxxxx.</p>		<p>Въпросът за пожизнения срок е решен детайлно в чл. 69, ал. 4, съгласно който при дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността. Именно този текст дава възможност да се оцени индивидуално всеки конкретен случай и да се определи пожизнен срок на инвалидност, независимо, че такъв не е определен изрично към съответната отправна точка, която съответства на увреждането или към която се приравнява конкретното увреждане, когато за него няма посочена отправна точка.</p>
34.	<p>вх. № 94-5224/07.12.2022 г. Моника Маринова</p>	<p>Искам да отправя предложение за включване на варикозни вени в малък таз и корем. Това , което е включено в сега действащата наредба е само за долни и горни крайници. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Съгласно чл. 63, ал. 1 установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1. Когато установеното увреждане не е посочено като отправна точка в Приложението, но обуславя значителен функционален дефицит, за критерий се взема най-близката по съдържание точка, като в експертното решение се вписва „във връзка с т...“ и се прави подробна обосновка.</p> <p>При несъгласие с постановеното експертно решение, е предвидена възможност за неговото обжалване пред по-висшестоящ орган, така че обосновката на органа, постановил обжалваното експертното решение да бъдат оценени и евентуално прецизирани.</p>

35	<p>вх. № 63-00-269/ 09.12.2022 г. Сдружение за развитие на българското здравеопазване</p>	<p>Предлагаме да бъде категорично изменено и допълнена важна промяна свързана с категоризация и определяне на висок процент / пожизнен за метастази, в следствие на онкологично заболяване.</p> <p>Причина: В сега-действащата Наредба за Медицинската експертиза: определени са 50% пожизнени за карцином на щитовидна жлеза, независимо дали са близки или далечни метастази с и до 5 години. Оценката за трайно намалена работоспособност игнорира изцяло болестта и нуждата от адекватен контрол и ежедневен прием на лекарства, минимум едногодишен контрол и цялостно сканиране на тялото, сцинтиграфия, ПЕТ/СТ, без значение дали става въпрос за метастази, рецидиви, иноперабилни, връщането на заболяването е факт, който обикновено е потвърден от медицински специалисти, образна диагностика, биопсия и т.н.</p> <p>Резултат: Това е крайно недопустимо, тъй като става дума за крайно несправедливо определяне на трайно намалена работоспособност, при следните обстоятелства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вече няма щитовидна жлеза и се приемат хормон-заместващи препарати до края на живота, т.е. животоподдържащи хормонални препарати, допълнителен прием на други лекарства и поддържане на нормален режим на тялото и метаболизма. 2. При това заболяване придружаващите заболявания обикновено са: сърдечна аритмия, хипертония, диабет 1 и 2 тип, остеохондроза, остеопороза, тежък микседем и хормонален дисбаланс, а в сегашната ситуация - игнорирани и неотбелязани. 3. Изследванията са минимум ежегодни и не се заплащат от НЗОК. Касата покрива само 2 изследвания - TSH и T4, които не дават ясна картина за промяна в дозата на хормоналните лекарства, не са достатъчни и 	<p>Не се приема</p>	<p>Медицинската експертиза се извършва въз основа на определени диагнози, етапи на развитие на заболяването, степени на увреждане на органите и системите, водещи до траен функционален дефицит.</p> <p>Съгласно чл. 61, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ), експертизата на трайно намалената работоспособност включва определяне на степента на трайно намалената работоспособност в проценти спрямо здравия човек.</p> <p>Също така, съгласно чл. 62 от НМЕ видът и степента на увреждането/степента на трайно намалената работоспособност се определят въз основа на представената медицинска документация, обективизираща степента на увреждане и функционален дефицит на заболелия орган и/или система, и при необходимост - въз основа на подробна клиничко-експертна анамнеза, задълбочен клиничен преглед и насочени лабораторни и функционални изследвания, които са различни в различните етапи на заболяванията на човека. Това определя и различни проценти ТНР/ВСУ във времето.</p> <p>Определените години преживяемост при онкологичните заболявания винаги са били критерии за преодоляването на самото заболяване и той е заложен при всички онкологични заболявания, не само при карцином на щитовидната жлеза.</p> <p>Извън проекта на нормативния акт и извън компетентностите на органите на медицинската експертиза са дейностите по</p>
----	---	---	---------------------	---

	<p>за последваща терапия, а туморните маркери въобще не се покриват от нито един пакет на НЗОК!</p> <p>4. Реалното страдание и нуждата от административна подкрепа за болния е наложителна, задължителна и с цел облекчаваща, дори и да няма рецидив, което е рядко срещано обстоятелство при болни с подобна диагноза.</p> <p>5. Обичайно рецидивите при подобна диагноза са в лимфни възли, бял дроб и кости. И няма никакво значение дали са далечни или близки метастазите, нито кога и в какъв период са се появили, още повече, когато говорим за онкологично и дегенериращо заболяване!</p> <p>6. Крайно недопустимо е онкоболни пациенти да бъдат категоризирани като леки или тежки, при положение, че е необходимо наблюдение от специалисти, прием на лекарства (животоподдържащи и скъпоструващи), ПЕТ и СТ изследвания, кръвни изследвания и множество консултации свързани с придружаващи заболявания и следствие от терапиите и лечението.</p> <p>Мотиви: Към днешна дата определянето на ТНР свързана с онкологично и трайно дегенеративно състояние, определено и по световна методика за социално-значимо заболяване - няма необходимата и справедлива оценка, а е обявена проформено, ощетяваща и е с крайно унизителен ефект. Болният от рак пациент търси помощ от лекари-специалисти, консултира се с професори и доценти, приема тежки и скъпи лекарства, преминава през множество тежки и болезнени периоди на терапия и възстановяване и лечението му не може и не бива да бъде определяно до или след 5 години преживяемост или каквато и да било формула и неясност и нелогичност! Онкологията не е еднократна манипулация и онкоболния веднъж разболял се от това заболяване, винаги може да рецидивира близко и далечно и след няколко месеца, след година, две, пет и дори след десет.</p>		<p>продължаващото наблюдение, медико-диагностични високоспециализирани изследвания, провеждано лечение и др. дейности, заплащани или не от НЗОК.</p>
--	--	--	--

		<p>Препоръка: Предвид изложеното и абсурдната ситуация в игнорирането на придружаващите усложнения основното заболяване, това няма как да помогне нито на болния, нито на работодателя, нито на лекуващите го, нито на администрацията, ако не се ясни параметрите, индивидуалните нужди на всеки пациент.</p> <p>В сегашната ситуация забавянето на явяването пред комисия дори и да не е по вина на пациента е за сметка именно на пациента - пенсията спира, осигуровките са прекратени, няма как да се поднови картата за пътуване, няма как и да се паркира на място за хора с увреждания, за да се подадат или вземат документи.</p> <p>Намаляването на процентите за ТНР при онкоболни български граждани също е проблем, предвид намаляването на средствата, с които се закупуват лекарства и заплащат изследвания, предвид това, че не се покриват от НЗОК. Също така намалените средства на годишна база са на стойност около 1 средна работна заплата, въпреки че говорим за тежко болен български гражданин, който системата на определяне на ТНР го третира като леко и преживяемо с лекота заболяване, което само по себе си е абсурд.</p> <p>Предвид факта, че терапиите с радиоактивен йод са ограничени за болните с тиреоиден карцином (независимо от формата и метастатичния процес), болните не могат да приемат радиофармацевтици повече от три терапии общо. Наблюдението от страна на тесни специалисти в областта не могат да предложат и чести операции, предвид пълната анестезия. Наблюдението и диагностиката изискват и супресия (спиране на животоподдържащите лекарства), за да бъде ясно реалното състояние на болния. При поява на метастази (често в лимфни възли) се предприемат други терапии, които при сегашното определение на</p>		
--	--	---	--	--

		<p>ТНР не съществуват и игнорират ужаса, през който преминават и болния и близките му.</p> <p>Ниското качество на информираност ражда небивали решения! Предвид това, че има шанс да се научат - дава надежда грешките да бъдат поправени и щетите да бъдат по-малки.</p> <p>Защото няма никакво значение кога се появява рецидив, ако вече си болен от рак!</p>		
36.	<p>вх. № 92-Ф-160/ 12.12.2022 г.; вх. № 92-Ф-161/ 12.12.2022 г.; вх. № 92-Ф-163/ 12.12.2022 г.; и 10 декември 2022 г. – Портал за обществени консултации</p> <p>Фондация „За нашето бъдеще“</p>	<p>Наличието на непълноти и несъвършенства, касаещи диагнозата увреждания на брахиалния плексус, придобити по време на раждане (родова травма на раменния сплит) водят до двусмислие и различна практика на ТЕЛК/НЕЛК при оценяването на трайно намалената работоспособност, вида и степента на увреждане в проценти, непълнота по отношение на времеви периоди, които касаят оценяването, произнасянето на органите на медицинската експертиза относно потребността от чужда помощ.</p>	Не се приема	<p>Медицинската експертиза се извършва въз основа на определени диагнози, етапи на развитие на заболяването, степени на увреждане на органите и системите, водещи до траен функционален дефицит.</p> <p>Също така, съгласно чл. 62 видът и степента на увреждането/степента на трайно намалената работоспособност се определят въз основа на представената медицинска документация, обективизираща степента на увреждане и функционален дефицит на заболяващия орган и/или система, и при необходимост - въз основа на подробна клиничко-експертна анамнеза, задълбочен клиничен преглед и насочени лабораторни и функционални изследвания, които са различни в различните етапи на заболяванията на човека.</p> <p>Потребността от чужда помощ при децата се определя съгласно чл. 68, ал. 3 и ал. 4, като определянето на чужда помощ при децата се обуславя от вида и степента на заболяването, а не от възрастта им.</p>
		<p>Предлагаме да бъдат изменени или допълнени съответните текстове от Наредбата за медицинската</p>		

	<p>експертиза в сила от 2021 г. ЧАСТ ПЪРВА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНОДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ Раздел VIII Увреждания на горните крайници и ЧАСТ СЕДМА НЕРВНИ БОЛЕСТИ. 11. Увреждания на периферните нерви за разрешаването на проблемите в следните насоки:</p> <p>1. Да се добавят текстове и да се обособи отделен раздел за диагнозата увреждания на брахиалния плексус, придобити по време на раждане (родова травма на раменния сплит) и да се въведе детайлна методология за оценяване на състоянието на лицата с тази диагноза по примера на скалите за оценяване на функцията на горните крайници, които съществуват в добрите европейски и световни практики. Понастоящем са налице терминологични несъответствия с общоприети международни стандарти и класификации. Една и съща диагноза се регистрира с код R14 Родова травма на периферната нервна система или G54 Увреждания на нервни коренчета и плексуси. Мотивите за предложената промяна са свързани с обстоятелството, че уврежданията на брахиалния плексус, получени по време на раждане изискват многоетапно лечение при бебета/деца, което продължава дълги години и се различава от уврежданията на нервните коренчета и плексуси, получени в резултат на инциденти при възрастни. Прецизното оценяване на състоянието на лицата изисква добро познаване на специфичните особености на диагнозата, както и на вторичните проблеми, произтичащи от нея. По тази причина предлагаме текстовете да бъдат консултирани със специалисти по хирургия и по терапия в областта на лечението на горен крайник. С предложените изменения в Наредбата за медицинска експертиза се цели осигуряване на по-прецизно оценяване на</p>	<p>1. Не се приема</p>	<p>1. Когато установеното увреждане не е посочено като отправна точка в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза, но обуславя значителен функционален дефицит, за критерий се взема най-близката по съдържание точка, като в експертното решение се вписва „във връзка с т...“ и се прави подробна обосновка. Оценката на увреждания на брахиалния плексус, придобити по време на раждане, се извършва по Част Седма от Приложение № 1 съответно степента на функционалния дефицит при горна вяла монопареза по съответните отправни точки, както следва:</p> <p>2.6. монопареза:</p> <p>2.6.1. латентна - 20 %;</p> <p>2.6.2. лека степен - 40 %;</p> <p>2.6.3. средна степен - 60 %;</p> <p>2.6.4. тежка степен - 80 %.</p> <p>При най-тежката форма - горна вяла моноплегия се оценява по т. 2.5. моноплегия:</p> <p>2.5.1. горна - 80 %.</p> <p>В случай, че има и прибавено увреждане на опорно-двигателния апарат, експертизата се извършва и по Част Първа- Заболявания на опорно-двигателния апарат.</p>
--	---	------------------------	--

	<p>диагнозата, имайки предвид спецификата на всеки отделен случай.</p> <p>2. Да се направят необходимите промени в текстовете при произнасянето на органите на медицинската експертиза относно необходимостта от чужда помощ за диагнозата увреждания на брахиалния плексус и при децата винаги да се определи чужда помощ. Мотивите за тази промяна са свързани с това, че децата с тази диагноза не са в състояние да се обслужват самостоятелно при задоволяване на ежедневните си потребности, в зависимост от степента на увреждане се налагат чести консултативни, терапевтични и рехабилитационни дейности, които са свързани със затруднения при посещение на детска ясла, детска градина, училище, и са налице редица сензорни нарушения.</p> <p>3. Минималният процент при поставена диагноза родова травма на периферната нервна система да бъде 50% и да не се поставя горна граница при определяне на процента инвалидност. Това се обуславя от факта, че увреждането на нервите се получава по време на раждане, за разлика от травматичните увреждания,</p>	<p>2. Въпросът е решен принципно</p> <p>3. Не се приема</p>	<p>За разлика от МКБ10, в която има вписани над 10 000 заболявания, подходът при медицинската експертиза е определянето на функционалния дефицит, вследствие на увреждане на органи и системи, като конкретно в случая експертизата се извършва по отношение на степента на увреждане на плексуси, независимо от причината за увредата, като в цитираните отправни точки се включва и родовата увреда. Резултатът от увреждането е степента на функционалния дефицит на заболялия орган или система.</p> <p>2. Потребността от чужда помощ при децата се определя съгласно чл. 68, ал. 3 и ал. 4 от Наредбата за медицинската експертиза, като чужда помощ при децата може да се определи и при степен на увреждане под 90 процента, в зависимост от вида и степента на тежест заболяването, а не от възрастта им.</p> <p>3. При поставянето на диагнозата „Родова травма на периферната нервна система“, определянето на степента на увреда и съответния функционален дефицит (ФД) се прилагат клинични прегледи, снемането на подробни неврологични и ортопедични</p>
--	--	---	---

	<p>получени при възрастни лица, които са със завършено развитие на органите и системите в човешкия организъм. Бебетата/децата, родени с този вид увреждане, се нуждаят от специфично и продължително лечение (физиотерапия, рехабилитация, хирургични интервенции, носене на ортези, сплентове и шини, приложения на ботокс и др.), както и правилен модел на поведение от страна грижещите се за тях лица, екипна работа на медицински специалисти в различни направления (хирург на горен крайник, невролог, ортопед, физиотерапевт, рехабилитатор, кинезитерапевт, ерготерапевт и др.) за постигане на функциите на ръката и за преодоляване на последствията. Всичко това води до продължително страдание на детето. Също така проведеното лечение невинаги гарантира пълно отстраняване на вторичните проблеми, които възникват като резултат от увреждането на нервите - деформациите в ръката и структурата на тялото, сензорните нарушения. Тези проблеми са по-изразени при умерена и тежка степен на увреждане, но понякога се наблюдават дори при лека степен. Горезброените фактори, според тежестта на състоянието, имат значими последствия за общото здравословно състояние, функционалността на организма и психическото състояние на лицата, получили увреждания на брахиалния плексус по време на раждане. Липсата на необходимата детайлност води до несъответстващо ниски проценти. С повишаването на минималния процент инвалидност за диагнозата ще се създаде ясна и непротиворечива правна уредба при определянето на процентите на инвалидност, предвид реалните дефицити на лицата с тази диагноза, които ги ограничават при възможността им за справяне с дейностите в ежедневието, и продължаващото лечение</p>		<p>статуси, извършването на насочени изследвания, вкл. и ЕМГ (електромиографски), които обективизират нарушената нервна проводимост на засегнатите нерви на брахиалния плексус в частта двигателна, сетивна и др. функции. Изброените по-горе комплексни изследвания на съответните специалисти за определянето на тежестта на ФД и съответно - степените на увреда на родова травма на брахиалния плексус, а оттам - и определените в медицинската наука и практика степени, които са заложили и под формата на цитираните по-горе отправни точки по Част Седма. От медицинска гледна точка и от гледна точка в разликите на ФД не може да бъде поставен знак на равенство между латентната форма, леката, средната и тежката форма и всичките да се приравнят на 50 % вид и степен на увреждане. Самите степени на увреждане, които имат своето изражение в отправните точки 2.5 - 2.6, са и определящи за по-нататъшния план за възстановяване, рехабилитация, физиотерапия, балнеолечение и други лечебно-възстановителни дейности и мероприятия, целящи подобряването на функциите на децата с увреждания.</p>
--	---	--	---

	<p>дори и след като са постигнати основните функционалности на ръката.</p> <p>4. Да се заличи „доминантен крайник“ в забележките в горепосочените раздели на Наредбата за медицинската експертиза, които гласят, че „При оценка на намалената работоспособност по повод увреждане на доминантния горен крайник оценката се завишава с 10%.“ и крайната оценка да се завиши при оценката и на двата горни крайника. Мотивите за това предложение са: Уврежданията на брахиалния плексус биват родови травми (придобити по време на раждане) или травматични (в резултат на инциденти). Бебетата/децата, родени с увреждания на брахиалния плексус, се раждат с парализиран горен крайник (най-често само един), а доминантният горен крайник може да се определи при много по-напреднал етап от развитието на човешкото тяло. От друга страна логично е при този вид увреждания доминантният крайник да се окаже здравата ръка, която лицето може да използва по-лесно в ежедневните си дейности. Тази забележка и липсата на детайлна информация за методика за оценяване на доминантен крайник водят до неточното определяне на „десен горен крайник“ за доминантен при всички случаи на оценяване от ТЕЛК/НЕЛК. Считаме, че това е крайно несправедливо за децата, получили пареза на лява ръка по време на раждане, защото доминантният горен крайник невинаги е дясната ръка. За извършване на ежедневните си дейности, за задоволяване на основните си потребности и за нормален начин на живот хората имат нужда от функционални крайници – ляв и десен. Наличието на подобен текст в Наредбата за медицинска експертиза води до неточно оценяване на състоянието и фактически поставя човек с родова травма на раменния</p>	<p>4. Не се приема</p>	<p>4. Съгласно медицинската наука и практика и по-точно детската неврология, при новородените и малките деца не може да се определи доминантен крайник, тъй като в процеса на израстването на детето израстват и се развиват различните системи, вкл. нервна, костно-ставна и др., както и се формират навиците за писане, извършване на различни физически дейности и др., при които постепенно се оформя ръката, с която се извършват по-голяма част от посочените дейности. Самата забележка № 1 към Част Седма се отнася за лица с увреждания, при които независимо дали травмата е родова или от друго естество, в процеса на израстване и развитие се е оформила ръката „доминантен крайник“, с която се извършват основните ежедневни и битови дейности.</p>
--	--	------------------------	---

	<p>сплит от лява страна в неравностойно и по-неблагоприятно положение, спрямо другите лица с подобен тип увреждане. Изразяваме нашето предложение, че всички лица с увреждания на брахиалния плексус трябва да получат цитираното завишение на оценката с 10%, независимо от това дали увреждането е от дясната или лявата страна. Лаконично формулираната забележка води до нарушаване на принципите за хуманизъм, равенство, справедливост, заложен в Конституцията на Република България и дискриминация. Със заличаването на тази забележка и повишаването на процента инвалидност с 10% при всички лица с увреждания на брахиалния плексус ще се зачитат правата на човека, ще се осигури равнопоставеност и защита срещу дискриминация. Промените в Наредбата за медицинската експертиза ще бъдат съобразени с Конституционно правна и друга вътрешноправна уредба на основните права и свободи на Република България, Конвенцията за правата на детето на ООН и други европейски и международни документи за правата на човека.</p> <p>5. Срокът на инвалидност в експертните решения, издадени от ТЕЛК/ НЕЛК, да бъде винаги поне 3 години, като лицата да имат право на преосвидетелстване поради влошено здравословно състояние. Понастоящем съществуват различни практики и деца с една и съща диагноза получават от 1 до 3 години. Имайки предвид характера на диагнозата, бавния възстановителен период на функционалността на ръката и общото здравословно състояние и дългия лечебен процес, подобно изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза би довело до значителни облекчения на големите административни тежести, произтичащи от задължението за често</p>	<p>5. Не се приема</p>	<p>5. По отношение условията за определяне на срока на инвалидност, те детайлно са посочени в чл. 69 от Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ), като в ал. 4 е дадено определението и за дефинитивни състояния. Органите на медицинската експертиза осъществяват и вторична здравна профилактика, тъй като проследяват състоянието периодично - за определени периоди от време, регламентирани като срокове в чл. 69, ал. 1 от НМЕ. В срока, който се определя, на практика възниква задължението на всички</p>
--	---	------------------------	---

	<p>явяване пред ТЕЛК/НЕЛК за преосвидетелстване поради изтичане на срока на експертното решение, както за лицата с увреждания на брахиалния плексус и техните семейства, така и за ТЕЛК/НЕЛК.</p> <p>С оглед на мотивите, обусловени в нашето предложение и това, че по неофициални данни се раждат около 3 бeбeтa на 1000 живородени с родова травма на раменния сплит, считаме, че проблемите, касаещи оценяването на трайно намалената работоспособност, вида и степента на увреждане, определянето на потребността от чужда помощ и срока на инвалидност при тази диагноза, трябва да намерят разрешение с изменения и допълнения в Наредбата за медицинската експертиза и необходимостта от промени е належаща.</p> <p>Предложените промени в Наредбата за медицинската експертиза, касаещи увреждания на брахиалния плексус, получени по време на раждане ще допринесат за по-справедливото и по-точно оценяване, за осигуряване на адекватна грижа на лицата, страдащи от тази диагноза, с цел компенсиране на трудностите, произтичащи от загубата на основните моторни и двигателни функции на засегнатия горен крайник и ще се улесни значително работата на органите на медицинската експертиза.</p> <p>Очакваме да предприемете решителни действия за планирането и разработването на промените, касаещи родова травма на раменния сплит (увреждания на брахиалния плексус, придобити по време на раждане) и настояваме всички текстове да бъдат консултирани с граждани, страдащи от диагнозата и техните семейства, с организации и неформални групи и със специалисти, познаващи най-добре особеностите на диагнозата и лечението ѝ.</p>		<p>страни в процеса на възстановяване на детето с увреждания активно да провеждат лечебно-възстановителни дейности - физиотерапия, кинезитерапия, мануална терапия, медикаментозно лечение и др., които се потвърждават и със съответните медицински документи и които заедно с контролните прегледи и изследвания, служат за точното и обективно оценяване на промяната в здравословното състояние и намаляване на функционалния дефицит на увредената част на детското тяло.</p>
--	---	--	--

37.	<p>вх. № 92-232/09.12.2022 г. Д-р Георги Червенков ТЕЛК Първи състав МБАЛ Св. Анна - Варна</p>	<p>Във връзка с представения за обществена консултация проект на постановление на МС за изменение и допълнение на НМЕ излагаме следните предложения и становища:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Да отпадне т.1 от част 1 раздел 9 ,като оценката след ендопротезиране е съобразно функционалния дефицит. 2. Част 3 ,раздел 1-слухов анализатор - да отпадне разширеното описание на степените загуба на слух основано на субективно възприятие и да се възстанови целия текст : оценката на функционалния дефицит на слуховия анализатор се прави след изследване на тонална прагова аудиометрия(костна и въздушна проводимост) с оглед кохлеарен резерв и възможност за слухопротезиране с корекция на показателя на полезно действие на слуховата протез с 20 дБ,като се ползва таблицата на Клодил Портман..... 3. Да отпаднат т.4.1 Част 4, Раздел 1 и т.1.2 част 4,раздел 2 –като оценката е съобразно функционалния дефицит. 4. Част 6,раздел 11 – степени на функционалните нарушения ,изменена с постановление 225/12.07.21 – да се редактира внимателно и отстранят грешки и непълноти. 5. В част 7 ,т. 2 – степените функционален дефицит да се определят съобразно обективно изследване на мускулна сила по общоприетия 5/5 стандарт. 6. В част 7 да се възстанови т.3.1 заличена с постановление на МС 225/12.07.21 – патологична симптоматика без двигателен дефицит – 20%. 	Не се приема	Нито едно от направените предложения не е мотивирано. Липсата на аргументи не дава възможност да се оцени тяхната целесъобразност. Някои от предложенията дори не са съвсем ясни, като това по т. 4.
-----	--	---	--------------	--

		<p>7. В приложение №2 към чл.63 ал.3 - методика за прилагане на отправните точки да не се променя или определи за водещо увреждане 50% към който да се прибавят 20% от сбора на процентите на съпътстващите увреждания.</p> <p>8. Да подлежат на освидетелстване от обща ТЕЛК само лица в работоспособна възраст. Лица с придобито право за пенсия да се освидетелстват от социално-лекарски комисия.</p> <p>9. Да се регламентират възрастовите промени като такива, които не са заболявания и да не се оценяват.</p> <p>При изготвяне на предложение за промени в нормативната уредба считам че е редно те да бъдат обсъдени в по-широк кръг включващ членовете на ТЕЛК в страната.</p>		
38.	<p>вх. № 48-00-95/ 09.12.2022 г. Организация на пациентите с ревматологични заболявания в България (ОПРЗБ)</p>	<p>Обръщаме се с предложение по повод публикуван на 11.11.2022 за обществено обсъждане Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, приета с постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г.</p> <p>Предлагаме да бъдат направени следните промени в раздел XXIII “Заболявания на опорнодвигателния апарат”:</p> <p>1) т. 6.2.4. след думите „с тежък функционален дефицит, с липса на движение, с оформена кифоза и лордоза - 95 %” да се добави “с пожизнен срок”</p> <p>2) т. 4.4. след думите “тежък ортопедичен функционален дефицит на засегнатите стави - 95 %” да се добави “ с пожизнен срок”</p>	<p>1. Приема се</p> <p>2. Приема се</p>	<p>1. Допълнена е т. 6.2.4 към Раздел XXIII - Заболявания на опорнодвигателния апарат от Част Девета – Вътрешни болести.</p> <p>2. Допълнена е т. 4.4 към Раздел XXIII - Заболявания на опорнодвигателния апарат от Част Девета – Вътрешни болести.</p>

	<p>3) т. 5.4 след думите” тежки, хронични форми, неподдаващи се на лечение, с тежък функционален дефицит на съответните органи и системи - 100 %”, да се добави “ с пожизнен срок”</p> <p>4) т.7.3 след думите ‘тежки хронични форми, с тежък ортопедичен дефицит и/или съпътстващо усложнение - 100 %” да се добави “ с пожизнен срок”</p> <p>Заболяванията, за които предлагаме да бъдат направени посочените промени са, съответно, болест на Бехтерев (анкилозиращ спондилоартрит), ревматоиден полиартрит, системни заболявания на съединителната тъкан, ювенилен хроничен артрит.</p> <p>Тези заболявания са хронични, инвалидизиращи, протичащи с болка, а с прогресията им настъпват трайни и необратими увреждания на засегнатите стави, гръбначен стълб, както и вътрешни органи.</p> <p>Това може да се дължи, както на естеството на самите заболявания, така и на прилаганото лечение.</p> <p>При болест на Бехтерев, наличието на кифоза и лордоза и липсата на движение, както са формулирани в настоящата т. 6.2.4 на Наредбата за медицинската експертиза, представляват крайната фаза в развитието на заболяването, а то по естеството си е дегенеративно и настъпилите промени са необратими. Ето защо смятаме, че така определеният, в случая най-висок процент трайно намалена работоспособност за тази диагноза, а именно 95 % би трябвало да се присъжда с пожизнен срок.</p> <p>Същите аргументи могат да бъдат приложени и за диагнозата ревматоиден полиартрит, при която в т.4.4 също е определен максимален процент на трайно намалена работоспособност, а именно 95 %, при четвърти</p>	<p>3. Приема се</p> <p>4. Приема се</p>	<p>3. Допълнена е т. 5.4 към Раздел XXIII - Заболявания на опорнодвигателния апарат от Част Девета – Вътрешни болести.</p> <p>4. Допълнена е т. 7.3 към Раздел XXIII - Заболявания на опорнодвигателния апарат от Част Девета – Вътрешни болести.</p>
--	--	---	---

		<p>рентгено-анатомичен стадий (сублуксации, фиброзна и костна анкилоза, мускулна атрофия) и тежък ортопедичен функционален дефицит на засегнатите стави.</p> <p>Системния еритематоден лупус, прогресивната склеродермия са системни заболявания на съединителната тъкан, които засягат основни органи и често трудно се поддават на лечение, а увреждането на органите е трайно и необратимо.</p> <p>Ето защо за посочените в т. 5.4 предлагаме също да бъде определен пожизнен срок при най-тежките форми, за които в момента в Наредбата за медицинската експертиза се предвижда 100 % трайно намалена работоспособност.</p>		
39.	<p>вх. № 63-00-265/ 07.12.2022 г. Сдружение на Тарловите пациенти в България - Лечение без граници</p>	<p style="text-align: center;">ПРЕДЛОЖЕНИЕ</p> <p>за допълване на постановлението на МС относно изменение и допълнение на Наредбата за медицинска експертиза, с последно изменение през 2021 г. По отношение на заболяването "Периневрални кисти на Тарлов с неврологична симптоматика" с МКБ G 54.8 От Сдружение на Тарловите пациенти в България- Лечение без граници гр. Стара Загора. Сдружението ни е с нестопанска цел в обществена полза и е учредено през април 2019 г от пациенти с рядкото заболяване „Периневрални кисти на Тарлов“. Членове сме на Национален Алианс на хората редки болести в България и на EURORDIS.</p> <p>1. В глава 4 „ЕКСПЕРТИЗА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА РАБОТОСПОСОБНОСТ И НА ВИДА И СТЕПЕНТА НА УВРЕЖДАНЕ“, Приложение №1 към чл.63, ал.1 ”ОТПРАВНИ ТОЧКИ ЗА ОЦЕНКА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА РАБОТОСПОСОБНОСТ И НА ВИДА И СТЕПЕНТА</p>	1. Не се приема	1. Т. 15 от Част Седма – Нервни болести на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ детайлно разглежда всички увреждания вследствие на заболявания, водещи до хронично притискане на нервните коренчета и плоскости.

		<p>НА УВРЕЖДАНЕ В ПРОЦЕНТИ" да се направи допълнение, като към част 7-ма "Нервни болести" да се включи заболяването "Периневрални кисти на Тарлов с неврологична симптоматика".</p> <p>1.1 След точка 15, на 7-ма част, преди забележка 6 „При увреждания на нервната система с дефинитивен характер се определя пожизнен срок.“ да се направи следното допълнение:</p> <p>Добави нова точка 16 "Увреждания на нервни коренчета и плексуси", Периневрални кисти на Тарлов с неврологична симптоматика, в зависимост от неврологичния дефицит, но не помалко от 50 процента. Съответно точка 16.1 - за първите 2 години от диагностицирането - 50 процента.</p> <p>16.2 - от третата до петата година - 75 процента</p> <p>16.2.1- при неоперирани пациенти - 75 процента</p> <p>16.2.2- при оперирани пациенти -75 процента</p> <p>Точка 16.3 - след петата година -100 процента</p> <p>Точка 16.3.1- Независимо от срока при опериран пациент с повлияване -поне 75 процента пожизнено.</p> <p>16.3.2 - при оперирани пациенти без повлияване -100 процента</p> <p>2. Относими раздели към диагнозата.</p> <p>В Глава 2, Раздели:</p> <p>IV "Издаване на болничен лист за балнеолечение, климатолечение и таласолечение",</p> <p>VI "Издаване на болничен лист за гледане на болен член от семейството",</p> <p>VII "Издаване на болничен лист за придружаване на член от семейството за лечение, консултация и изследване";</p> <p>VIII "Издаване на болничен лист за лечение и изследване в чужбина";</p>		
--	--	--	--	--

	<p><u>Основание за искане на промяна на Наредбата:</u></p> <p>Искането е направено от името на Сдружение на Тарловите пациенти в България — Лечение без граници, което обяснява основателността му, предвид факта, че пациентите на сдружението са отлично запознати със симптоматиката на заболяването, трудната диагностика, пораженията, които оставя на организма и невъзможността да се планува всеки следващ момент.</p> <p>Със Заповед РД-01-566/04.11.2022 г. На Министъра на Здравеопазването е допълнен списъка на редките заболявания, като към него е добавена и диагнозата "Увреждания на нервните коренчета и плексуси", "Периневрални кисти на Тарлов с неврологична симптоматика" с МКБ 654.8.</p> <p>Във всеки от случаите този тип рядко заболяване доказано предизвиква трайно намаляване на работоспособността у пациентите. Това може да бъде в различни степени, в зависимост от тежестта на заболяването. Като болеста е прогресивна с дефинитивен характер и изисква пациентите да бъдат трайно обезщетени до края на живота си. Степените на засягане варират от лека до тежка, съобразно симптоматиката на заболяването, която може да бъде следната: Пареща и изгаряща болка в гърба (особено под кръста), болка в опашната кост, болка в ниската радикуларна област, мускулна слабост и спазми в краката, ходилата/ръцете и китките, затруднено седене за продължителни периоди, загуба на чувствителност, загуба на рефлексии, болка при кихане и кашляне, подуване на сакрална област, парастезии в зависимост от мястото на кистата/кистите, ишиас, болка в гърдите, горната част на гърба, шията, ръцете и китките, главоболие и понякога замълено зрение, двойно виждане, други симптоми, свързани с възприятията:</p>		
--	---	--	--

		<p>виене на свят, и усещане за губене на равновесие, дисфункция на червата/пикочния мехур, слабост на краката и сексуална дисфункция, вагинални болки при жените, тазови или болки в коремната област.</p> <p>Други:</p> <p>-сакрална болка и изтръпване, които тръгват от гърба по краката до ходилата при S1 или S2 дерматомите, перинеална болка, ректална болка, изтръпване при дерматомите S2-5, неврогенни оплаквания от пикочен мехур, напр. Неотложност, честота, ноктурия и задържане на урината с необходимостта да се извършват техниките на Valsalva или Crede за предизвикване на изпразване на пикочния мехур (S3-4), дисфункция на червата, изискваща използването на лаксативи (S2-3), болезнен или затруднен полов акт (диспаурения), вкл. нарушение на постоянна генитална възбуда при жени и еректилна/сексуална дисфункция при мъжете. Изброените съвсем не дават пълнота на всичко, което носи със себе си този вид заболяване. В тежки случаи заболяването води до Синдром на инвалидизираща сакрална радикулопатия.</p> <p>Във всеки от случаите, заболяването е рядко, nelечимо, в смисъл до степен възобновяване на всички функции на заболяването, така както са били преди настъпването на болеста.</p>		
40.	<p>вх. № 15-00-270/ 12.12.2022 г. и 11 декември 2022 г. – Портал за обществени консултации</p>	<p>Като представители на хора с редки болести следим с внимание проблемите в областта на медицинската експертиза, тъй като оценката на вида и степента на увреждане/степен на трайно намалена работоспособност е от определящо значение за подкрепата, която хората с увреждания вследствие на редки заболявания получават.</p>	<p>Не се приема</p>	<p>В т. 3, част Седма „Нервни заболявания“ на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ детайлно са разработени отправните точки за цитираните хронични нервни заболявания, техните степени на увреждане и съответната оценка в проценти според тежестта на функционалния дефицит. Необходимостта от чужда помощ се определя съгласно чл. 68, а определянето на</p>

<p>БЪЛГАРСКА ХЪНТИНГТ ЪН АСОЦИАЦИ Я Подкрепящи пациентски организации: Фондация Миастения Гравис; Гражданско Сдружение Алцхаймер България</p>	<p>Хората с редки болести са засегнати от двигателни, сензорни или интелектуални увреждания, които могат да възникнат едновременно.</p> <p>Основно предизвикателство за много редки заболявания е сложността на фенотипа (на неговата изява) и липсата на информираност сред социалните (и често сред по-широкия кръг медицински) специалисти относно разнообразните и често скрити начини, по които състоянието може да повлияе на живота на пациента. Уврежданията, дължащи се на редки заболявания, обикновено са слабо разбрани от всички освен от най-специализираните професионалисти, което затруднява намирането на актуална надеждна информация за проявата на заболяването.</p> <p>Като добра практика следва да се посочи, че в базата данни „Орфанет“, която се използва и в България за определяне съответния код на рядкото заболяване и като източник на надеждна информация за попълване на досиетата за вписване на редките болести в Списъка е наличен и ICF (Функционален речник за уврежданията вследствие на редки заболявания, който е извлечен и адаптиран от Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF-CY, СЗО 2007). Този функционален речник предоставя международна рамка, която позволява обмен между различни специалисти, като в случая експертните лекарски комисии в България могат да черпят информация касаеща определянето на ограниченията, причинявани от отделните редки болести. Речника за функциониране на Orphanet (Орфанет) има за цел разработване на основни набори от данни за увреждания, причинени от редки заболявания, извлечени от и съвместими с ICF-CY (Международната Класификация на функционирането,</p>	<p>пожизнен срок и дефинитивен характер на заболяването е регламентиран в чл. 69 от НМЕ.</p> <p>За разлика от МКБ10, в която има вписани над 10 000 заболявания, подходът при медицинската експертиза е определянето на функционалния дефицит, вследствие на увреждане на органи и системи, като конкретно в случая експертизата се извършва на степената на увреждане на групата на хроничните нервни заболявания с дегенеративен характер, независимо от причината за увредата, като в цитираната отправна точка се включва и Хорея на Хънтигтън. Резултатът от увреждането е степената на функционалния дефицит на заболелия орган или система, преведени към езика на отправните точки, т.е. % ТНР/ВСУ спрямо здравия човек.</p>
---	---	--

	<p>уврежданията и здравето - версия за деца и младежи). Неговото използване, би улеснило значително определянето на нивото на нетрудоспособност при пациента с рядко заболяване, времето на прогресия на даденото заболяване и съобразените с тях процент нетрудоспособност и нейният срок.</p> <p>Във връзка с изложеното и с оглед препоръката на Експертната група на Комисията по редки болести към държавите-членки да интегрират спецификите на редките болести в националните системи за оценка на нивото на функциониране на дадено лице, и в съответствие с Конвенцията на ООН за правата на хората с уврежданията, се обръщаме с молба в Проекта на Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза да бъдат адресирани следните проблеми свързани с редките заболявания установени в Списъка на редките болести в България:</p> <ul style="list-style-type: none"> • В Наредбата за медицинската експертиза следва да залегнат ясни правила за определяне на процента намалена работоспособност при редките заболявания, включени с Списъка с редките заболявания в България, тъй като за тях вече е установен метод за определяне на нивото на функциониране и алгоритъм за терапия и проследяване. Всяко рядко заболяване разполага с досие, с което е вписано като такова, в което е подробно разписано нивото на функционалност и нуждата от болногледач, които следва да се вземат предвид при определяне на процента и срока на инвалидизация на пациентите с редки болести. • В Наредбата за медицинската експертиза, в част VII (Нервни болести), да бъдат включени всички редки 		<ul style="list-style-type: none"> • В проекта на нормативния акт са заложили ясни критерии за оценка на различните степени на увреждания на хроничните дегенеративни заболявания на нервната система, както следва: Част Седма, т.3. Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие на заболяванията 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
--	---	--	--

	<p>неврологични диагнози с код според МКБ - G , приети в Списъка на редките болести в България към настоящият момент, със съответните алгоритми за определяне на проценти намалена работоспособност</p> <ul style="list-style-type: none"> В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Болест на Хънтингтън G10. Поради необратимостта на заболяването и нуждата от постоянни медицински и палиативни грижи в последните стадии на заболяването, този процент следва да се увеличава с прогресията на заболяването. Вземайки в предвид, че функционалните възможности на пациентите и техните нужди от болногледач се определят от скалата за Общ функционален капацитет (TFC) в 5 прогресиращи стадия на заболяването (източник: https://ncpha.government.bg/uploads/rd/G10_Huntington Disease.pdf), следва процента нетрудоспособност за тези хора да бъде определен в следните минимални рамки: <p>Стадии I : 50 % - 75 % Стадии II: 75 % - 90% Стадии III: 90 % - 100 % с чужда помощ Стадии IV: 100 % с чужда помощ Стадии V: 100 % с чужда помощ</p> <p>За хората с това заболяване е от значение да се предвижда пожизнен срок на инвалидността, тъй като състоянието им е прогресиращо е и без промяна и следователно - дефинитивно.</p> <ul style="list-style-type: none"> В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят 		<p>инфекции, лаймска болест, невролуес, кауда еквина синдром, АЛС, табес дорзалис, фуникуларна миелома, дискоординационни синдроми, екстрапирамидни синдроми, нарушения на стволите функции и редки неврологични синдроми и др.):</p> <p>3.1. (зал. - ДВ, бр. 59 от 2021 г., в сила от 16.07.2021 г.)</p> <p>3.2. лека степен (форма) - 50 %;</p> <p>3.3. средна степен (форма) - 75 %;</p> <p>3.4. тежка степен (форма) - 95 %.</p> <p>И в сега действащата НМЕ е налице <i>Забележка б. При увреждания на нервната система с дефинитивен характер се определя пожизнен срок.</i></p> <p>Тези критерии за оценка на ТНР/ВСУ се прилагат и в момента, а необходимостта от чужда помощ се определя по реда на чл. 68 от Наредбата.</p>
--	--	--	---

	<p>процентите и срокът на инвалидизация за Наследствени атаксии G11.1, G11.3 и G11.8 (със съответно описаните кодове за различните видове диагнози в „Орфанет“). За хората с това заболяване е от значение да се предвижда пожизнен срок на инвалидността, тъй като състоянието им е прогресиращо е и без промяна и следователно - дефинитивно.</p> <ul style="list-style-type: none"> • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Детска спинална мускулна атрофия тип 1 G12.0 и Други наследствени спинални мускулни атрофии G12.1 и Мускулна дистрофия и нейните разновидности G71.0 (със съответните кодове в базата данни „Орфанет“). За хората с тези заболявания е от значение да се предвижда пожизнен срок на инвалидността, тъй като състоянието им е прогресиращо е и без промяна и следователно - дефинитивно. • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Амиотрофична Латерална Склероза G12.2. Поради необратимостта на заболяването, неговата бърза прогресия и нуждата от постоянни медицински и палиативни (източник https://www.orpha.net/consor/cgibin/Disease_Disability.php?lng=EN&data_id=106&Typ=Pat&diseaseType=Pat&from=rightMenu), процента инвалидизация следва да е 100% с чужда помощ. За хората с това заболяване е от значение да се предвижда пожизнен срок на инвалидността, тъй като 		
--	--	--	--

	<p>състоянието им е прогресиращо и без промяна и следователно - дефинитивно.</p> <ul style="list-style-type: none"> • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Болест на Паркинсон G20 (със съответно описаните кодове за различните видове диагнози в „Орфанет“). За хората с това заболяване е от значение да се предвижда пожизнен срок на инвалидността, тъй като състоянието им е прогресиращо е и без промяна и следователно - дефинитивно. • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Други дегенеративни болести на базалните ганглии G23.0, G23.1 и G23.2. • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Дистония G24.1, G24.2 (със съответно описаните орфа кодове за различните видове диагнози). • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Спастична крива шия G24.3; Идиопатична орофациална дистония G24.4 ; Блефароспазъм G24.5 (със съответно описаните кодове в базата данни „Орфанет“). • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Болест на Алцхаймер, G30.0 (код съгласно базата данни 		
--	--	--	--

	<p>„Орфанет“ 1020). За хората с това заболяване е от значение да се предвижда пожизнен срок на инвалидността.</p> <p>При Болест на Алцхаймер симптомите биват два основни типа – когнитивни, т.е. свързани с паметта, и не-когнитивни, т.е. свързани с други физически и поведенчески прояви. Когнитивните и некогнитивните нарушения обуславят градиращо намаляващата способност на болните да се справят с дейностите в живота – от найрутинни до по-сложни. Развитието на симптомите се дължи на структурни изменения в различни центрове на мозъка и мозъчната кора. Колкото повече се задълбочават тези изменения, толкова посилно се изразяват симптомите в живота на пациента, което постепенно води до пълната им зависимост от околните. При определяне степента на нужда от подкрепа комисията трябва да има предвид невропсихологичните и други изследвания, които показват моментната картина, но също да има предвид и динамиката при развитието на болестта. Да се вземат предвид, становище както от невролог, така и от психиатър.</p> <ul style="list-style-type: none"> • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Други дегенеративни болести на нервната система, неклассифицирани другаде G31.0., G31.1 и G31.8 (и съответните кодове съгласно базата данни „Орфанет“). • В Наредбата за медицинската експертиза е нужно да бъде дефинирано по какъв начин се определят процентите и срокът на инвалидизация за Миастения гравис и други увреждания на нервно-мускулната система G70.0 (код съгласно базата данни „Орфанет“ 		
--	--	--	--

	<p>589) Миастения гравис G70.2 (код съгласно базата данни „Орфанет“ 98914), като тези проценти вземайки в предвид спецификите на заболяването да бъдат определени както следва:</p> <p>Лека степен (очна форма) – 50 %; Средна степен (генерализирана форма, Osserman – II а и II б) – 75 %, с пожизнен срок. Тежка степен (генерализирана форма, Osserman – III и IV) – 95 %, с пожизнен срок.</p> <p>Важно е да се отбележи, че измененията през юли 2018 г. в Наредбата за медицинската експертиза, когато бяха променени отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти, доведоха до сериозно намаляване на процентите на вида и степента на увреждане на много хора с редки болести. Значителна част от неблагоприятно засегнатите останаха без здравни осигуровки, без пенсии и без възможност да получават необходимото им лечение. От тази гледна точка, е положителна стъпка включването на текст за съобразяване на всички заболявания при определянето на окончателен процент вид и степен на увреждане/степен на трайно намалена работоспособност. Необходими са обаче допълнителни действия за правилно отразяване и оценка на редките болести и на определяните за тях проценти вид и степен на увреждане/степен на трайно намалена работоспособност.</p> <p>Като представители на пациентски организации и хора с редки болести, участващи в пациентски и експертни мрежи на европейско и национално ниво, се обръщаме с молба за разглеждане на предложенията и за разрешаване на поставените проблеми. Изразяваме</p>		
--	--	--	--

		готовност да се включим активно в работни групи, в обсъжданията на измененията и на очакваните реформи в медицинската експертиза.		
	Портал за обществени консултации			
41.	14 ноември 2022 г. 15:23:53 ч. Андреяна Зачева	Молба за включване на невралната мускулна атрофия (наследствена моторна и сензорна невропатия) Г60.0 да е с доживотен срок – най-вече за случаите с над 70% ТНР.	Приема се	Посоченото заболяване - наследствена моторна и сензорна невропатия, попада в т. 3 на Част Седма – Нервни болести на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ. Допълнени са т. 3.3 и т. 3.4, които се отнасят за средната и тежката степени, като е добавен пожизнен срок.
42.	17 ноември 2022 г. 10 декември 2022 г. Андреяна Зачева	Срок за извършване на експертизата след подаване на направление за ТЕЛК 1. Моля да се въведе срок, в който да се извърши медицинската експертиза след подаване на направлението за ТЕЛК. Много пациенти чакат с месеци (визирам периоди от над 6м), а има случаи и над година за освидетелстване. Някои и не доживяват. Да си болен, без доходи, а да се нуждаеш от средства за лекарства, за прегледи, за изследвания, а по някога и за грижи, е безизходно положение, особено за хора без близки, които да помогнат. Социалното подпомагане не винаги има законови възможности да помогне, а понякога става дума за продължителен период. 2. Да има срок за подаване на молба от пациентите за ревизия на сегашните решения спрямо новата НМЕ Моля не само да има такъв срок, защото това липсва в проекта, но и той да е по-дълъг от 1 месец, както бе през 2019г, защото желаещите този път ще са повече от преди и няма да е достатъчно като технологично време. Моля да се впише и условието, че ревизията ще се извърши върху документацията, която е разглеждана при последното явяване, за да не се губи време на	1. Неотносимо предложение 2. Приема се по принцип	1. Направеното предложение касае процеса на организацията на медицинската експертиза, която е предмет на друг нормативен акт. Въпросът изисква самостоятелно разглеждане 2. В проекта е предвидена възможност лицата, освидетелствани или преосвидетелствани в периода до влизането в сила на това постановление и за които с него са определени по-благоприятни условия за оценка на увреждането, да имат право да подадат заявление-декларация за преосвидетелстване извън случаите по чл. 56, ал. 1 от Правилника за устройството и

		<p>комисията и на пациентите с нова документация. Т.е. процедурата да е съкратена до минимум в предвид, че е огромен броя на желаещите да бъдат освидетелствани по новата методика.</p>		<p>организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника).</p> <p>И към настоящия момент в разпоредбите на Правилника е регламентирано извършените консултации и изследвания през последните дванадесет месеца, предхождащи явяването в ТЕЛК, да се прилагат и използват в процеса на преосвидетелстване на лицето. Не се поставя срок за това преосвидетелстване, за да няма ограничение пред хората с увреждания, предвид очаквания голям интерес, както и за да не се създава прекомерно натоварване на ТЕЛК и НЕЛК в кратки периоди от време, което ще забави допълнително тяхната работа.</p>
43.	18 ноември 2022 г. ВД	<p>1. Моля да се промени начинът на изплащането на месечната финансова подкрепа така че, хората да не губят. Нужно е от Дирекцията за социално подпомагане да се изплаща финансовата подкрепа на инвалида освидетелстване и преосвидетелстване, съобразно датата на инвалидизацията. Сега много хора губят финансовата подкрепа за времето между изтеклия срок на ТЕЛК и новото решение. Пенсията се изплаща, но финансовата подкрепа- не. Същото се отнася и при обжалването пред НЕЛК.</p> <p>Добавям петиция ЗА ПРАВАТА НА ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ подписана от над 600 човека подкрепяща Проекта</p> <p>https://www.peticia.com/380784?fbclid=IwAR0xbfvXPpP RNpacb5JFygpnpwT6zjHzDCi4yZUcBPsBozFjQmZAu63IQ2k</p>	1. Неотносимо предложение	1. Предложението не е предмет на настоящия проект на нормативен акт.

		<p>2. Молба за включване на Чернодробна цироза да бъде с пожизнен срок /НАРЕДБА ЗА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА в сила от 8.09.2020 г. изм. и доп., бр. 59 от 16.07.2021 г., в сила от 16.07.2021 г/ Раздел XV Болести на черния дроб 2. Чернодробна цироза: 2.1. I стадий по Чайлд - 50%; 2.2. II стадий по Чайлд - 80%; 2.3. III стадий по Чайлд - 95%. Това е заболяване, което е доказано нелично. Предвид това, че не може да се подобрява състоянието на пациента молбата е да се обсъди пожизнен срок.</p>	2. Не се приема	<p>2. Определянето на пожизнен срок и дефинитивен характер на заболяването е регламентиран в чл. 69 от НМЕ. Въз основа на съвременната медицинска наука и практика, която включва провеждане на съвременно лечение, спазване на стриктен хигиенно-диетичен режим и др. се регистрира подобряване на състоянието на болния и преминаването му от по-висок към по-нисък стадий, т.е. от стадий 3 към стадий 2 и от стадий 2 към стадий 1, т.е. наблюдава се подобрене на здравословното състояние и намаляване на степента на увреда на черния дроб при заболяването Чернодробна цироза. От друга страна, ако човекът с увреждане не спазва предписаното му лечение и нарушава системно хигиенно-диетичния режим, заболяванията могат да преминат от по-лека към по-тежка степен, т.е. заболяването като цяло има динамичен характер, нуждаещ се от непрекъснато и системно наблюдение и лечение и съответно има различна оценка на процента ТНР/ВСУ във времето.</p>
44.	22 ноември 2022г. ivyu	<p>Дата на инвалидизация Здравейте! Виждам съм ЕР на ТЕЛК с ДИ /дата на инвалидизация/ "денят на издаване Мед. направление за ТЕЛК". Но в масовите случаи това е датата на получаване на ЕР, след което се чака един месец същото да влезе в сила. Така чакането става повече от 6 /шест/ месеца, през които няма пенсия. Може ли да се заложи на всички тази дата на подаване на документите, което ще е по-справедливо? Благодаря.</p>	Не се приема	<p>Начинът, по който се определя датата на инвалидизиране, е регламентиран в чл. 70 от Наредбата за медицинската експертиза. В него подробно са определени при кои условия по какъв начин се определя тази дата. За всеки от тези начини на определяне на датата на инвалидизиране има аргументи. Датата на получаване на експертното решение, освен ако тя не съвпада с деня на освидетелстването, не фигурира сред</p>

				възможните хипотези за определяне на датата на инвалидизиране.
45	23 ноември 2022г. aneta	<p>Молба за завишаване процента след мозъчен кръвоизлив. Молба за уреждане на пожизнен срок за хората, След мозъчен кръвоизлив, инсулт не се дават достътъчно проценти, а хората не са в състояние да се натоварват умствено и физически. Процентът трябва да бъде минимум 50, ако няма други дефицити.</p> <p>Хората, които имат пожизнени пенсии от НОИ, нямат пожизнени решения. Това им отнема някои права и трябва да се явяват пред ТЕЛК отново. Защо е необходимо това?</p>	Не се приема	<p>Съществуват съвременни и много надеждни методи за лечение на мозъчен инсулт, в областта на интервенционалната неврология, които дават изключително добри резултати, до степен на значително възстановяване. В зависимост от срока на интервенцията спрямо настъпване на съдовия инцидент, резултатите са различни – от степен на пълно възстановяване до степен на тежко увреждане или дори смърт. Предвид това не биха могли да се оценят всички случаи на мозъчен инсулт по еднакъв начин и по тази причина и процентите, съответстващи на функционалния дефицит са различни при различните пациенти.</p> <p>Предвид предложението за минимум 50% при мозъчен инсулт без други дефицити, обръщаме внимание, че съгласно т. 5 от Част Седма – Нервни болести, която се отнася за състояние след мозъчен инсулт без остатъчен неврологичен дефицит и една година след него, са определени 50%.</p> <p>Когато е налице функционален дефицит на прицелния/прицелните органи при мозъчен инсулт процентът се определя в зависимост от неговата степен (т. 3, буква б) от Раздел VI - Артериална хипертония (АХ) към Част Четвърта - Заболявания на сърдечно-съдовата система).</p>

46	29 ноември 2022г. Милена Тодинова	<p>Премахване противопоставянето между лицата с диабет тип 1, с едно усложнение и тези с две и повече В Раздел I „Захарен диабет“, в т. 2 „Захарен диабет тип 1“, т. 2.2 „с усложнения“, в края на текстът на т. 2.2.1 „с едно усложнение – 60%“ да се допълни „с пожизнен срок“.</p> <p>Мотиви: С последните промени на наредбата (изм. - ДВ, бр. 59 от 2021г., в сила от 16.07.2021г.) бе въведен пожизнен срок на ТЕЛК решенията, но само за лицата със захарен диабет тип 1 с две и с повече от две усложнения (виж. т. 2.2.2 и т. 2.2.3 към т. 2.2 на т. 2 в Раздел I „Захарен диабет“), докато за лицата с едно усложнение – срокът се запази от 1 до 3 години.</p> <p>Считам, че тези промени са дискриминационни по отношение на лицата със захарен диабет тип 1, които имат само едно увреждане, спрямо тези лица, които имат две и повече от две увреждания. В по-голямата си част, за да недопусне едно лице със захарен диабет тип 1 да има повече от едно увреждане, то следи много често нивата си на кръвна захар и спазва хранителен и двигателен режим такъв, че на практика осъществява много добър контрол над своето заболяване – диабет тип 1. Това е свързано с много усилия, време и ресурси не само на нас диабетиците тип 1, но и на нашите семейства, в т.ч. и финансови – за закупуване на много по-голям брой тест ленти, от тези отпускани от НЗОК, включително и за сензори за постоянен 24 часов контрол над кръвната си захар. От своя страна, този начин на живот предполага и в голяма част от случаите спомага за по-стабилни нива на кръвната захар, с по-малки колебания, което е предпоставка и за предотвратяване появата на нови и нови увреждания.</p>	Приема се	Допълнен е текстът на т. 2.2.1 от Раздел I - Захарен диабет на Част Девета – Вътрешни болести
----	--------------------------------------	---	-----------	---

	<p>Именно тези лица, вместо да бъдат „наградени“ за усилията и средствата, които полагат за себе си и за своето здраве, което неминуемо води и до спестяване на разходи за държавния бюджет, когато уврежданията им не са повече от едно, те са задължени на всеки 1, 2 или 3 години, по преценка на ТЕЛК комисиите, да правят нови изследвания, да подават документи, да извървяват целия път на създадената бюрократичната машина за преосвидетелстване и най-вече да доказват за пореден път, че диагнозата, която имат - диабет тип 1 е с възможност за пълно или частично възстановяване, т.е. тяхното състояние не е дефинитивно, поради което за тях разпоредбата на чл. 69, ал. 4 не може да се приложи, респ. не може да им се определи пожизнен срок на инвалидността.</p> <p>Навярно, много от лицата с диабет тип 1, няма да се съгласят с мен, от гледна точка на това, че има и лица, чийто диабет тип 1 е много труден за контрол, т.н. лабилно протичащ диабет тип 1. Действително признавам, че самата аз познавам такива лица, но трябва ли по този дискриминационен начин да ни противопоставяте едни на други – та ние всички сме хора-диабетици, тип 1, т.е. инсулинозависими. Всички ние до последния си дъх, всеки ден, при всяка наша хапка имаме нужда от инсулин. Именно тази наша обща съдба ни събира, сплотява и поражда взаимопомощта, от която неизменно имаме нужда, която не познава граници на градове, държави и континенти.</p> <p>Вярвам, че този път здравият разум ще надделее и в проекта ще бъде премахнато това противопоставяне между лицата с диабет тип 1, с едно увреждане и лицата с диабет тип 1, с две и повече от две увреждания, тъй</p>		
--	---	--	--

		като лице със заболяване диабет тип 1, независимо от броя на уврежданията му, настъпили в резултат от диабета, не може нито напълно, нито частично да се възстанови, което е равносилно на приравняване на дефинитивно състояние.		
47.	01 декември 2022 г. danij	<p>Предложения за НМЕ</p> <p>Здравейте, казвам се Даниела Симеонова и съм член съм на ФБ групата "Против решенията на ТЕЛК и НЕЛК", където хората с ТЕЛК обменят информация и споделят проблемите си. На основание прочетеното от мен /лично аз не съм с ТЕЛК, но активно помагам в групата/ бих искала да предложа няколко допълнения в НМЕ:</p> <p>1. в НМЕ да се включи фибромиалгията /наскоро имаше пост в групата, където една жена споделя, че изпитва силни болки заради фибромиалгията, не може да работи и поради факта, че в НМЕ няма фибромиалгия, не може да си извади ТЕЛК/;</p>	1. Не се приема	1. За разлика от МКБ10, в която има вписани над 10 000 заболявания, подходът при медицинската експертиза е определянето на функционалния дефицит, вследствие на увреждане на органи и системи, като конкретно в случая експертизата се извършва на степента на увреждане на групата на системните заболявания на съединителната тъкан (системни 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, регламентирани в Част Девета, Раздел XXIII Заболявания на опорно-двигателния апарат.

	<p>2. определяне в НМЕ пожизнен ТЕЛК за липси на крайници на тялото- ампутирани ръце/крака- на хора без крайници им се определя ТЕЛК за 3 години и след 3 години пак са принудени да се преосвидетелстват- за 3 години няма как да им поникне нов крайник.</p> <p>3. Най- важното, което считам за нужно да се направи, според мен, е да се върне старата НМЕ преди 2018 г.. В старата НМЕ се вземат предвид всички заболявания, а не както в новата НМЕ от 2018 г. само едно заболяване е отправна точка, а другите не се вземат предвид. "Благодарение" на новата НМЕ от 2018 г. хора на легло са оставяни със 60-70 % инвалидност, дори по- малко. Ще ви цитирам един коментар от групата, за да добиете представа какво причинява новата НМЕ на хората- "Не коментирам защото аз съм със сменена става, спондилоза, сколиоза с гърбица, коксартроза, литаза и исхемично сърце. И само за ставата 50% и отбелязани 20% за сърцето. Няма сумиране. Може би защото съм пенсионерка."</p>	<p>2. Приема се по принцип</p> <p>3. Приема се по принцип</p>	<p>2. За повечето увреждания, които са дефинитивни, в Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 към съответните отправни точки е добавен пожизнен срок на инвалидност. В сила е и общия текст от Наредбата за медицинската експертиза в чл. 69, ал. 4, съгласно който при дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността. Последният може да се прилага винаги когато съответният орган на медицинската експертиза прецени, че увреждането/състоянието на лицето не търпи еволюция във времето. В Част Първа – Заболявания на опорно-двигателния апарат са предвидени отправни точки, касаещи загуба на горен и долен крайник в различна степен (ниво), като за всички тях е определен пожизнен срок.</p> <p>3. В предложения проект на нормативен акт е включена и промяна на Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от Наредбата за медицинската експертиза – „Методика за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти“. Промяната се отнася именно за включването в оценката на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане на всички увреждания независимо от процентите, които съответстват на най-тежкото заболяване и на съпътстващите увреждания.</p>
--	---	---	---

	<p>4. при определяне на над 89,99% инвалидност, ЕР задължително да бъде С ЧУЖДА ПОМОЩ / в момента е по преценка на ТЕЛК- чл.68, ал.1 от НМЕ/. Според мен е логично при такъв степен на инвалидност, лицето да има нужда от чужда помощ, което да важи и за психическите заболявания. Които, понякога, изискват дори по- голяма чужда помощ от "физическите".</p> <p>5. Най- големия бич за хората с ТЕЛК, е времето от изтичането на старото ЕР, до издаване на новото ЕР. Това време е по няколко месеца, дори година и през това време хората са без инвалидни пенсии. Как се живее без пари за храна и лекарства, дори не искам да коментирам. Решение по този въпрос съм дала в едно мое предложение за промени в КСО, входирано в Деловодство приемна с вх.№ 20-Д-81/ 11.11.2022 г. Това предложение не касае директно НМЕ, но има връзка с решаване проблемите на хората с ТЕЛК. Което е наша обща цел. Това са предложенията ми дотук- ако имам други, ще пиша пак в коментарите. Разчитаме на вас да примете такива решения, които да решат голяма част от проблемите на хората с увреждания. Успех.</p>	<p>4. Не се приема</p> <p>5. Приема се по принцип</p>	<p>4. Чужда помощ се определя на лица, които не са в състояние да се обслужват самостоятелно при задоволяване на ежедневните си потребности (чл. 68, ал. 2 от НМЕ). Прилагането на унифициран подход без да се вземат предвид индивидуалните особености на формирания функционален дефицит, не е целесъобразно от медицинска гледна точка.</p> <p>Не всички състояния, на които съответстват 89,99 и повече процента изискват чужда помощ. В някои от случаите този процент се формира на база изчисление във връзка с наличието на множество увреждания, като водещото (най-тежкото увреждане) е с по-нисък процент от 90, което също доказва необходимостта от индивидуален подход при всяко лице с увреждане.</p> <p>5. Сроковете на произнасяне на органите на медицинската експертиза, както и цялостната организация на тяхната дейност са предмет на друг нормативен акт. Въпросът подлежи на самостоятелно разглеждане, извън настоящия проект на ПМС за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, което предстои.</p>
--	--	---	--

48	05 декември 2022 г. daniј	<p>Онкологични заболявания-пожизнен процент от първата година на инвалидизиране. Здравейте! Казвам се Наталия Янкова.</p> <p>1. Първата тема е онкологични заболявания-това са необратими заболявания,не може човек да се излекува,остава с пожизнено наблюдение,пожизнено лечение и с риск за рецидив и метастази,с риск за придружаващи заболявания които са неличими!Защо трябва да се свалят процентите на третата и след петата година? xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</p> <p>Много моля за онкологични заболявания да се дава пожизнен процент инвалидност още от първата година на инвалидизиране като се прибавят и придружаващи заболявания.Да отпадне декларация за отказ от придружаващи заболявания при пожизнен процент. При влошено състояние да се даде възможност да се явяваме пред ТЕЛК при пожизнен процент.</p>	1. Не се приема	<p>1. При онкологичните заболявания не се дава пожизнен срок и еднакъв процент още от диагностицирането на заболяването, тъй като състоянието на всеки пациент е много различно и не съответства на определението за дефинитивно състояние (състояние, при което не се наблюдава еволюция). Обичайният подход при всички онкологични заболявания е да се дава по-висок процент за първите години, той да намалява постепенно във времето и от петата година той да остане на едно ниво до края на живота (пожизнен срок на инвалидност). Процентът при онкологичните заболявания за първите години от диагностицирането или от оперативното лечение, е различен при различните локализации поради различната степен на злокачественост и съответно - различната тежест на уврежданията, обусловени от тези различни състояния. Относително различен е и функционалният дефицит при различните локализации, тъй като няма знак на равенство при увреждане на различни органи и системи, което също повлиява върху определения процент за съответната отправна точка. И към настоящият момент лицата с ЕР с определен пожизнен срок на инвалидност, могат при влошено здравословно състояние</p>
----	---------------------------------	---	-----------------	--

		<p>2. Втора тема е поскастрационен синдром!В НМЕ е предвидено до 50 годишна възраст за 5 години.Това си е чиста дескриминация,понеже има жени,които на 50 годишна възраст не са в менопауза.Да бъде промене текста,ако жената на която са й отстранени два яйчника и не е в менопауза,да може да получава 50% инвалидност.Срока от 5 години също не е реален,защото ако има промени в здравословното състояние заради поскастрационен синдром,това няма да отзвучи след 5 години,понеже заболяванията са неличими!</p>	<p>2. Не се приема</p>	<p>да поиска преосвидетелстване от органите на медицинската експертиза.</p> <p>2. В Наредбата за медицинската експертиза отправната точка, която касае посткастрационния синдром при жената е самостоятелна точка (3.3) към Раздел XI - Женски полови органи, от Част Осма – Хирургични заболявания. Това обаче не е водещата отправна точка при малигнените тумори на женската полова система, които подлежат на оперативно лечение, съчетано с тотална хистеректомия, която е причината за проявата на този синдром. водещите увреждания са свързани с основното злокачествено заболяване, на което във всички случаи съответстват по-високи проценти дори за и след петата година. Следователно посткастрационният синдром се явява съпътстващо увреждане и съгласно предложената промяна в Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ то ще намира отражение при изчисляване на окончателния процент.</p> <p>Разпоредбите на един нормативен акт винаги се основават на средностатистическите норми и правила в съответното приложно поле. В този смисъл менопаузата, като физиологично обусловена промяна в организма, настъпва при средна възраст на жената около 50 години и това е причината за поставянето на тази възрастова граница в цитираната т. 3.3. Това, че има случаи на по-ранна и по-късна възраст, на която настъпва менопаузата при</p>
--	--	--	------------------------	--

				отделните жени, не може да намери отражение в индивидуален подход при оценяването на функционалния дефицит, обусловен от посткастрационния синдром.
49.	06 декември 2022 г. danij	<p>1. Молба за включване на Болест на Хочкин с пожизнен срок от 50% Моля да бъде включено с пожизнен срок 50% на заболяването Болест на Хочкин. Всички знаем, че тези ракови заболявания не се лекуват, а преминават в ремисия. Някак си си противоречим със сега съществуващата наредба. Защо както знаем, все още няма лекарство, открито за всички видове рак, но по този начин си противоречим с този факт.</p> <p>2. МОЛБА ЗА ПРОМЯНА НА ДИСКОВИ ХЕРНИИ И РАДИКОЛОПАТИЯ</p> <p>3. СВЕТЛИН КОСТАДИНОВ МОЛБА ЗА ПРОМЯНА НА НАЧИНА НА ИЗЧИСЛИНИЕ КАТО СЕ ВКЛЮЧАТ ВСИЧКИ БОЛЕСТИ ВЪВ КРАЙНИЯ ПРОЦЕНТ НА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТА И ПРОМЯНА НА НЕВРОЛОГИЧНИТЕ БОЛЕСТИ ДИСКОВИ ХЕРНИИ И РАДИКОЛОПАТИЯ</p>	<p>1. Не се приема</p> <p>2. Не се приема</p> <p>3. Приема се частично</p>	<p>1. Съгласно становището на Експертния съвет по медицинската специалност „Клинична хематология“ при пациенти със злокачествени кръвни заболявания, при които е установена над 10-годишна пълна ремисия, посредством хематологични, цитогенетични, молекулярни, образни и други изследвания, се наблюдава наличието на пълна работоспособност и много добро качество на живот. Тези пациенти упражняват активно своята професия и общата преживяемост е съпоставима с останалата българска популация.</p> <p>2. Предложението не е ясно. В т. 3 на Част Седма - Нервни болести на Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ детайлно са разработени отправните точки за цитираните хронични нервни заболявания, техните степени на увреждане и съответната оценка в проценти според тежестта на функционалния дефицит.</p> <p>3. С предложената промяна в Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от Наредбата за медицинската експертиза се взимат предвид всички увреждания при лицата, независимо от процента на водещото увреждане и на съпътстващите заболявания/увреждания. Предложението за „промяна на</p>

		<p>4. Срок за минаване на ТЕЛК комисия след подаване на документите. Всички знаем, че тримесечният срок по наредбата за Медицинската експертиза за назначаване на дата за минаване на ТЕЛК комисия е мираж ! Този срок никога не се изпълнява ! Аз чакам вече 5 месеца от юли 22 г. Моля срокът да се определи на 1 месец със закон, (а не с наредба, която никой не спазва) и да се следи за неговото изпълнение. Ние инвалидите не сме за подигравка !</p> <p>5. Паркинсонова болест- решение до живот!!! Молба за включване на Паркинсоновата болест, в новите промени за експертизите от ТЕЛК, до живот. Един път развита тази болест,тя е до живот. Лечение в цял свят за нея-НЯМА!!! Самос едно единствено лекарство, може частично се забавя развитието й,но за сравнително кратко време. Болестта напредва с времето, въпреки приемане на въпросното лекарство и болните стават пълни инвалиди!!!! В предвид това, би трябвало да се корегира решението, за тази болест да бъде до живот!!! Другото е неуважение,подигравка и гавра с болните хора, с Паркинсонова болест!!!</p>	<p>4. Неотносимо предложение</p> <p>5. Приема се</p>	<p>неврологичните болести дискови хернии и радикулопатия“ не е ясно.</p> <p>4. Предложението касае организацията на медицинската експертиза, която е предмет на друг нормативен акт. Въпросът изисква отделно разглеждане.</p> <p>5. Паркинсонизмът попада в т. 3 към Част Седма – Нервни болести: Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие на заболяванията и тежестта на симптоматиката. Допълнени са т. 3.3 и т. 3.4, съответстващи на средна и тежка степен (форма) на тази група заболявания, като е добавен пожизнен срок.</p>
50	09 декември 2022 г. danij	<p>Да има срок за подаване на молба от пациентите за ревизия на сегашните решения спрямо новата методик При предишната промяна в методиката за изчисляване на крайния процент ТНР през 2019г беше даден срок (напр. 1 месец от влизането в сила на промените), през който хората да имат право да подадат молба за ревизия на решението си с прилагане на новата методика.</p>	Приема се по принцип	В проекта е предвидена възможност лицата, освидетелствани или преосвидетелствани в периода до влизането в сила на това постановление и за които с него са определени по-благоприятни условия за оценка на увреждането, да имат право да подадат заявление-декларация за

		<p>В настоящия проект няма такъв срок, а е нужно да има.</p> <p>Защо болни хора трябва да обикалят да вадят ново тесте документи, за да бъдат преосвидетелстване по новата методика, ако бъде приета, ако са се явили наскоро, вместо да им бъде ревизиран само крайния процент по досегашните, вече описани различни проценти в мотивите на сегашното им решение.</p> <p>Подобна мярка ще облекчи и самите ТЕЛК комисии, т.к. няма да има нужда от губене на времето на 3-ма квалифицирани лекари в ТЕЛКА наново да гледат неща, които вече са гледали, а техническите сътрудници ще могат само с прилагане на новата формула по новата методика върху вече веднъж определените проценти в решението на пациента да направят калкулацията.</p>		<p>преосвидетелстване извън случаите по чл. 56, ал. 1 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника).</p> <p>Не се поставя срок за това преосвидетелстване, за да няма ограничение пред хората с увреждания, както и за да не се създава прекомерно натоварване на ТЕЛК и НЕЛК в кратки периоди от време, което ще забави допълнително тяхното произнасяне.</p> <p>И към настоящия момент в разпоредбите на Правилника е регламентирано извършените консултации и изследвания през последните дванадесет месеца, предхождащи явяването в ТЕЛК, да се прилагат и използват в процеса на преосвидетелстване на лицето.</p> <p>За започване на една процедура по преосвидетелстване е необходимо изричното волеизявление на лицето с увреждане. Не може да се осъществява „служебно“ преосвидетелстване на лицата, без изразеното от тяхна страна желание.</p> <p>Здравословното състояние е динамично и независимо колко време е минало от предходно освидетелстване, то може да бъде различно към настоящия момент и съвсем друго в бъдещ момент.</p>
51.	08 декември 2022 г. Rtdorov	<p>ИЗИСКВА СЕ РАДИКАЛНА ПРОМЯНА НА НМЕ!..... ДОПЪЛНЕНИЕ ЗА ПРОМЯНА НА НМЕ Предложение за допълнение на „Проект на Постановление на Министерския съвет за изменение и</p>	Не се приема	<p>Липсват конкретни мотиви за предложенията за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза по отношение на Приложение № 1 към чл.</p>

		<p>допълнение на Наредбата за медицинската експертиза”.</p> <p>Действащата НМЕ се нуждае от много точни и ясни индикации за определяне % на ТНР, както и уточняване конкретния период (1, 2, 3 год, пожизнено), за който се дава, за да се избегнат различните тълкувания от страна на членовете на ТЕЛК комисиите, а по този начин и да се избегне или намали натиска върху пациентите, както и корупцията. Необходимо е да има прозрачност и ясно регламентирани, документално описани правила, не само за ТЕЛК комисиите, а И ЗА ПАЦИЕНТИТЕ, ЗА ДА МОГАТ ДА ПОЛЗВАТ ПРАВОТО НА СПРАВЕДЛИВО ОЦЕНЯВАНЕ!</p> <p>Затова е необходимо да се направят следните промени:</p> <p>1. Всички Онкологични заболявания след 5 година с пожизнен срок- 85%</p> <p>При поява на ново онкологично заболяване, независимо дали е рецидив, мета или съвсем отделно, без значение от периода – 91% пожизнено</p> <p>Прибавяне 20 % от сбора на придружаващите заболявания, независимо от % им, към основното заболяване, за срок 3 години</p> <p>ИЛИ ПРИБАВЯНЕ НА 20 % от сбора на придружаващите заболявания, независимо от % им, към основното заболяване с пожизнен срок</p> <p>Включване на заболяване Фибромиалгия с - 50% за срок 3 години</p> <p>Към НМЕ да има точно и ясно написано в писмен вид/ документ/ поаснение как се изчислява годината при определяне % съгл отправните точки</p> <p>Тоно и ясно да бъде конкретизирано годината, а не дата от операцията</p>		<p>63, ал. 1 (отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти). Останалата част от предложенията касаят организацията на дейността на органите на медицинската експертиза, която е предмет на друг нормативен акт и подлежи на самостоятелно разглеждане.</p>
--	--	--	--	---

	<p>1.2. гастректомия: 1.2.1. за първите две години - 95%; 1.2.2. за третата година след операцията - 85%; 1.2.3. за четвъртата година след операцията - 80%;</p> <p>Промяна на проценти при</p> <p>2. Синдром на Райтер и реактивни артрити: 2.1. полиартикуларно засягане на големи, средни и малки стави на крайниците, без тендосиновит – 40 % за срок 3 години</p> <p>Генерализирана остеопороза без реализирани или с реализирани спонтанни фрактури при (Т-скор над – 2,5), установен чрез остеодензитометрия на гръбначен стълб или шийка на бедрена кост – 50 %</p> <p>Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и състояния, водещи до хронично персистиращи радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лекостепенни с остатъчен сетивен синдром без двигателен дефицит – 30 % <p>При подаване на документи за освидетелстване или преосвидетелстване в РКМЕ ТЕЛК, да се дава документ на пациента или подателя в който са описани подробно приложените документи с оглед на това, че могат да бъдат изгубени, а и като доказателство, че са подадени и трябва да се вземат в предвид, особено, когато периода от подаването до явяването е голям.</p> <p>Да бъдат написани конкретни срокове в които ТЕЛК да определи дати за явяване на пациенти, независимо дали става въпрос за освидетелстване или преосвидетелстване</p>		
--	--	--	--

		<p>Право на пациента да откаже да подпише ТЕЛК решение, с което не е съгласен в момента на получаване и това да води след себе си последствия за Телк комисията, която в писмен вид да даде своите мотиви или обяснения.</p> <p>ЗА ДА СЕ ИЗБЕГНАТ ДУМИ ОТ СОРТА „АМИ ТЕ НЕ СА ВАЖНИ, НЕ НОСЯТ % И ЗАТОВА НЕ СМЕ ГИ ПИСАЛИ“ ИЛИ „ АМИ НИЕ ТАКА ГИ СМЯТАМЕ“</p> <p>Задължително да се описват ПОДРОБНО всички приложени документи, т.е Съгласно Епикриза диагноза или заболяване.....</p> <p>Промяна на условията за ползване на правото за закупуване на карта за градския транспорт на преференциална цена, т.е</p> <p>Да не се прекъсва това право на закупуване на карта за градски транспорт, докато трае процедурата за преосвидетелстване или освидетелстване, или да се чака пенсията отпусната от НОИ, както е досега, ЗАЩОТО ВСИЧКО ТОВА ОТНЕМА МЕСЕЦИИИ.</p>		
52.	11 декември 2022 г. iremairena	<p>Промяна на НМЕ</p> <p>КОГА ЩЕ ИМА РАДИКАЛНА ПРОМЯНА НА НМЕ?</p> <p>До кога ще се отчитат степената на увреждане само по медицински показатели, без да се взема под внимание оценката на функционалността на човека?</p> <p>Защо трябва да се обявява човека с увреждане за негоден, и да търси високият % увреждане, за да получи някаква финансова подкрепа.</p> <p>Медицинската експертиза или оценка трябва да бъде комплексна индивидуална оценка и да гарантира, че всяко лице ще получава подкрепата, от която се</p>	Не се приема	<p>Липсват конкретни предложения, свързани с предложението проект на нормативен акт.</p> <p>Не е възможно самата медицинска оценка, която е същността на медицинската експертиза, да гарантира получаването на подкрепа, тъй като това се явява извън нейният обхват. В този смисъл представените в предложението мотиви не са ясни и не се разбира каква е визията за необходимата „радикална“ промяна на Наредбата за медицинската експертиза.</p>

		<p>нуждае, за да се компенсират ограниченията, свързани с увреждането.</p> <p>Колко време е нужно, само да се говори за тази оценка, а да не се върши нищо в тази посока.</p>		
53.	<p>№ 94-2754/ 08.11.2022 г. Илиян Славчев</p>	<p>Моля да допълните Част V – Очни заболявания от Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от Наредбата за медицинската експертиза с, липсващите в нея, отправни точки отразяващи степента увреждане при Руптура склере – разкъсна рана на зрителния орган.</p> <p>Доводите за това предложение са следните – да може да се вземат предвид, от експертните лекарски комисии, показанията за реалната степен на функционален дефицит за състояния след Руптура склере и свързаният, с този дефицит, риск за отлепяне на ретината на зрителния орган, пострадал от това разкъсване!</p>	Не се приема	<p>Не са изложени мотиви за необходимостта от извеждането на ограничена травма, каквато е руптурата на склерата, в отделна отправна точка.</p> <p>Съгласно чл. 63, ал. 1 установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка съгласно Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1. Когато установеното увреждане не е посочено като отправна точка в Приложението, но обуславя значителен функционален дефицит, за критерий се взема най-близката по съдържание точка, като в експертното решение се вписва „във връзка с т...“ и се прави подробна обосновка.</p>

Д-Р ТОМА ТОМОВ
ЗАМЕСТНИК-МИНИСТЪР