

НАЦИОНАЛНА ЕКСПЕРТНА ЛЕКАРСКА КОМИСИЯ /НЕЛК/

гр. София, ПК 1074, бул. „Акад. Иван Евстатиев Гешов“ 15

факс: 02 80 539 42; тел. Деловодство: 02 80 539 41

e-mail: info@nelk.bg; http://www.nelk.bg

Изх. № 16292/23.09 /..... 2021 г.

**ДО
ДИРЕКТОРА НА
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА
ИНСПЕКЦИЯ**

**ПРАКТИЧЕСКИ НАСОКИ
ПО ПРИЛОЖЕНИЕТО НА
НАРЕДБА ЗА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА**

(Обн. ДВ. бр. 51 от 27.06.2017 г., ... посл. изм. и доп. с ПМС № 225/12.07.2021 г.,
ДВ. бр. 59 от 16.07.2021 г.)

В изпълнение на компетентности на НЕЛК по чл. 25, ал. 5 от Закона за здравето, Ви предоставяме за запознаване настоящите практически насоки по приложението на Наредбата за медицинската експертиза (обн. ДВ. бр. 51 от 27.06.2017 г., ... посл. изм. и доп. с ПМС № 225/12.07.2021 г., ДВ. бр. 59 от 16.07.2021 г.).

Същите са предназначени за подпомагане дейността на органите на медицинската експертиза - ТЕЛК, с оглед стандартизиране на тяхната практика при освидетелстването на хора с увреждания и практически решения по проблемни случаи. Практическите насоки обхващат както Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1 от НМЕ „Отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане (ТНР/ВСУ) в проценти“, така и Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ „Методика за прилагане на отправните точки за оценка на ТНР/ВСУ в проценти“.

Моля, практическите насоки да бъдат предоставени на органите на медицинската експертиза на територията на Вашата област.

ОБЩА ЧАСТ

Съгласно чл. 5, ал. 1, т. 4 от Закона за здравето (ЗЗдр.) министърът на здравеопазването ръководи Националната система на здравеопазването и осъществява контрол върху дейностите по медицинска експертиза.

Съгласно чл. 10, ал. 1, т. 5 от ЗЗдр. регионалните здравни инспекции (РЗИ) осъществяват дейности по планиране, организиране, ръководство и контрол на медицинската експертиза на територията на съответната област.

Съгласно чл. 25, ал. 5 от ЗЗдр. Националната експертна лекарска комисия осъществява експертни, контролно-методически и консултативни дейности по експертизата на работоспособността.

Съгласно чл. 101, ал. 2 от ЗЗдр. медицинската експертиза се организира и ръководи от министъра на здравеопазването и РЗИ.

Съгласно чл. 101, ал. 1 от ЗЗдр. за установяване на вида и степента на увреждане на деца до 16 годишна възраст и за лица придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване (КСО) и за установяване степента на ТНР на лица в трудоспособна възраст, както и за потвърждаване на професионална болест, се извършва медицинска експертиза.

Съгласно чл. 101, ал. 7 от ЗЗдр. принципите и критериите на медицинската експертиза, реда за установяване на временна неработоспособност, вида и степента на увреждане, степента на трайно намалена работоспособност, потвърждаване на професионална болест, както и условията и редът за извършване на медицинска експертиза се определят с наредба на Министерски съвет.

Съгласно чл. 101а, ал. 2 от ЗЗдр. при дефинитивни състояния, при които няма възможност за пълно или частично възстановяване на работоспособността, степента на ТНР се определя пожизнено.

Съгласно чл. 109 от ЗЗдр. устройството и организацията на работата на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (РКМЕ) се определят с правилник на Министерски съвет

Съгласно чл. 110 от ЗЗдр. контрол върху медицинската експертиза се осъществява от Националния съвет по медицинска експертиза, от министъра на здравеопазването, министъра на труда и социалната политика, НЗОК, НОИ, Регионалните съвети по чл. 111 от ЗЗдр. и РЗИ.

Съгласно чл. 105, ал. 1 от ЗЗдр. ТЕЛК се откриват и закриват от директорите на РЗИ, съгласувано с министъра на здравеопазването, към държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ и диспансери, а по ал. 2 ТЕЛК са структурни звена на лечебните заведения, към които са открити.

В съответствие с гореизложените текстове въпроси, касаещи администриране дейността на ТЕЛК, РКМЕ и ЛКК (по области), както и въпроси от структурно-организационен характер, са изцяло от компетентността на директорите на РЗИ и директорите на лечебните заведения, чиито структурни звена са ТЕЛК и имат разкрити и ЛКК.

ЧАСТ ПЪРВА

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ

За определянето на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане (ТНР/ВСУ) по НМЕ, основно изискване е наличието на трайни функционални нарушения от страна на съответния орган или система. Приета диагноза, преживяно счупване или оперативни интервенции сами по себе си не обуславят трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане се определят въз основа на останалите трайни функционални нарушения след проведено лечение, въз основа на подробна клиничко-експертна анамнеза, задълбочен клиничен преглед, лабораторни и функционални изследвания от наличната медицинска документация, даващи представа за функционалното състояние на заболелия орган и организма като цяло.

Начинът на определянето на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по Част I от НМЕ изисква представяне на образни изследвания – Ръо-графии, МРТ (при асептичните некрози), КТ – на хартиен носител, с приложено разчитане и на хартиен носител; подробен ортопедичен преглед на лицето със съответните измервания – ъглометрии и сантиметрии на обема на движение в съответната става, разлика в дължината на крайниците, симптомите на От и Шобер за гръбначния стълб и др. Пациентът следва да се преглежда съблечен, а измерванията да са точни и да се извършват според установената Методика.

Указанията на Отправните точки към Част I от НМЕ са достатъчно конкретизирани и пояснени в Раздел I – Общи правила, и в съответните забележки, включени в текста и в края на всеки раздел. За изключителни случаи се допуска използването на най-близката, според функционалния дефицит и тежестта на увредата, отправна точка, което обаче трябва да бъде съответно аргументирано и да отговаря на действителното състояние на лицето.

Доброто познаване на Отправните точки и Методиката от експертите е задължително условие за правилна експертиза на работоспособността на опорно-двигателния апарат.

Методика и основни параметри за изследване на опорно-двигателния апарат при освидетелстване от ТЕЛК и НЕЛК.

Обемът на движенията в ставите е основен параметър на двигателната функция. Извършва се с класическа ъглометрия по системата С, Ф, Р, със стандартен универсален ъгломер, при стандартни изходни (нулеви) позиции на всяка става и при стандартно положение на раменете на ъгломера. При измерването тялото е в анатомична позиция – долните крайници са приближени един към друг, като ходилата са допсени да началото на пръстите, горните крайници висят свободно покрай тялото с длани обърнати напред. Главата стои така, че равнината прекарана през долния ръб на орбитите и горния ръб на външните слухови отвори лежи хоризонтално.

По системата С, Ф, Р движенията се обозначават кодово с началната буква на равнината, в която се извършва движението: С – сагитална, Ф – фронтална и Р – ротация.

Обемът на движение се регистрира с три цифри, които обозначават изходната позиция (в средата) и обемът на движение в едната и в другата посока в съответната равнина (записват се пред и след цифрата на изходната позиция).

Обемите на екстензията, абдукцията и външната ротация се отбелязват първи (преди изходната позиция), а обемите на флексията, аддукцията и вътрешната ротация – последни (след изходната позиция). Например: нормален обем в раменна става в сагиталната равнина (екстензия – флексия) се записва С=60-0-180.

При налична контрактура измереният ъгъл на контрактурата се записва в средата. Например: флексионна контрактура по Томас в тазобедрена става от 20 градуса при възможна флексия 90 градуса в сагиталната равнина се означава като С=0-20-90.

Прилагаме нагледна таблица за начина на измерване обема на движение в ставите на опорно-двигателния апарат с ъглометрии и сантиметрии и физиологичните норми. (Приложение №1)

Раздел II

Хроничен остеомиелит

Оценката се аргументира с описан клинично-експертен преглед и документация от клинично проследяване на състоянието с епикризи, амбулаторни листа от прегледи, рентгенографии, лабораторни и микробиологични изследвания.

Раздел IV

Гръбначни и тазови увреди

Гръбначните увреждания се оценяват по Част I само по ортопедичен функционален дефицит и рентгенографии. Не се допуска обща оценка по Част I и Част VII за неврологична патология.

Шияен отдел на гръбначен стълб се оценява само по ортопедичен функционален дефицит, като се има предвид, че това е най-подвижната част на гръбначния стълб. Обикновено патологията е от неврологичен характер, който се оценява по Част VII.

При остеосинтезирани, фиксирани прешлени с остеосинтезен материал, състоянието може да се приравни към Блок прешлени, независимо от причината за остеосинтезата.

Раздел VI

Туморни заболявания на опорно-двигателния апарат

При оценката по т.1 – неоперабилни и тумори с далечни метастази – 100 % се препоръчва приложението на чл. 69, ал. 4 – пожизнен срок на инвалидността при спазване на определението – при дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване.

Раздел VII

Асептични некрози

Болест на Чандлър

Оценките за асептична некроза на бедрените глави в остър стадий се оценяват по Раздел VII, независимо, че функционалният дефицит все още може да не е тежък.

Основанието е профилактика на разрушаване на бедрената глава в този период.

След завършване на процеса оценката е като за вторична коксартроза по Част IX т.17. Препоръчва се образно изследване – МРТ като част от алгоритъма за диагностика и откриване на ранния стадий на асептичната некроза с последващо определяне процент ТНР/ВСУ.

Раздел VIII – Увреждания на горните крайници и Раздел IX – Увреди на долните крайници

Оценката се извършва според установения и описан ортопедичен функционален дефицит на ставите, документиран задължително и с рентгенографии с име и дата (или копие от диск).

Адекватните за възрастта дегенеративни промени не се оценяват по НМЕ.

Към ампутирани пръсти могат да се приравнят също тежка контрактура на пръсти в нефункционално положение, крайна екстензия или флексия, водеща до невъзможен захват, документирана с описан статус и рентгенографии.

В останалите случаи оценката е по функционален дефицит.

Ендопротезирани две тазобедрени стави се оценяват със 75 % с пожизнен срок по т.1, Раздел IX, Част I.

Забележка: Основно правило, което се прилага при всички увреждания на опорно-двигателната система с дефинитивен характер съгласно чл. 69, ал. 4 от НМЕ е определянето на пожизнен срок.

ЧАСТ ПЪРВА

ОРТОПЕДИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Пример за НМЕ - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 – Методика за прилагане на отправните точки за определяне на ТНР/ВСУ в проценти.

Пример I: Освидетелстваното лице има три увреждания:

Състояние след **ендопротезиране на една тазобедрена става и една колянна** следва оценка по т. 1.3, Раздел IX, Част I от НМЕ – **75 %**.

Периферна артериална болест на един долен крайник (ПАБ) II стадий по Фонтен (ABI>0,5) – следва оценка по т. 2.1.1, Раздел II, Част VIII от НМЕ – **30 %**;

Доброкачествена простатна хиперплазия с остатъчна урина 80 мл., следва оценка по т. 5.1, Раздел X, Част VIII от НМЕ – **10 %**.

За основа се взема най-тежкото увреждане – **75 %**, а останалите оценки които са под 50 % не се прибавят към 75 %, а се вписват в мотивната част на ЕР съгласно т.III.

Пример II: Освидетелстваното лице има три увреждания:

Състояние след **едностранно ендопротезиране на тазобедрена става**, следва оценка по т. 1.1, Раздел IX, Част I от НМЕ – **50 %**.

Варикозни вени на двата долни крайника с тежки застойни явления – траен оток и трофични изменения, без рани, Хронична венозна болест IV-б клас по СЕАР – следва оценка по т. 1.3.2.2, Раздел III, Част VIII от НМЕ – **50 %**

Генерализирана остеопороза без спонтанни фрактури, при Т-скор над – 2,5, оценена по т. 1, Раздел X, Част IX от НМЕ – 30 %.

За основа се взема най-тежкото увреждане – 50 % и към него се прибавят 16 % (20 % от (50 % + 30 % = 80 %), краен % – 66 %.

ЧАСТ ВТОРА ПСИХИЧНИ БОЛЕСТИ

Раздел I

Органично-мозъчни психични смущения

Отслабена годност на мозъчната активност не следва да се приема, ако не е доказано заболяване (мозъчно, соматично), което би могло да я обуслови. Понякога неправилно органично-мозъчното психично смущение се определя като отслабена годност на мозъчната активност, при наличие на сигурни данни за добре очертани паметови смущения. Тези състояния следва да се оценяват по т. 2 на Раздел I.

Органично-мозъчна промяна на личността е едно от най-често срещаните увреждания в Раздел I, свързано с разпространени мозъчни заболявания (мозъчно-съдови заболявания, дементни процеси и др.). Най-често тези болни не са били хоспитализирани в психиатричен стационар и в повечето случаи това не е необходимо за доказване на психичното увреждане. Много важно е да бъде осъществен и отразен в документацията подробен психичен статус, както и психиатрична анамнеза, подкрепени от психологично изследване. В случай, че има големи разминавания при обективизиране на състоянието, може да се изиска нов психиатричен преглед. При оценяване на деменциите, особено при напредналите процеси, следва да се акцентира върху изясняване на личностовото функциониране (ориентация, критичност, контрол на поведението, смущения на подтиците и настроението, интелектуално-мнестично снижение и т.н.), а не върху вида на дементния процес.

При установяване на много тежка (т.2.3.2, Раздел I, Част II – 95 % с пожизнен срок) или тежка и невъзвратима промяна на личността (т.2.4, Раздел I, Част II – 100 % с пожизнен срок), следва да се определи и чужда помощ поради тежестта на увреждането. Това се отнася и за тежките степени (т.2.3.1, Раздел I, Част II – 80 %), които заедно с придружаващите увреждания обуславят над 90 % ТНР/ВСУ. Следва във всички случаи когато тежестта на увреждането отговаря на дефиницията на чл. 68, ал. 2 – “чужда помощ се определя на лица, които не са в състояние да се обслужват самостоятелно при задоволяване на ежедневните си потребности“, да се определя задължително необходимостта от чужда помощ.

В случаите на експертиза на деца до 16 години се прилага задължително чл. 68 от НМЕ, при която чужда помощ се определя и при степен на увреждане под 90 %, а именно: 80-70-60 % и т.н. в зависимост от естеството на заболяването и възможността на отглеждането им извън семейството. Определянето на чужда помощ при децата се обуславя от вида и степента на заболяването, а не от възрастта на детето - чл. 68, ал. 4.

Забележка: С измененията на НМЕ (обн. ДВ бр. 64/2018 г., в сила от 03.08.2018 г.) ТЕЛК и НЕЛК се произнасят за необходимостта от чужда помощ и при 80 % ТНР/ВСУ, когато едно или повече съпътстващи заболявания обуславят над 50 % ТНР/ВСУ.

Раздел II

Умствена ограниченост

Леките степени на умствена изостаналост при интелектуален квотиент 60 - 70, следва да се оценяват диференцирано според социалната адаптация на лицата (най-вече трудовата адаптация), както и поведението им. Освен медицинската документация, много полезна информация се получава от извършените социални анкети. При тежка и дълбока умствена изостаналост по правило се определя и чужда помощ в съответствие с чл. 68 от НМЕ.

При лицата, оценени по т.2.2, Раздел II, Част II е определен пожизнен срок на инвалидността според промените в НМЕ от 16.07.2021 година. На тях следва да се определи и чужда помощ. Чужда помощ трябва да се определи и на лица с умерена умствена изостаналост с относително благоприятно развитие на личността (т.2.1, Раздел II, Част II – 80 %).

Раздел III

Психози

В медицинските документи на болни с хронифицирани психози, много често се прилагат т.н. етапни епикризи с отразени – начало на заболяването, симптоми, обостряния, осъществени хоспитализации, без да са приложени съответните епикризи, които следва да се изискат и приложат в документацията, за да има възможност обективно да се обсъди и оцени ходът и продължителността на заболяването, честотата, характерът и тежестта на обострянията. Трябва да се има предвид, че не всички афективни разстройства (F 30-39) могат да се обсъждат в Раздел III, Част II на Наредбата за медицинска експертиза. Тук следва да се оценяват само психотичните състояния, като се отграничават от невротичните (напр. липса на критичност). При анализа на приложените документи (амбулаторни листове, епикризи, етапни епикризи) да се отчита наличието на минимално изискуемите според критериите на МКБ -10 симптоми, както и продължителността на симптоматиката (напр. две седмици при депресивен епизод на РДР).

При състояния, оценявани по т.2.3, Раздел III, Част II – 95 % и по т.2.4, Раздел III, Част II – 100 % следва да се определи пожизнен срок на инвалидността. Същото се отнася и за състояния, оценявани многократно по т.2.2, Раздел III, Част II – 80 %. Същите следва да се считат за дефинитивни поради липса на динамика в продължителен период от време, същевременно следва да се определи и потребността от чужда помощ съобразно чл. 68 от НМЕ.

Раздел IV

Афективни психози

След отзвучаване на психотичен епизод при афективна психоза в условията на Раздел IV, следва да се определят 30 % ТНР/ВСУ, независимо, че няма обективизирана симптоматика. Срокът на инвалидността в тези случаи задължително е две години.

Раздел V

Аутистично разстройство

Аутистично разстройство, касае лица, навършили 16 години. Следва да се кодира с F 84 поради липса на код за възрастни в МКБ - 10.

На лицата, навършили наскоро 16 години, които все още се обучават, трябва внимателно да се определя способността им за професионална реализация и да не се допускат големи отклонения от оценката при предходното освидетелстване (като деца). За много тежките форми (т. 4, Раздел V, Част II – 100 %) следва да се определя чужда помощ и пожизнен срок при липса на динамика в състоянието при спазването на чл. 68 и чл. 69, ал. 4 от НМЕ.

Раздел VI

Неврози и абнормни развития на личността

Трябва да се избира внимателно моментът на инвалидизиране на невротично болните. По-леките и с по-малка продължителност (обичайно до две години) случаи не са включени в отправните точки, поради неизчерпани възможности за лечение и наличие на потенциал за възстановяване на обичайното функциониране. При доказване продължителността и тежестта на страданието, следва да се изискат и анализират всички медицински документи за провежданото медикаментозно и психотерапевтично лечение, вкл. протоколи за провеждани психотерапевтични сесии.

При най-тежките форми, оценени по т. 2, Раздел VI, Част II със 100 % следва да се определи пожизнен срок и чужда помощ (Невъзможност за самостоятелно оцеляване в обществото), в съответствие с чл. 68 и чл. 69, ал. 4 от НМЕ.

Раздел VII

Алкохолна болест

Смисълът на поставените изисквания, за доказване на алкохолна зависимост в забележките на Раздел VII, е да ангажира вниманието и интересът на болните за преодоляването ѝ, а не да поощрява и възнагражда злоупотребите. Изисква се комплексно проведено лечение за въздържане от алкохол, за което следва да бъдат приложени съответните медицински документи. Обичайна практика е, такива болни да бъдат хоспитализирани и лекувани за дезинтоксикация и преодоляване на абстинентната симптоматика, което само по себе си не представлява комплексно лечение. При вече настъпила органична промяна на личността, състоянието се оценява по Раздел I, Част II, а соматичните и неврологични увреждания по съответните профили.

Раздел VIII

Токсикомания

За доказване на зависимост към психоактивни вещества (наркомания, токсикомания), съществуват същите изисквания, както при алкохолната зависимост. Необходимо е провеждането на комплексно лечение, отразено в медицинската документация.

При състояния, оценени по т. 3, Раздел VIII, Част II – 100 % се определя пожизнен срок и чужда помощ (Невъзможност за самостоятелно оцеляване в обществото), в съответствие с чл. 68 и чл. 69, ал. 4 от НМЕ.

Раздел IX

Психични отклонения в детска възраст

При умствената изостаналост у деца (лица до 16-годишна възраст), оценката се определя по т. 1, Раздел IX, Част II. Погрешно е определянето ѝ по Раздел II (за лица над 16 години). При съмнение в достоверността на първичната медицинска документация или непълна такава и несъдействие на лицата и техните родители при обективизиране на състоянието им в комисиите, следва да бъдат насочвани към детска психиатрична клиника.

При децата с Лека умствена изостаналост (т.1.1, Раздел IX, Част II – 30 %) с данни за изразени поведенчески отклонения, се определя оценка не само по т.1.1, но и по т.4.2 – 50 %. При наличие на смесени разстройства на поведението и емоциите, на социалното функциониране и др. по т.4.3, следва оценката по тази точка да се добавя към тази за лека умствена изостаналост.

За децата с умерена и тежка умствена изостаналост задължително се определя чужда помощ по т.1.2.1, т.1.2.2; т.1.3 и т.1.4 по чл. 68 от НМЕ, а по т.1.3 и т.1.4 се определя и пожизнен срок при спазване на чл. 69, ал. 4 от НМЕ. При оценката по т. 2.2 и т.2.3 задължително се определя чужда помощ по чл. 68 от НМЕ, а при т.2.3 се определя и пожизнен срок при спазване на чл. 69, ал. 4 от НМЕ.

Гореизброеното се налага поради необходимостта от повишени грижи в бита и комуникацията. Това се отнася и за децата със синдрома на Даун, при които степента на умствена изостаналост най-често е умерена, дори тежка и е съчетана с емоционално-волеви и поведенчески отклонения, както и с множество соматични увреждания – органични, двигателни, на фината моторика и други. При тях задължително се определя пожизнен срок и чужда помощ.

При тежко протичащите психози в детско-юношеска възраст, оценявани по т.3.2, Раздел IX, Част II – 80 % се определя и чужда помощ, а по т.3.3, Раздел IX, Част II – 100 %, следва да се определи пожизнен срок и чужда помощ.

За доказване на Генерализирано разстройство на развитието (Детски аутизъм), не е достатъчна медицинска документация, съдържаща един амбулаторен лист. Необходимо е проследяване на състоянието, по възможност от детски психиатър, подробно отразяване в документацията (от амбулатория или стационар) на анамнестичните данни, с насоченост към функциониране в семейството и училището, както и на обективното състояние, вкл. и в психологично изследване.

Препоръчва се определяне на чужда помощ на децата с детски аутизъм, независимо от степента на изразеност, поради съчетаването на увреждания в различни психични сфери - поведенчески, емоционални, когнитивни, социо-комуникативни.

При оценката по т.4.3.3 задължително се определя и чужда помощ по чл. 68 от НМЕ.

ЧАСТ ВТОРА

ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Пример за НМЕ - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 – Методика за прилагане на отправните точки за определяне на ТНР/ВСУ в проценти.

Пример I: Лице с две увреждания вследствие преживян съдово-мозъчен

инцидент: Левостранна хемипареза – средна степен – 75 % по т. 2.4.3, Част VII;

Тежко изразена органично-мозъчна промяна на личността – 80 % по т.2.3.1, Раздел I, Част II. Крайният процент е 95 %. Следва да се определи и чужда помощ поради тежкото психично увреждане, съчетано с неврологично увреждане.

Пример II: Лице с две увреждания: Умерена умствена изостаналост с благоприятно развитие на личността – 80 % по т.2.1, Раздел II, Част II; Епилепсия – средно чести генерализирани епилептични пристъпи (70 % по т.4.3, Част VII). Крайният процент е 94 %. Следва да се определи и чужда помощ поради съчетаването на психично и неврологично увреждане при спазването на чл. 68, ал. 2 от НМЕ.

ЧАСТ ТРЕТА

УШНИ, НОСНИ И ГЪРЛЕНИ (УНГ) ЗАБОЛЯВАНИЯ

Оценката на функционалния дефицит на слуховия анализатор се прави след изследване на тонална прагова аудиометрия и евокирани слухови потенциали.

Извършването на евокирани слухови потенциали на практика елиминира субективността на изследването при обичайната аудиометрия и води до обективен резултат за наличието или не на дефицит на слуховият анализатор, както и степента на увреждане.

По експертната на състояние на т.6, Раздел VI, Част III – 100 %; т.7, Раздел VI, Част III – 100 % и т.8, Раздел VI, Част III – 100 % се определя пожизнен срок в съответствие с чл. 69, ал. 4 от НМЕ.

В случаите на експертиза на деца освен оценката по съответните отправни точки, в съответствие с чл. 68, ал. 2, ал. 3 и ал. 4 се определя и необходимостта от чужда помощ.

Пример за НМЕ - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 – Методика за прилагане на отправните точки за определяне на ТНР/ВСУ в проценти.

Пример:

Експертизираното лице има две увреждания, както следва:

1. За хемиглосектомия при резекция на езика, следва оценка по т.9.2, Раздел VI, Част III – 75 %.

2. За епилепсия - ГТКП с честота през месеци, следва оценка по т.4.2, Част VII – 50 %.

Общата оценка на ТНР/ВСУ се определя, като за основа се взема най-високият процент на най-тежкото увреждане – 75 % и към него се прибавя 10 % (20 % от 50 %), т.е. краен % - **85 %**.

ЧАСТ ЧЕТВЪРТА

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА

Процентът на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане във връзка със заболяванията на сърдечно-съдовата система се определя в зависимост от:

а/ степента на функционален дефицит (функционален клас) (ФК) на сърдечна недостатъчност (СН);

б/ вида на заболяването - етиология, ход, протичане, стадий, еволюция, прогноза и т.н.

При извършване на медицинската експертиза на заболяванията на сърдечно-съдовата система (ССС), в съответствие с чл. 62 от НМЕ, се следват три основни насоки, в зависимост от това, дали експертното решение (ЕР) се постановява въз основа на представената медицинска документация, или при необходимост след личен преглед на освидетелстваното лице:

- подробна клиничко-експертна анамнеза, касаеща състоянието на хемодинамиката (от посочените в медицинската документация данни или при личен преглед на лицето);

- задълбочен клиничен преглед, обективизиращ състоянието на сърдечно-съдовата система (от посочените в медицинската документация данни или при личния преглед на лицето);

- интерпретация на насочени лабораторни и функционални изследвания и данни от наличната медицинска документация, даващи представа за функционалното състояние на сърдечно - съдовата система и на организма като цяло.

Подробната клиничко - експертна анамнеза, отразена в медицинските документи или при осъществяването на личен преглед на лицето, касаеща състоянието на хемодинамиката обхваща сегашна анамнеза, минала анамнеза, фамилна анамнеза и рискови фактори.

Сегашната анамнеза подробно дава представа за настоящите оплаквания на освидетелстваното лице по отношение на състоянието на сърдечно-съдовата система - давност на заболяването, провеждано амбулаторно или стационарно изследване и лечение, оплаквания, касаещи физическия капацитет на лицето, обемът на физическо натоварване, който е във възможностите на лицето, пълна анамнестична характеристика на евентуална гръдна болка - по локализация, провокиращ момент, ирадиация, времетраене, придружаваща вегетативна симптоматика, нужда от бързодействащи нитрати, стойности на артериалното налягане - максимално и обичайно измервани, честота на евентуални пристъпи от ектопичен ритъм, междупристъпен интервал, начин на копирането им, противорецидивна терапия, давност на евентуална интервенция, вид на интервенцията, ефект от нея, провеждано лечение по вид на медикаментите. Особено внимание се обръща на фамилната обремененост и на рисковите фактори, тъй като те имат важно място при експертизирането на болестите на сърдечно-съдовата система. (Анамнезата е насочена, в зависимост от конкретното заболяване на сърдечно-съдовата система).

Задълбоченият клиничен преглед на сърдечно-съдовата система за нуждите на експертизата, отразен в приложената медицинска документация или осъществен при личния преглед на освидетелстваното лице съответства на общоприетите пропедевтични способности и не се отличава от този, провеждан за нуждите на диагностиката и терапията в клиничната практика. Особено внимание се обръща на наличието или на отсъствието на диспнея и цианоза в покой и при усилие, наличието на югуларен застои, на състоянието на белия дроб по отношение на застойна сърдечна недостатъчност, на сърдечния ритъм и честота, на характеристиката на сърдечните тонове и евентуална шумова находка, на

стойностите на артериалното налягане, на наличието или на отсъствието на органомегалия (застоен черен дроб, далак) на състоянието на долните крайници по отношение на периферен застои и т.н.

Таблицата за определяне на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане при болестите на сърдечно-съдовата система, е изградена на функционален принцип. Тъй като процентът ТНР/СУ се определя в зависимост от вида на заболяването и степента на функционалния дефицит (функционален клас на сърдечна недостатъчност), медицинските документи, необходими за експертизата на болестите на сърдечно-съдовата система следва да бъдат обособени в две направления:

Първо - доказващи диагнозата изследвания.

Второ - обективизиращи степента на функционален дефицит изследвания при хемодинамичните отклонения в резултат на определени заболявания на сърдечно-съдовата система.

Когато ЕР на ТЕЛЖ се взима по документи следва да се обсъждат анамнестичните и данните за обективното състояние на лицето, отразени в приложената първична медицинска документация – епикризи, като се има предвид и състоянието при дехоспитализацията, амбулаторни листи от контролни прегледи от кардиолог и такива за проследяване на състоянието в следващите месеци и проведените инструментални изследвания, а не само по консултация от кардиолог, направена непосредствено преди освидетелстването. Не следва да се пише „виж епикриза“ или „виж консултация...“.

Раздел I

Органични сърдечни увреди

Необходими медицински документи и изследвания, като се съобрази вида на конкретното заболяване на ССС:

- Етапна епикриза
- Консултация с кардиолог
- ЕКГ
- Ехокардиография с оценка на наличието или отсъствието на диастолна и/или систолна дисфункция
- Работна проба (ВЕТ, тредмил-при контраиндикации, Холтер, ЕКГ) - оценката на коронарния резерв и физически капацитет е задължителна при клиничните форми на коронарна болест на сърцето. При необходимост и при липса на контраиндикации работна проба се провежда и с оглед обективизирането на синдром на сърдечна недостатъчност, чрез оценка на физическия капацитет на лицето
- Епикриза от остра фаза на миокарден инфаркт (ако се обсъжда такъв)
- Епикризи от болнично лечение по повод сърдечно заболяване (ако има такава в последните 12 месеца).

Раздел II

Сърдечни вмешательства

- Етапна епикриза
- Консултация с кардиолог
- Ехокардиография с оценка на наличието или отсъствието на диастолна и/или

сistolна дисфункция

- Работна проба след интервенцията (при коронарно болни)
- Епикриза от болнично лечение с описан оперативен протокол
- Инвазивно изследване (ако има такова, проведено за нуждите на терапията).

Раздел III

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда без реакция

- ЕКГ
- Ехокардиография

Раздел IV

Чужди тела в сърдечния мускул с повлияване на сърдечните функции

- По реда на Раздел I

Раздел V

Ритъмни и проводни нарушения

- ЕКГ
- Ехокардиография с оценка на наличието или отсъствието на диастолна и/или систолна дисфункция
- Холтер, ЕКГ
- Консултация с кардиолог
- Етапна епикриза

Раздел VI

Артериална хипертония (АХ)

- Консултация с кардиолог
- Етапна епикриза
- ЕКГ
- Ехокардиография с оценка на наличието, или отсъствието на диастолна и/или систолна дисфункция.
- Холтер на РР (незадължително)
- Очни дъна
- креатинин, урея, йонограма
- изследване за микроалбуминурия (незадължително, при насоченост)
- Доплер на каротидните артерии (незадължително, при насоченост)
- Доплер на периферните артериални съдове (незадължително при насоченост)

Оценката на Артериална хипертония следва да се прави по Раздел VI в зависимост от стадия на хипертонията и белезите за органично ангажиране при II стадий, съответно от степента на функционалния дефицит на прицелния орган при III стадий хипертония, а не да се прави оценка само по ехокардиографските данни за сърдечната функция – диастолна и /или систолна и по-точно по изчислената ФИ.

Напр. оценката по т.2.1 на Раздел I при АХ следва да бъде когато се обсъжда АХ със сърдечна недостатъчност при диастолна дисфункция.

Раздел VII

Функционални кардиоваскуларни синдроми

- Етапна епикриза
- Консултация с кардиолог
- Пропедевтична проба за ортостатизъм с измерване на РР в легнало, седнало и право положение на тялото.

Раздел VIII

Неупоменати заболявания на сърцето

- По аналогия с Раздел I

Част IV на Таблицата на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/степената на увреждане в проценти е изградена на функционален принцип, поради което оценката зависи не само от вида на съответното заболяване на сърдечно-съдовата система, но преди всичко от функционалния дефицит, установен във връзка с конкретното увреждане на ССС. ТЕЛК задължително следва да мотивира определения от нея процент, като посочи основанията си за избор на конкретен процент по конкретна отправна точка.

Раздел I

Органични сърдечни увреди

Мотивирането на конкретната оценка по този раздел, следва да бъде съобразено освен със съответния функционален клас на синдром на сърдечна недостатъчност (функционален клас стенокардия) и с необходимостта или липсата на необходимост от медикация, наличието или отсъствието на ефективност на хемодинамичния отговор при лечение, наличието или отсъствието на систолна и/или диастолна дисфункция, наличието или отсъствието на белези за периферен застой.

Раздел II

Сърдечни вмешателства

С изключение на т.1, която обхваща случаите на сърдечни вмешателства без хемодинамични нарушения и усложнения след интервенцията, процентът ТНР/СУ в останалите случаи се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечна недостатъчност или стенокардия след интервенцията по аналогия с Раздел I, т. 2-5 и от степенната изразеност на останалите усложнения, ако има такива.

Раздел III

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда оздравели без реакция

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция, не обуславят процент ТНР/СУ.

Раздел IV

Чужди тела в сърдечния мускул с повлияване на сърдечните функции

Процентът на ТНР се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечна недостатъчност - по реда на Раздел I, т.1-5.

Раздел V

Ритъмни и проводни нарушения

Вземат се предвид както степента на функционален клас на сърдечна недостатъчност (във връзка с Раздел I) на фона на ритъмно-проводните нарушения, така и характера и вида на ритъмно-проводното нарушение и/или честотата на документираните рецидиви от ектопичен ритъм.

Раздел VI

Артериална хипертония

Вземат се предвид степента и стадия и формата на Артериалната хипертония, броя на ангажираните таргетни органи, повлияването или неповлияването от медикаментозно лечение, рисковите фактори, вида и тежестта на основното заболяване в случаите на симптоматична Артериална хипертония.

Раздел VII

Функционални кардиоваскуларни синдроми

Вземат се предвид наличието или липсата на ортостатизъм.

Раздел VIII

Неупоменати заболявания на сърцето

Оценката на работоспособността/степената на увреждането е в зависимост от степента на функционален дефицит - функционален клас на синдром на сърдечна недостатъчност.

Забележка I: По срока на инвалидност. Следва да има мотив за съкратения срок – 1 или 2 години. Например: заболяване, което е обсъждано и в предходно ЕР на ТЕЛК и е вписана същата диагноза и същия мотив, но е определен по-нисък % се определя срок 1 г. без да е мотивиран съкратения срок. Например: ВСМ. Комплекс на Фало с проведени оперативни корекции или състояние след клапно протезиране.

Забележка II: При заболявания с дефинитивен характер задължително се определя и пожизнен срок съгласно чл. 69, ал. 4 от НМЕ, както и при определянето на необходимостта от чужда помощ оценката се съобразява с чл. 68 от НМЕ.

ЧАСТ ЧЕТВЪРТА

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА

Пример за НМЕ - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 – Методика за прилагане на отправните точки за определяне на ГНР/ВСУ в проценти.

Пример I:

Експертизираното лице има три увреждания, както следва:

1. Инфаркт на миокарда в първата година от реализирането му, следва оценка по т.4, Раздел I, Част IV – 80 %.
2. Загуба на ръка на ниво радиокарпална става, следва оценка по т.7, Раздел VIII, Част I – 60 % - пожизнен срок.
3. Дегенеративни промени на гръбначния стълб с ограничени функционални нарушения, следва оценка по т.4.1, Раздел IV, Част I – 10 %

Общата оценка на ТНР/ВСУ се определя, като за основа се взима най-високия процент на най-тежкото увреждане – 80 % и към него се прибавя 14 % (представлява 20 % от (60 % +10 %), краен % - 94 %.

Забележка: В случай, че лицето иска да бъде експертизирано само за дефинитивното заболяване по Част I, Раздел VIII, т.7 – се определя 60 % с пожизнен срок, т.е. прилага се чл. 69а (ДВ, бр. 59 от 2021 г., в сила от 16.07.2021 г.)

ЧАСТ ПЕТА ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Основен принцип в медицинската експертиза е освидетелстване да се извършва на доказано хронично очно заболяване, проследявано и лекувано във времето, описано в представените медицински документи. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане се определя по доказан функционален дефицит, а не само по диагноза.

1. Зрителната острота се отчита след най-добра корекция за всяко око поотделно с корекционни очила или лещи.

2. Периферното зрение се определя след изследване на пълно поле 180 градуса с компютърен или Кугел периметър. Стеснението се изчислява сумарно, с изключение на посочените в отделни отправни точки промени в зрителното поле.

3. Атрофични промени в папилата или самия зрителен нерв се оценяват след доказване със съответни изследвания - ФА, ОСТ или ЯМР при необходимост. Предвид се вземат и промените в централното и периферно зрение.

4. Оценката при онкологични заболявания зависи от началото на заболяването, вида му и функционалния дефицит на засегнатото око.

5. При деца, на които не може да се извърши преглед по обичайния начин, при оценката се вземат предвид описаните прегледи и изследвания в съответната клиника, в която е лекувано или се лекува детето. Наблюдава се поведението на детето в непознатата обстановка - следи ли присъстващите, заглежда ли се, рисува ли ако е по-голямо.

Пожизнен срок се определя в съответствие с дефиницията на чл. 69, ал. 4 от НМЕ, а чужда помощ в съответствие чл. 68 от НМЕ, като при деца - чужда помощ се определя в зависимост от функционалния дефицит на зрителния орган, а не от възрастта.

Забележка: При оценката на невъзвратими морфологични изменения на органа на зрението – окото се определя пожизнен срок при спазването на чл. 5, Раздел VIII, Част V и чл. 69, ал. 4 от НМЕ, а в съответствие с чл. 68 от НМЕ се определя и необходимостта от чужда помощ.

ЧАСТ ПЕТА ОЧНИ БОЛЕСТИ

Пример за НМЕ - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 – Методика за прилагане на отправните точки за определяне на ТНР/ВСУ в проценти.

Пример:

Експертизираното лице има две увреждания, както следва:

1. За непоправима птоза на двете очи, следва оценка по т.1.2, Раздел VI, Част V

– 91 %.

2. За хронична венозна болест на двата крака, следва оценка по т.1.1.2, Раздел III, Част VIII – 20 %.

Общата оценка на ТНР/ВСУ се определя, като за основа се взема най-високия процент на най-тежкото увреждане – 91 %, краен процент – 91 %.

ЧАСТ ШЕСТА

БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ

За всички заболявания по Част VI е необходимо да се представят актуална консултация с пулмолог, амбулаторни листи от системно диспансерно наблюдение, епикризи.

Раздел I

Счупвания на ребра и деформация на гръдния кош

1. Ро графия бял дроб и/или компютърна томография (КТ), ФИД, АКР.

Раздел II

Бронхиектазии като самостоятелно заболяване (доказани рентгенологично или с КТ)

1. Ро графия бял дроб и/или КТ изследване

При тежка форма на бронхиектазии при деца в зависимост от индивидуалното състояние може да се определи чужда помощ по чл. 68 и пожизнен срок по чл. 69, ал. 4 от НМЕ при оценката на ВСУ по т.3.2.

Раздел III

Пневмокониози

1. КТ на белите дробове (с висока разделителна способност), ФИД и АКР.

Раздел IV

Бронхиална астма

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.

2. ФИД и АКР.

С оглед обективизиране честотата на дневните и нощните симптоми е необходимо да се представят амбулаторни листове от посещение при личен лекар, листове от посещения на спешен център поради астматичен пристъп, амбулаторни листове от посещения при пулмолог.

Раздел V

Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи

1. Етапна епикриза от онкодиспансер, прилагане на КТ или ПЕТ/КТ, КГА

При оперативна интервенция в голям обем – пулмонектомия - оценката ТНР/ВСУ следва да е по Раздел X, т.2, с изключение на случаите на т.1.1 и т.2.1 от Раздел V.

Раздел VI

Туберкулоза

1. Етапна епикриза от пулмолог (ТУБ диспансер по отношение на клинично състояние, терапия, Ро графии на бял дроб, изследвания на храчка за БК).

Раздел VII

Саркоидоза

1. Ро графии и/или КТ изследване, ФИД, КГА.

Раздел VIII

Белодробен тромбоемболизъм

1. КТ или СПЕКТ/КТ на белите дробове, АКР, консултация с пулмолог и кардиолог, ЕхоКГ, като тези изследвания следва да се представят и след първата година при преосвидетелстването.

Раздел IX

Хронична обструктивна белодробна болест/ОСА

1. Полисомнография (за ОСА), ФИД, АКР, консултация с кардиолог и ЕхоКГ за уточняване на хронично белодробно сърце.

Раздел X

Други болести на белия дроб

1. Муковисцидоза – оценката е 100 % с пожизнен срок. Необходимостта от чужда помощ се определя в съответствие с чл. 68 от НМЕ - медицински документи, с които е доказано заболяването – лабораторни, генетични изследвания.

2. Липса на един бял дроб – задължително се определя пожизнен срок по чл. 69, ал. 4 от НМЕ - Рентгенография на бял дроб и/или КТ изследване, КГА.

3. Частична резекция - Рентгенография на бял дроб и/или КТ изследване, КГА, ФИД.

4. Алергичен алвеолит при децата – ФИД, КГА. Експертизата по т. 4, Раздел X, Част VI при деца следва да се определи необходимостта от чужда помощ по чл. 68 от НМЕ.

5. Белодробни фибрози - Рентгенография на бял дроб и/или КТ изследване, КГА, ФИД.

6. Трансплантиран бял дроб – 100 % с пожизнен срок на инвалидност - епикриза от трансплантацията, Рентгенография на бял дроб и/или КТ изследване, КГА, ФИД.

ЧАСТ ШЕСТА – БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ и ЧАСТ ДЕВЕТА – ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ

Пример за НМЕ - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 – Методика за прилагане на отправните точки за определяне на ТНР/ВСУ в проценти.

Пример I:

Експертизираното лице има 2 увреждания, както следва:

1. ХОББ 3 ст. с ХДН 2 ст. – 80 % по т. 3, Раздел IX, Част VI.
2. Захарен диабет тип II – с едно усложнение – 40 % по т.1.2.1., Раздел I, Част IX.

Общата оценка на ТНР/ВСУ се определя, като се взима най-високият процент в съответствие с т. III от Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност – в случая 80 %.

Пример II:

Експертизираното лице има 3 увреждания, както следва:

1. ХОББ 3 ст. с ХДН 2 ст. – 80 % по т. 3, Раздел IX, Част VI.
2. Захарен диабет тип II – с едно усложнение – 40 % по т.1.2.1., Раздел I, Част IX.
3. Чернодробна цироза I стадий по Чайлд – 50 % по т. 2.1, Раздел XV, Част IX.

Общата оценка на ТНР/ВСУ се определя като се взима най-високият процент и към него се прибавя 20 % от сбора на останалите проценти. В случая към най-високия процент - 80 % се прибавя 18 % (представлява 20 % от сбора на останалите проценти (40 % + 50 % = 90 %), следователно **общият процент е 98 %** в съответствие с т. IV от Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност.

ЧАСТ СЕДМА НЕРВНИ БОЛЕСТИ

За уврежданията на нервната система процентът за трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от:

1. Степента на функционалния неврологичен дефицит.
2. Вида на заболяването - ход, стадий, протичане, еволюция, прогноза.

При извършване на медицинската експертиза на заболяванията на нервната система се следват три основни насоки:

Анамнеза - давност на заболяването, провеждано лечение, давност на оперативни интервенции, честота на пристъпи при хронично заболяване, терапия, ефект от лечението, фамилна анамнеза.

Неврологичен статус: пълен след преглед във връзка с увреждане на централната или периферната нервна система, а по документи - неврологичен статус от последната приложена консултация от невролог, при неприложена такава, следва да се изиска лицето да представи актуален неврологичен статус преди освидетелстването от ТЕЛК.

Изследванията се изискват от ТЕЛК съгласно съответното увреждане, по възможност актуални.

Медицинските документи следва да бъдат в две направления:

Първо - доказващи диагнозата

Второ - обективизиращи степента на функционалния дефицит - степента на увреждане в проценти спрямо здравия човек.

Когато процентът на трайно намалената работоспособност се завишава при непроменено здравословно състояние, се прави подробна мотивировка.

Решение за причинна връзка се взема от ТЕЛК и НЕЛК само при определяне на процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане и при временна неработоспособност по повод: трудова злополука, гражданска инвалидност, военна инвалидност, професионална болест, както и за последствията или усложненията, обусловени от тях.

При съкратен срок и при понижена оценка в ЕР следва да се опише подробен мотив за това.

Съгласно чл.78, ал. 1 от НМЕ - ТЕЛК и НЕЛК определят условията на труд, противопоказани за здравословното състояние на лицето.

1. Злокачествени и доброкачествени новообразувания на нервната система.

От т.1.1 до т.1.4. - оценката се определя, съобразена с времето от установяване на заболяването до деня на освидетелстването.

При установени увреждания, мотивиращи по-висок процент от определения по т. 1.2. и т.1.3 следва да се определи оценка по функционален дефицит, т.е. прилага се по-високата оценка според установения функционален дефицит на увредения орган или система.

По т.1.4. - при доброкачествени новообразувания до втората година от диагностициране, последен рецидив или оперативно лечение – 50 %; след втората година – според остатъчния неврологичен дефицит; при доброкачествени новообразувания с хронично-рецидивиращ ход, многократни оперативни интервенции или нарастване при частична екстирпация на тумора - се приравнява към т.1.3, т.е. 50 % с пожизнен срок.

Изисквания за медицински документи: епикриза, етапна епикриза от невролог с пълен и прецизен неврологичен статус, степен на неврологичния дефицит при дехоспитализация, ефект от лечението, давност от проведените интервенции и описан остатъчен функционален неврологичен дефицит.

Медицински изследвания: КТ или МРТ, ангиография при аневризмите и други.

Увреждания на главен и гръбначен мозък с различна етиология и характер - с функционален неврологичен дефицит - плегии и парези - от последните медицински документи следва да е обективизирана степента на увреждането, в неврологичен статус - пълно отразена двигателна функция.

При увреждане на доминантен крайник - следва да се повиши оценката с 10 % (съгл. Заб.1, Част VII). При оценката по т. 2, Част VII следва да се определи и пожизнен срок съгласно чл. 69, ал. 4 от НМЕ, както и необходимостта от чужда помощ съгласно чл. 68 от НМЕ, когато ТНР/ВСУ отговарят на критериите, заложиени в цитираните членове.

Т.2.10. Говорни нарушения - оценката е на базата на количествени и качествени нарушения, съчетани с еволюцията и етапа на обратното развитие на афазията и по възможност с афазиологично изследване.

Т.3. Хронични нервни болести: Изискване на епикриз, етапни епикриз, консултации от невролог с описани стадии на развитие и тежест на симптоматиката, обективизиращи хронично или хронично-рецидивиращо протичане, мотивиращо определяне на трайно намалена работоспособност, изследвания според естеството на заболяването.

Във връзка с дискоординационния синдром - диагностично уточняване със съответните изследвания: КТ на главен мозък, отоневрологично, доплерсонография, рѳография на шийни прешлени, епикриз или консултации от невролог в годините след предходното ЕР на ТЕЛК или НЕЛК, обективизиращи хронично-рецидивиращо заболяване, актуален пълен неврологичен статус със степен на тежест.

По отношение на експертната на заболяването Множествена склероза е приложима оценката на инвалидния статус по скалата на Курцке:

- От 0 до 4.0 – слаба инвалидизация
- От 4.5 – относително тежък дефицит, напълно подвижен, без чужда помощ;
- От 6.0 и 6.5 – ходене с бастун или патерици, възможно от 20 до 100 метра;
- При 7.0 – неспособен да ходи повече от 5 метра, на инвалиден стол;
- От 8.0 – на легло, стол, инвалидна количка
- При 9.0 и 9.5 – напълно безпомощен

Относно определянето на пожизнен срок при заболяването Множествена склероза (МС) „както и при всички други неврологични заболявания“ свързани със степен на увреждане, е приложима **Забележка 6 към Част VII, а именно при увреждане на нервната система с дефинитивен характер се определя пожизнен срок. Тази Забележка е пряко свързана с чл. 69, ал. 4 от НМЕ като самото определение за дефинитивно състояние е въведено в § 1, т. 5 от Допълнителните разпоредби на НМЕ – дефинитивни състояния са състоянията, които не търпят позитивна или негативна еволюция във времето.**

От изключително важно значение за експертната на МС имат решенията на специално действащите комисии към Клиниките по неврология, въз основа на чиито решения и издадени протоколи се разрешава и провежда съответното безплатно лечение на МС, финансирано от НЗОК. Споменатите комисии извършват пълен преглед и оценка, като ползват скалата на Курцке, която е общовалидна и стандартна на територията на цялата страна, и дава много точна и ясна представа за степента и тежестта на увреждането независимо от формата на МС, от която боледува съответния пациент.

Т.4. Епилепсия - оценката се определя според вид, тежест и честота на пристъпите, обективизация на пристъпите. Следва да се изискат всички епикриз, епикриза от Университетска неврологична клиника или експертно становище от Комисия по епилепсия от Университетска болница за диагностично уточняване и терапевтично поведение, етапна епикриза, поне за едногодишен период, консултации или диспансерно наблюдение от невролог съобразно критериите на т. 4, обективизиране на състоянието, лечение и ефект от лечението, рецептурна книжка, Протокол за изписване на лекарства, заплащани от НЗОК и по възможност дневник за получени пристъпи, подробно описани от лицето или близките му през периода от предходното ЕР на ТЕЛК до следващото освидетелстване.

По възможност да се приложи амбулаторен лист за наблюдавани пристъпи с

характер на пристъпа. Звената необходими за изпълнение на алгоритъма за диагностика на епилепсия: клиника/отделение по неврология или детски болести, кабинети за диагностично уточняване. , необходими за изпълнение на

Високоспециализирани медицински изследвания алгоритъма за диагностика на епилепсия; Доплерсонография; ЕЕГ; КТ или МРТ или Еднофотонна емисионна томография, Евокирани потенциали на Ц.Н.С.; Трансфонтанелна ехография.

Клинична лаборатория: хематологично, биохимично, имунологично, хормонално изследване, туморни маркери, вирусология, генетично и микробиологично изследване.

Проследява се ефекта от системното антиконвулсивно лечение, с изследване на серумни нива и задължително се провежда ЕЕГ контрол.

Т.5. Състояние след мозъчен инсулт. Медицински документи след първата година с отразен подробен и прецизен неврологичен статус и остатъчен неврологичен дефицит и степента му, проведени контролни изследвания.

От Забележка 4 – заболявания от друго естество – травматично и нетравматично, протичащи с общо мозъчна симптоматика и без двигателен дефицит, се приравнят към т.5, Част VII.

Т.6. Аневризми и артериовенозни малформации (АВМ) – при неоперирани – 50 %, след операция – 40 %

По т. 6.3 - при високостепенни стенози (над 70 %) – 30 % ТНР

По т.7, 8, 9 – според степента на функционален неврологичен дефицит.

Т.10.Комплицирана мигрена, невралгии, главоболие – медицински документи, отразяващи и обективизиращи честота, тежест и характер на пристъпите, системно лечение и ефект от лечението.

Т.11. Увреждане на периферните нерви - оценка според степента на функционален неврологичен дефицит като задължително се извършва ЕМГ.

Т.12. Вибрационна болест и вегетативна полиневропатия – първи, втори и трети стадий, определен в зависимост от проведеното клинично изследване в клиника по професионални болести – изискване на епикризи, изследвания, бързо известие, протокол на НОИ за разследване на професионална болест, производствена характеристика; копие от трудова книжка или друг документ за трудов стаж до момента на освидетелстването. Определянето на стадия на болестта следва да се съобрази с професионалния маршрут на лицето като се отчете теста на елиминация.

Т.13. Менингоцеле – 100 %

Т.14. Хидроцефалия - оценка според степента, определена от образните изследвания; епикриза с описани изследвания, проведено оперативно лечение, контролни изследвания и контролни консултации от неврохирург.

При деца провежданите оперативни интервенции с цел удължаване на дисталния край на катетъра не следва да се интерпретират като неповлияващи се от лечението състояния.

Т.15. Дискогенни заболявания - оценка в зависимост от неврологичния дефицит, обективизирано хронично или хронично рецидивиращо заболяване, проведено оперативно лечение - епикризи, консултации от невролог, обективизиращи изследвания за дискогенно заболяване и за радикулопатия: КТ; МРТ; ЕМГ.

По Забележка 6 - при увреждания на нервната система с дефинитивен

характер се определя срок - пожизнен.

ЧАСТ СЕДМА

НЕРВНИ БОЛЕСТИ

Пример за НМЕ - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 – Методика за прилагане на отправните точки за определяне на ТНР/ВСУ в проценти.

Пример I:

Състояние след операция на мозъчен тумор - злокачествен, след петата година - т.1.3, Част VII – 50 % с пожизнен срок.

Латентна хемипареза т.2.4.1, Част VII-30 %. Крайна оценка 50% с пожизнен срок.

Пример II:

Състояние след исхемичен мозъчен инсулт с остатъчна левостранна лека хемипареза - т.2.4.2, Част VII – 50 % ТНР.

Дискова херния L5-S1 с радикулопатия с хронично-рецидивиращ характер – по т.15.2., Част VII – 30 % ТНР

Захарен диабет тип II с диабетна полиневропатия по т.1.2, Раздел I, Част XI – 40 % ТНР

Крайния процент се определя като се взема най-високия процент по отправната точка на най-тежкото увреждане - 50%. Останалите проценти на съпътстващите увреждания не се вземат предвид при оценката тъй като са под 50 %, но се изписват в мотивната част на ЕР.

Пример III:

Състояние след исхемичен мозъчен инсулт в БДСМА с левостранна хемипареза - средно тежка степен по т.2.4.3, Част VII – 75 % ТНР

Алопластика на бедрената шийка т.17.3.1, Раздел IX, Част I – 50 % ТНР

Контрактура на лява раменна става т.10.2, Раздел VIII, Част I – 20 % ТНР

Краен процент - **89 %**: Взима се най-високия процент по съответната отправна точка на най-тежкото увреждане – 75 % и към него се прибавят 14 % (представлява 20 % от (50 % + 20 %) на всички съпътстващи увреждания).

ЧАСТ ОСМА

ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Раздел I

Съдови заболявания на горните крайници

СИНДРОМ НА RAYNAUD

Консултативен преглед от съдов хирург – подробен ангиологичен статус и Доплерова сонография на горните крайници, дистална ултразвукова Доплерова сонография, (при необходимост – лазерна Доплерова флоуметрия), вегетологични изследвания – капилляроскопия, (при необходимост – студов провокационен тест на горните крайници, термисторна термография на горни крайници).

ПЕРИФЕРНА АРТЕРИАЛНА БОЛЕСТ, Емболия и тромбоза на артерии на горните крайници

Консултативен преглед от съдов хирург – подробен ангиологичен статус и Доплерова сонография на горните крайници, етапна епикриза, епикриза от болнично лечение (ако има такава в последните 12 месеца).

ДРУГИ УВРЕЖДЕНИЯ НА ВЕНИТЕ (Постфлебитен синдром)

Консултативен преглед от съдов хирург – подробен ангиологичен статус и Доплерова сонография на горните крайници, етапна епикриза, епикриза от болнично лечение (ако има такава в последните 12 месеца), СТ флебография

Раздел II

Болести на артериите (стенози и тромбози) на долните крайници, периферна артериална болест (ПАБ), стадиране по Фонтен

Консултативен преглед от съдов хирург – подробен ангиологичен статус и Доплерова сонография на долните крайници с регистриран АВІ (стъпално-брахиален индекс), стадиране на ПАБ по Фонтен; етапна епикриза, епикриза от болнично лечение (с описана скенер-ангиография, ако има такава в последните 12 месеца).

Раздел III

Хронична венозна болест (ХВБ), (Варикозни вени, посттромботичен синдром), класификация по СЕАР

Лимфедем, класификация по Брунер

Консултативен преглед от съдов хирург – подробен ангиологичен статус с описание по синдроми – оточен, кожен (локализация, разпространение и стадий на трофичните изменения), стадиране на ХВБ по СЕАР; Доплерова сонография на долните крайници; етапна епикриза, епикриза от болнично лечение с описана флебография, (ако има такава в последните 12 месеца).

Следва при оценката по т.2.2 елефантиаза (безформен крайник, тежки изменения на епидермиса), IV стадий по Брунер – 71 % ТНР/ВСУ да се оцени и възможността за пожизнен срок на инвалидността, като в случая оценката може да се даде и по Част I – Ортопедични заболявания, тогава когато вследствие на тежките изменения в засегнатия крайник се стига до силно ограничени до невъзможност за движенията в ставите.

Раздел IV

Аневризми (без мозъчните) и артерио-венозни фистули

АНЕВРИЗМИ (без мозъчните)

Консултативен преглед от съдов хирург, УЗ Доплер, етапна епикриза, епикриза от болнично лечение, (ако има такава в последните 12 месеца), ТЕЕ (трансезофагеална ехография) и СТ ангиография.

ПЕРИФЕРНА АРТЕРИО-ВЕНОЗНА АНОМАЛИЯ

Консултативен преглед от съдов хирург – подробен статус, УЗ Доплер, етапна епикриза, епикриза от болнично лечение, ангиография.

ТРОМБОЗА НА ПОРТАЛНАТА ВЕНА

Консултативен преглед от хирург и гастроентеролог – УЗ Доплер, етапна епикриза, епикриза от болнично лечение, ангиография.

ДРУГИ ХИРУРГИЧНИ, УРОЛОГИЧНИ И ГИНЕКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И СЪСТОЯНИЯ

Наличие на гастростома, Наличие на друг изкуствен отвор на стомашно-чревния тракт (Езофагостома, Неоезофаг) и урогениталната система (Кожно-уретерални фистули, Чревно-уретерални фистули, Кутанна нефростома, уретеростома, цистостома, Влагалищни фистули)

Епикриза от болнично лечение и/или етапна епикриза от гастроентеролог, респективно – гинеколог, уролог.

Пояснение към т. 3.3, Раздел XI, Женски полови органи – липса на два яйчника (посткастрационен синдром) до 50-годишна възраст:

Оценката не се дава за липса на органи, а се определя за функционалния дефицит при клинично доказан Посткастрационен синдром – комплекс от различни заболявания, явяващи се отделни нозологични единици. Всяко от тези заболявания самостоятелно може да обуслава процент. Следва ТЕЛК да изиска консултации (етапни епикризи), съответно – от гинеколог, ендокринолог, кардиолог и пр.

Раздел VIII

Хернии

1. Слабинни, бедрени, гъбни, следоперативни хернии

Консултативен преглед от хирург – подробен статус с параметри (в см.) на хернията

2. Диафрагмална херния

Консултативен преглед от гастроентеролог – етапна епикриза и/или епикриза от болнично лечение (с описана ФГС /ако има такава в последните 12 месеца)

Забележка: В случаите, в които за конкретното заболяване на лицето са извършени консултации и/или изследвания през последните дванадесет месеца, предхождащи явяването на ТЕЛК, и резултатите от тях са видни от налични медицински документи при общопрактикуващия лекар, съответно при лекаря специалист, в това число и от епикриза от лечебно заведение за болнична помощ, лекарят прилага заверени копия на тези документи, без да се налага повторното назначаване и извършване на консултациите и/или изследванията.

За всички злокачествени новообразувания, оценявани по НМЕ/2021 г.:

Епикриза за проведено оперативно или друго лечение и/или етапна епикриза от КОЦ (СБАЛО), с регистриран хистологичен резултат, решение на Онкологична комисия.

ЧАСТ ОСМА ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Пример за НМЕ - Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 – Методика за прилагане на отправните точки за определяне на ТНР/ВСУ в проценти.

I. В случаите, когато се освидетелстват лица със **Злокачествени новообразувания, включени в Част VIII от НМЕ/2021 г. през петгодишния период на активно наблюдение, оценката се извършва по отправните точки в съответните раздели. Определеният процент за петата година от верификацията на онкологичното заболяване, при липса на придружаващи състояния/заболявания, които не са дефинитивни, се постановява за **пожизнен срок** (по чл. 69, ал. 4 от НМЕ).**

Пример I:

Експертизираното лице има едно увреждане, както следва:

Злокачествено новообразувание на пикочния мехур в късен стадий, Състояние след парциална резекция, в **петата година** от установяване на заболяването, без данни за рецидив и дисеминация – по т. 2.2.4, Раздел IX, Част VIII от НМЕ – **75 % с пожизнен срок.**

Пример II:

Експертизираното лице има две увреждания, както следва:

Злокачествено новообразувание на бъбрека в ранен стадий, Състояние след тотална левостранна нефректомия, в **петата година** от установяване на заболяването, без данни за рецидив и дисеминация – по т. 3.1.4, Раздел IX, Част VIII от НМЕ – **60 % с пожизнен срок.**

Състояние след ампутация на крак на ниво подбедрица – по т. 7, Раздел IX, Част I от НМЕ – **75 % с пожизнен срок.**

Крайна оценка – **87 % (75 % + 12% (20 % от 60 %) с пожизнен срок.**

Когато са налице придружаващи състояния/заболявания, които имат динамичен характер на развитие и подлежат на активно проследяване, срокът на инвалидността се определя съгласно чл. 69, ал. 5 от НМЕ.

В случаите, когато се освидетелстват лица с едно или повече дефинитивни заболявания, но имат и придружаващи състояния/заболявания, които не са дефинитивни, може да възникнат няколко варианта:

Пример III:

Експертизираното лице има три заболявания:

1. Злокачествено новообразувание на млечната жлеза в **петата година** след операцията – по т. 1.1.4, Раздел XI, Част VIII от НМЕ – **50 % със срок пожизнен.**

2. Състояние след едностранно ендопротезиране на една тазобедрена става, следва оценка по т. 1.1, Раздел IX, Част I от НМЕ – **50 % със срок пожизнен.**

3. Хронична тромбоза на а. феморалис суперфициалис на един долен крайник, Периферна артериална болест (ПАБ) II а стадий по Фонтен (ABI>0,5) – следва оценка по т. 2.1.1, Раздел II, Част VIII на НМЕ – **30 %.**

Вариант I: Съгласно чл. 69а. (Нов - ДВ, бр. 59 от 2021 г., в сила от 16.07.2021 г.) лицето може да представи към заявлението-декларация по чл. 56, ал. 1 от ПУОРОМЕРКМЕ медицински документи, свързани само за дефинитивните увреждания. В случая се определя крайна оценка **60 % (50% + 10 % (20 % от 50 %)) за пожизнен срок** на инвалидност.

Вариант II: Оценката на трайно намалената работоспособност се определя в съответствие с т. IV от Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вид и степен на увреждане) в проценти от Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ. В случая се определя крайна оценка **66 % (50 % + 16 % (20 % от 50 % + 30 %))**. Срокът на инвалидността се определя съгласно чл. 69, ал. 5 от НМЕ.

Пример IV:

Експертизираното лице има три заболявания:

1. Злокачествено новообразувание на дебелото черво (Т3-4 N1 M0), Състояние в **петата година** след проведено оперативно лечение, без данни за рецидив и дисеминация – по т. 2.3.4, Раздел VI, Част VIII от НМЕ – **75 % със срок пожизнен**.

2. Частична загуба на ходило, едностранно, с добър ампутационен чукал – по т. 10.1.1, Раздел IX, Част I от НМЕ – **50 % със срок пожизнен**.

3. Постфлебитен синдром на долен крайник с траен оток и хиперпигментация, Хронична венозна болест (ХВБ) IV-а клас по СЕАР – следва оценка по т. 1.3.1.1, Раздел III, Част VIII на НМЕ – **30 %**.

Вариант I: Съгласно чл. 69а. (Нов - ДВ, бр. 59 от 2021 г., в сила от 16.07.2021 г.) лицето може да представи към заявлението-декларация по чл. 56, ал. 1 от ПУОРОМЕРКМЕ медицински документи, свързани само за дефинитивните увреждания. В случая се определя крайна оценка **85 % (75 % + 10 % (20 % от 50 %)) за пожизнен срок** на инвалидност.

Вариант II: Оценката на трайно намалената работоспособност се определя в съответствие с т. IV от Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вид и степен на увреждане) в проценти от Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от НМЕ. В случая се определя крайна оценка **91% (75 % + 16 % (20 % от (50% + 30%))**. Срокът на инвалидността се определя съгласно чл. 69, ал. 5 от НМЕ.

Пример V:

Злокачествено новообразувание на млечната жлеза, Състояние след радикална мастектомия, в **петата година** от установяване на заболяването, без данни за рецидив и дисеминация – по т. 1.1.4, Раздел XI, Част VIII от НМЕ – 50 %;

Варикозни вени на долен крайник с траен оток, пигментация, трофични изменения и белези от заздравели рани, с наличие на активен улкус, Хронична венозна болест VI клас по СЕАР – следва оценка по т. 1.4.1, Раздел III, Част VIII на НМЕ – 60 %

Крайна оценка – **70 % (60 % + 10% (20 % от 50)) за срок една година**, с оглед динамично клинично-експертно проследяване на състоянието.

II. В случаите, когато се освидетелстват лица със **Злокачествени новообразувания, включени в Част VIII от НМЕ/2021 г. след петгодишния период** на активно наблюдение (при давност, надвишаваща пет години от верификацията на

онкологичното заболяване), без данни за рецидив и дисеминация, следва оценка съгласно **Забележка от Раздел XII, Част VIII** от НМЕ – **50 %**. При липса на придружаващи състояния/заболявания, които не са дефинитивни, се постановява **пожизнен срок на инвалидността** (по чл. 69, ал. 4 от НМЕ).

Пример I:

Злокачествено новообразувание на простатата, на хормонална терапия. В **седмата година** след верификацията на заболяването, без данни за рецидив и дисеминация, следва оценка съгласно **Забележка от Раздел XII, Част VIII** на НМЕ – **50 %** за пожизнен срок.

Пример II:

Злокачествено новообразувание на маточната шийка, Състояние след проведено комплексно лечение, в **шестата година** след верификацията на заболяването, без данни за рецидив и дисеминация – съгласно **Забележка от Раздел XII, Част VIII** на НМЕ – **50 %**;

Състояние след едностранно ендопротезиране на коленна става, следва оценка по т. 1.1, Раздел IX, Част I от НМЕ – **50 %**.

Крайна оценка – **60 % (50 % + 10% (20 % от 50 %))**, за **срок пожизнен**.

Когато са налице придружаващи състояния/заболявания, които имат динамичен характер на развитие и подлежат на активно проследяване, срокът на инвалидността се определя съгласно чл. 69, ал. 5 от НМЕ, освен в случаите когато лицето с увреждания е поискало само оценка за дефинитивното си заболяване по чл.69а от НМЕ (нов – 16.07.2021 г.).

Пример III:

Злокачествено новообразувание на яйчник, Състояние след проведено комплексно лечение, в **седмата година** след верификацията на заболяването, без данни за рецидив и дисеминация – съгласно **Забележка от Раздел XII, Част VIII** на НМЕ – **50 %** с пожизнен срок.

Генерализирана остеопороза без спонтанни фрактури, при Т-скор над – 2,5, оценена по т. 1, Раздел X, Част IX на НМЕ – **30 %**.

Постфлебитен синдром на долен крайник с умерено изразени застойни явления – траен периартикуларен оток, без трофични изменения, Хронична венозна болест (ХВБ) III клас по СЕАР – следва оценка по т. 1.2.1, Раздел III, Част VIII на НМЕ – **20 %**.

Вариант I: Крайна оценка – **50 % за срок три години** – оценява се най-високият процент за най-тежкото увреждане, а придружаващите заболявания които са под 50 % се вписват само в мотивната част по т. III от Методиката.

Вариант II: Крайна оценка – **50 % с пожизнен срок** съгласно чл.69а от НМЕ (нов 16.07.2021г.).

III. В случаите, когато се установи рецидив или дисеминация на Злокачествено новообразувание, включително и след петгодишния период на активно наблюдение, лицето може да се преосвидетелства за влошено състояние на основание чл. 56, ал. 1, т. 4 от ПУОРОМЕРКМЕ. Състоянието следва да е документирано в епикриза за проведено оперативно или друго лечение и/или етапна епикриза от КОЦ (СБОЛО), стадирано с решение на Онкологична комисия, с регистрирани хистологичен резултат и/или резултат от образни изследвания (КТ, сцинтиграфия и пр.). Към датата на освидетелстването в

ТЕЛЖ оценката се определя по отправните точки в съответните раздели и части от НМЕ, **само** за съответната годината след верифициране на рецидива/дисеминацията.

IV. В случаите, когато след петгодишния период на активно наблюдение на Злокачественото заболяване, без данни за рецидив и дисеминация, се установят **късни усложнения**, вследствие на проведеното лечение, лицето може да се преосвидетелства за влошено състояние, на основание чл. 56, ал. 1, т. 4 от ПУОРОМЕРКМЕ.

Към датата на освидетелстването в ТЕЛЖ оценката се определя по отправните точки в съответните раздели и части от НМЕ, с оглед доказаните усложнения, като се дава оценка по съответната отправна точка и за онкологичното заболяване след петата година.

Пример I:

Освидетелстваното лице има три увреждания:

Състояние след комплексно лечение по повод **Злокачествено новообразувание** на млечната жлеза, без данни за рецидив и дисеминация, следва оценка по т. 1.1.1, Раздел XI, Част VIII на НМЕ – **80 %** за **първите две години** от установяване на заболяването=

Инсулинозависим Захарен диабет с едно усложнение, следва оценка по т. 2.3.1, Раздел I, Част IX на НМЕ – **60 %**.

Варикозни вени на един долен крайник, без съществени застойни явления – динамичен периартикуларен оток, без трофични изменения, Хронична венозна болест (ХВБ) II клас по СЕАР – следва оценка по т. 1.1.1, Раздел III, Част VIII на НМЕ – **10 %**.

За основа се взема най-тежкото увреждане – **80 %** и към него се прибавят **14 %** (представлява 20 % от (60 % + 10 %), **краен % – 94 %**.

Пример II:

Освидетелстваното лице има четири увреждания:

Състояние след комплексно лечение по повод **Злокачествено новообразувание** на яйчника, в **петата година** след верифициране на заболяването, без данни за рецидив и дисеминация, следва оценка по т. 3.1.4, Раздел XI, Част VIII на НМЕ – **65 %**.

Варикозни вени на двата долени крайник с траен оток, пигментация, трофични изменения, без рани, Хронична венозна болест IV клас по СЕАР – следва оценка по т. 1.3.1, Раздел III, Част VIII на НМЕ – **60 %**.

Ограничени движения в една тазобедрена става тежка степен, с флексионна контрактура по Томас над 30 гр., следва оценка по т. 17.3.1, Раздел IX, Част I от НМЕ – **50 %**.

Артериална хипертония II стадий, умерена степен, с левокамерна хипертрофия, следва оценка по т. 2.1, Раздел VI, Част IV от НМЕ – **20 %**.

За основа се взема най-тежкото увреждане – **65 %** и към него се прибавят **26 %** (представлява 20 % от (60 % + 50 % + 20 %), **краен % – 91 %**.

Пример III:

Освидетелстваното лице има две увреждания:

Състояние след левостранна хемиколектомия по повод **Злокачествено новообразувание** на колон десценденс в ранен стадий (T1-2N0M0), в **петата година** след верифициране на заболяването, без данни за рецидив и дисеминация, следва оценка по т. 2.2.4, Раздел VI, Част VIII на НМЕ – **65 %**;

Състояние след **Ендопротезиране на една тазобедрена става**, следва оценка по т. 1.1, Раздел IX, Част I от НМЕ – **50 %**.

За основа се взема по-тежкото увреждане – **65 %** и към него се прибавят 10 % (представлява 20 % от 50 %), **краен % – 75 % за срок пожизнен**.

ЧАСТ ДЕВЕТА

ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ

За освидетелстване/преосвидетелстване в ТЕЛК трябва да са приложени медицински документи от общо практикуващ лекар и специалисти, доказващи хроничност на заболяването - амбулаторни листове, изследвания, консултации.

Раздел I

Захарен диабет

За да се приемат усложнения от Захарен диабет тип 1 и Захарен диабет тип 2 е необходимо:

- за полиневропатия - консултация с невролог и извършване на ЕМГ;
- за макроангиопатия - консултация със съдов хирург и Доплер на долни крайници;
- за ретинопатия - консултация с офталмолог и ФА;
- за нефропатия - проследяване на микроалбуминурия неколкоратно в рамките на една година и консултация с нефролог.

Раздел II; Раздел III; Раздел IV; Раздел V

Заболявания на ендокринните жлези

1. Проследяване на хормоните, провеждано лечение, оказване на усложнения с изследвания и консултации, прилагане на епикризи.

При карцином на щитовидната жлеза т.3.3.3, Раздел II, Част IX – 50 %. След отстраняване на недефинициран и медуларен карцином на щитовидната жлеза с локални и/или далечни метастази след петата година – 50 % ТНР с пожизнен срок и т.3.4.2, Раздел II, Част IX, т.е. задължително се прилага чл. 69, ал. 4 от НМЕ.

Нискодиференциран, недиференциран и медуларен карцином с локални и/или далечни метастази се следват 50 % ТНР след петата година се пожизнен срок.

По отношение на оценката на т.2, Раздел V, Част IX – Нанизъм се определя пожизнен срок за цялата точка 2.2 съгласно чл. 69, ал. 4 от НМЕ, като част от групата на генетичните заболявания, при които след завършването на растежа състоянието отговаря на дефиницията за дефинитивно заболяване, т.е. състояние без възможност за пълно и частично възстановяване.

Пример: Жена без други заболявания с височина от 140 см до 131 см с хармонично телесно развитие и нормално нервно-психическо развитие се следват 50 % ТНР по т.2.2.1, Раздел V, Част IX с пожизнен срок.

Раздел VI

Хипотрофии и дистрофии в детска възраст

1. Начин на хранене
2. Параклинични изследвания - хемоглобин, серумно желязо, общ белтък, албумин
3. Антропометрични показатели

Раздел VII

Рахит

Няма препоръки

Раздел VIII

Други болести на обмяната

Дадени точни указания в НМЕ

Раздел IX

Адипозитас пермагна

1. Да се отразяват антропометрични показатели

Раздел X

Генерализирана остеопороза

1. Остеоденситометрично изследване на прешлени или шийка на бедрена кост, като при хора над 60 години е по-информативно изследването на шийка на бедрена кост.

Раздел XI

Генетични аномалии

1. Прилагане на генетично изследване.

Раздел XII

Болести на хранопровода

1. Прилагане на актуално контрастно Рс изследване.
2. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.

Раздел XIII

Болести на стомаха

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.

Раздел XIV

Болести на червата

1. За доказване на малабсорбция при грлутонова ентеропатия да се прилагат - ПКК, елекролити, албумин, серумно желязо и да се отразяват антропометрични показатели.
2. За Улцерозен колит и Болест на Крон да се спазват описаните указания в отправните точки на НМЕ

Раздел XV

Болести на черния дроб

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ2021.

Раздел XVI

Болести на панкреаса

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.

Раздел XVII

Злокачествени кръвни заболявания

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ

Раздел XVIII

Други болести на кръвта и кръвотворните органи

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.

При експертизата по т.2, раздел XVIII, Част IX - наследствени и придобити хемолитични анемии с подточка 2.2, раздел XVIII, Част IX касае всички случаи на хемолитична анемия, отговарящи на изискванията на отправната точка без таласемия майор, която се оценява само по т.2.3, Раздел XVIII, Част IX.

Раздел XIX

Болести на бъбреците и пикочните пътища

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.
2. Приемането на хронична бъбречна недостатъчност трябва да е подкрепено с няколкократно изследвания на азотните тела, пикочната киселина и хемоглобин в рамките на една година.

Раздел XX

Паразитни болести

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.

Раздел XXI

Инфекциозни болести

1. Прилагане на епикризи

Раздел XXII

Хронични професионални отравяния

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.

Раздел XXIII

Заболявания на опорно-двигателния апарат

1. Спазване на описаните указания в отправните точки на НМЕ.
2. Да се описва подробен ставен статус в ЕР по установената методика.
3. Да има актуален имунологичен статус при автоимунните заболявания.

4. Да са приложени Ро изследвания на засегнатите стави на опорно-двигателния апарат.

5. Да има приложени амбулаторни листове за системен контрол от ревматолог или хоспитализации и провеждано лечение.

При експертизата по т.7, Раздел XXIII, Част VI при деца се определя задължително и необходимостта от чужда помощ по чл. 68 по НМЕ.

Пример I:

Експертизираното лице има 1 увреждане, както следва:

1. Захарен диабет тип I, с две усложнения – 71 % с пожизнен срок по т.2.2.2, раздел I, Раздел IX или Муковисцидоза - 100 % с пожизнен срок по т.1, Раздел X, Част VI.

Съгласно чл. 69, ал.4 от НМЕ – при дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността.

Пример II:

Експертизираното лице има 3 увреждания, както следва:

Захарен диабет тип I, с две усложнения – 71 % по т.2.2.2, Раздел I, Част IX или Саркоидоза – увреждане на торакалните лимфни възли, с лека степен на функционални нарушения – 30 % по т.1.1, Раздел VII, Част VI.

Артериална хипертония I ст. – 10 % по т.1, Раздел VI, Част IV.

Краен процент 71 % за срок от една до три години. Независимо, че в случая за захарен диабет в НМЕ е определен пожизнен срок, са налице няколко увреждания и лицето отговаря на чл. 69, ал. 5 - при множествени увреждания, някои от които не са дефинитивни, срокът на инвалидността се определя съгласно ал. 1, освен в случаите когато лицето е подало молба-декларация по чл.69а от НМЕ (нов в сила от 16.07.2021 г.), като в тази декларация то изрично заявява желанието си да бъде освидетелствано само за заболяването, което отговаря на отправната точка за пожизнен срок, в този случай ще бъде приложена т.2.2.2, Раздел I, Част IX – 71% с пожизнен срок.

ЧАСТ ДЕСЕТА КОЖНИ БОЛЕСТИ

1. Прилагане на цялостна първична медицинска документация доказваща хронично кожно заболяване - епикризи, амбулаторни листове от дерматолог, биопсии, провеждано лечение, консултация от онкодиспансер.

Забележки:

1. В случаите, когато се касае за редовно преосвидетелстване на лице с увреждания поради изтичане на срока на инвалидността, но лицето, е във временна неработоспособност по повод новоприбавило се остро или подостро заболяване и има качествата на временно неработоспособно лице с увреждания, не е допустимо преосвидетелстването да се отлага от ТЕЛК, до приключване на временната

неработоспособност. Следва лицето своевременно да се преосвидетелства, като в ЕР на ТЕЛК да се посочи, че извън определения процент трайно намалена работоспособност за хроничните заболявания, лицето се намира в състояние на временна неработоспособност по повод новоприбавило се остро или подостро заболяване, като продължителността на временната неработоспособност е от компетенцията на ЛКК.

След стабилизиране на състоянието, лицето, може да бъде насочено за предсрочно преосвидетелстване за влошено състояние към ТЕЛК, в случай, че се касае за новоприбавило се хронично заболяване, обуславящо процент ТНР.

2. Не се допуска различни по форма и съдържание екземпляри на едно и също ЕР на ТЕЛК/НЕЛК, предназначени за заинтересованите страни по чл.112 от Закона за здравето.

ЕР на ТЕЛК/НЕЛК са по утвърдени образци, по чл. 4 от НМЕ, подписани от министъра на здравеопазването, съгласувано с управителя на НОИ и НЦОЗА, като съдържат определени атрибути и кодове, задължителни и еднакви за всеки екземпляр. Издаването на различни по форма и съдържание ЕР, които по същество представляват документи с двойствен характер, медицински документ и административен акт представлява нарушение на основните принципи на административното производство. Нарушава се, както равенството и достъпността, така и правата и интересите на заинтересованите страни в административното производство и са основание за отмяна на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК. Издаването на различни по форма и съдържание на екземпляри на едно и също ЕР е на практика нарушение на закона.

3. При подготовката за медицинска експертиза на лицата с увреждания следва да се изхожда от регламента на Наредба № 3 от 20.03.2018 г. (обн. ДВ бр. 2 от 01.01.2019 г. в сила от 01.01.2019 г.) на министъра на здравеопазването, за определяне на **Основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК**, Приложение № 4 и Приложение № 5 към чл.1, ал.1, касаещи обхвата на медицинските дейности необходими за насочване на лица до и над 18 г. към ТЕЛК по заболявания. Посочения в Наредбата обхват по същество е минимума от прегледи, консултации, медико-диагностични дейности и др., върху които стъпва последващата експертиза на вида и степента на увреждане на органите и системите на заболялия и увреден човешки организъм. Наредбата пряко кореспондира и с чл.107, ал. 2 от ЗЗдр., а именно високоспециализираните и скъпо струващи медико-диагностични изследвания, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността, по искане на ТЕЛК и НЕЛК се финансират от НЗОК в рамките на годишния им бюджет.

4. В случаите, в които за конкретното заболяване на лицето са извършени консултации и/или изследвания през последните 12 месеца, предхождащи освидетелстването пред ТЕЛК, и резултатите от тях са видни от налични при общопрактикуващия лекар/лекарят по дентална медицина, съответно при лекарят специалист, медицински документи, в това число и от епикриза от лечебните заведения за болнична помощ, лекарят подготвящ лицето с увреждания за освидетелстване пред ТЕЛК прилага заверени копия на тези документи, без да се налага повторното назначаване и извършване на консултациите и/или изследванията.

5. За определяне на противопоказните условия на труд следва да се прилага точно и коректно текста на чл. 78, ал. 4 от НМЕ – при дефинитивни състояния, при които не се

очаква условията на труд да обусловят неблагоприятно развитие на заболяването, в експертното решение се записва, че лицето е в състояние да работи според квалификацията и възможностите си. Практиката да се изписва текста „Противопоказан за всякакъв вид труд” е незаконосъобразен от нормативна гледна точка и не съществува такъв текст в НМЕ.

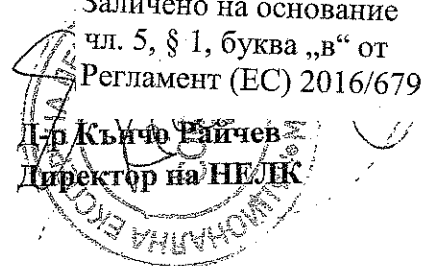
6. Следва да се изписват всички противопоказни условия на труд, при съобразяване с конкретния характер на заболяването, характеристиката на работното място и величината на определения процент.

7. Съгласно чл. 69, ал.1/НМЕ - срокът на инвалидността е от една до три години. При дефинитивни състояния, съгласно чл.69q ал.4 се определя пожизнен срок. Съгласно чл.69а (нов 16.07.2021 г.) - изключение от случаите по чл.69, ал.5 се допуска при множествени увреждания, някои от които не са дефинитивни, но лицето иска да бъде освидетелствано само по отношение на тези от тях, които са дефинитивни състояния. Лицето може да представи заявление-декларация с представяне на съответните медицински документи, свързани само с увреждането с дефинитивен характер и в тези случаи се определя пожизнен срок.

В заключение обръщаме внимание на това, че при експертизата при заболявания, които отговарят на дефиницията за дефинитивни заболявания съгласно чл. 69, ал. 4 от НМЕ се определя пожизнен срок, като този основен принцип важи за всички части, раздели и отправни точки на НМЕ. Също така задължително се определя и необходимостта от чужда помощ за деца до 16-годишна възраст и лица с увреждания над 16 години при спазване на критериите, залегнали по чл. 68 от НМЕ.

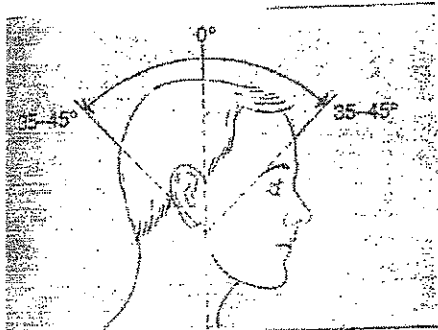
Приложение: Нагледна таблица за начина на измерване обема на движение в ставите на опорно-двигателния апарат с ъглометрии и сантиметрии и физиологичните норми (източник: “Ортопедична диагностика”, Ханс У. Дебрунер, Волфганг Р. Хеп, изд. “Медицина и физкултура”, 1996 г.)

Заличено на основание
чл. 5, § 1, буква „в“ от
Регламент (ЕС) 2016/679
Д-р Кънчо Райчев
Директор на НЕМК



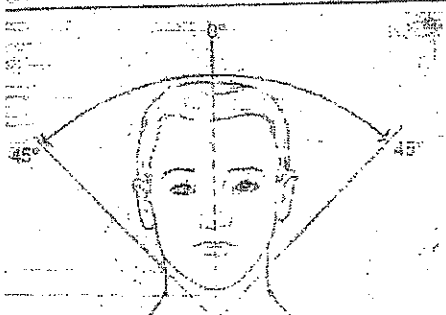
ГРЪБНАЗЕН СЪВЪЛЪ

ШИЕН ОТДЕЛ



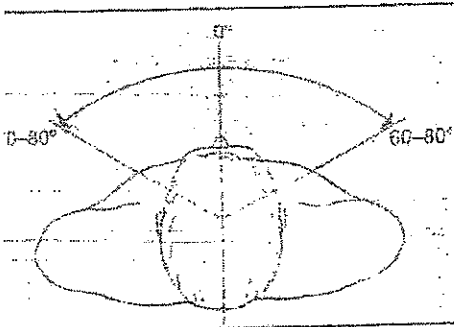
Фиг. 8.3. Движения на главата и шийния отдел на гръбначния стълб

$$C = 45-0-45$$



Фиг. 8.4. Движения на главата и шийния отдел на гръбначния стълб

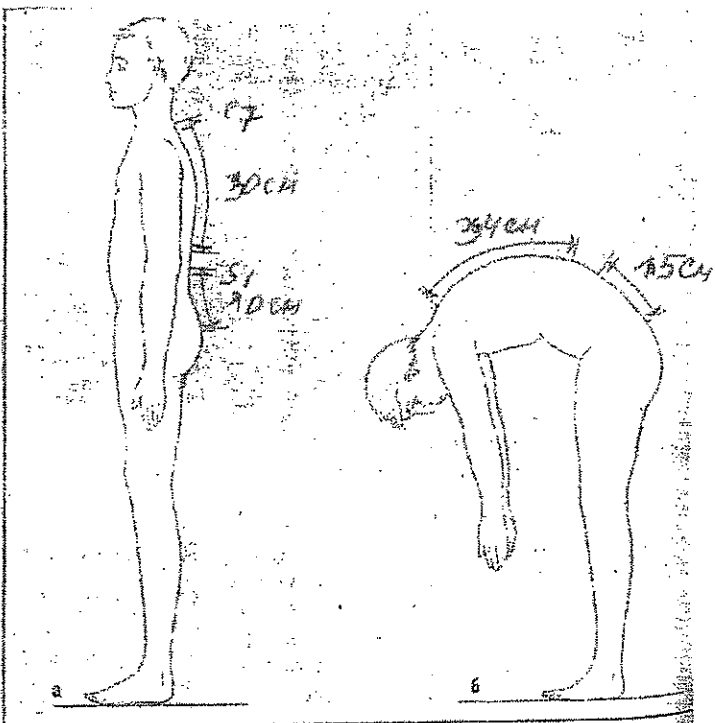
$$F = 45-0-45$$



Фиг. 8.5. Движения на главата и шийния отдел на гръбначния стълб

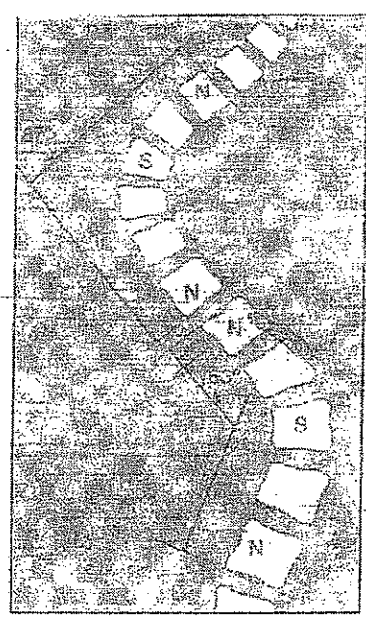
$$R = 70-0-70$$

ТОРАКОЛУМБАЛЕН ОТДЕЛ



от 30-34

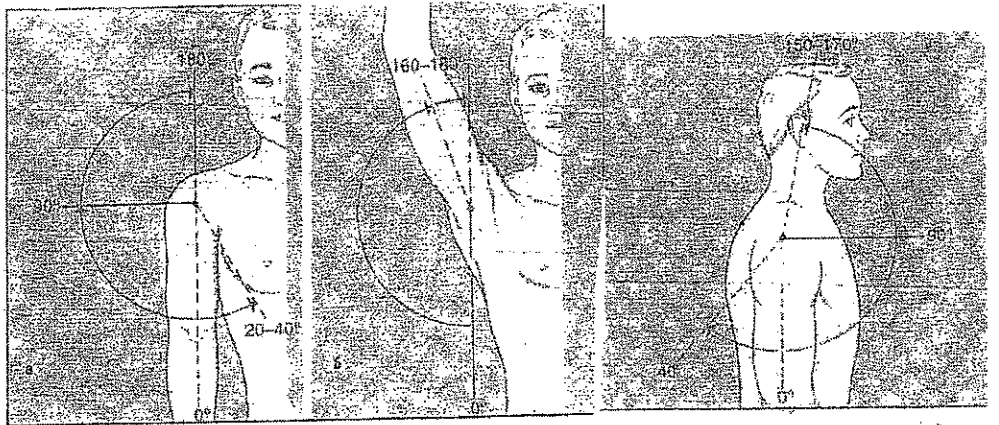
ШОБЕР 10-15cm



$$F = 30-0-30$$

Фиг. 8.25. Измерване на ъгъла на сколиозата по Цирпала - Cobb. N - неутрален прешлен, S - върхов прешлен на изкривяването

РАМЕННА СТАВА

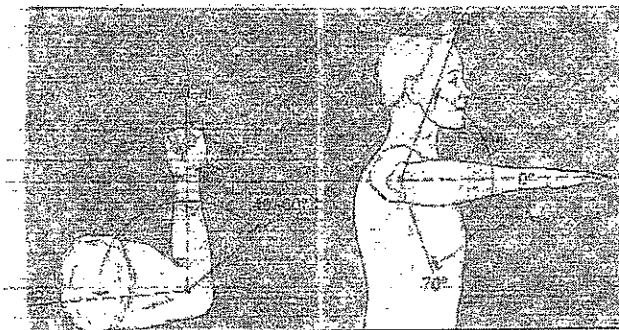


Фиг. 9.4 и 5. Отведено встрани и приведено към тялото на горния крайник в раменната става

Фиг. 9.6. Подвикане напред и назад на горния крайник в раменната става

$F = 180 - 0 - 20$

$C = 40 - 0 - 170$



Фиг. 9.7.

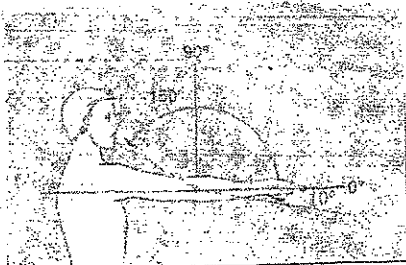
Фиг. 9.8.

Фиг. 9.7. Външна и вътрешна ротация в раменната става при изведен горен крайник

Фиг. 9.8. Външна и вътрешна ротация при абдукция на изведен горен крайник

$R = 70 - 0 - 70$

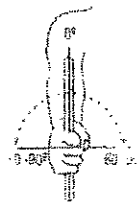
Лакътна става



Фиг. 10.1. Флексия и екстензия в лакътната става

$C = 0 - 0 - 150$

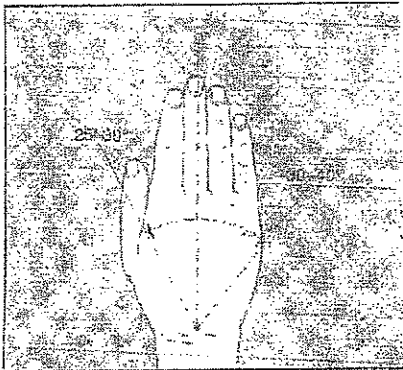
РАДЪКОУЛНАРНА СТАВА



Вращаване/Пронация
супинация

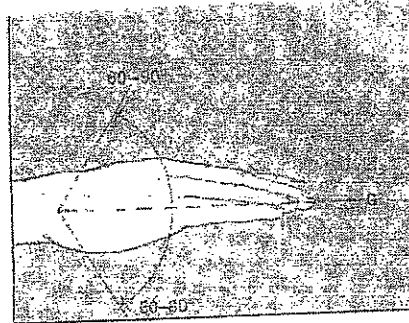
$R = 35 - 0 - 35$

ГРЪБВЕНА СТАВА
СТАВИ НА ПРЪСТИТЕ НА РЕКАТА



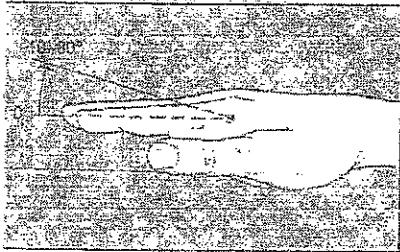
Фиг. 11.2. Радиална/улнарна двиция на гръбвената става

$R = 25-30-40$



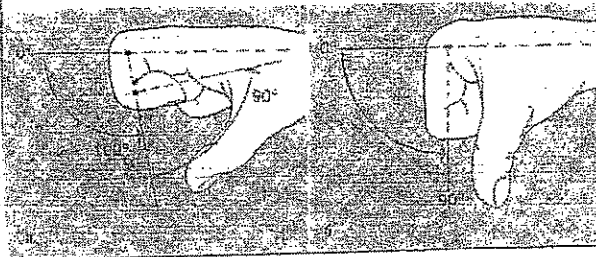
Фиг. 11.1. Флексия/екстензия на гръбвената става, включително и на метакарпалните стави

$C = 60-0-60$



Фиг. 11.18. Екстензия на метакарпофалангеалната става

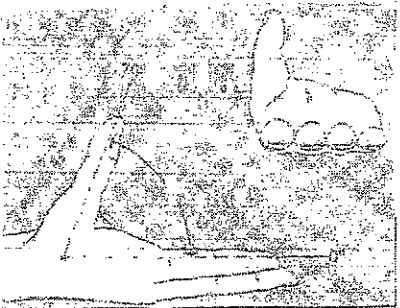
$C = 30-0-0$



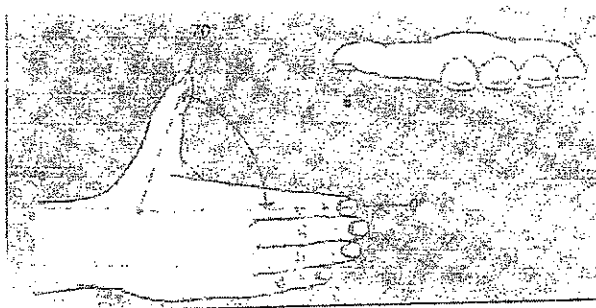
Фиг. 11.9 и 11.6. Съване на ставите на пръстите; (а) в дисталната интерфалангеална става и в проксималната интерфалангеална става, (б) в метакарпофалангеалната става

$C = 0-0-100$
 $C = 0-0-90$

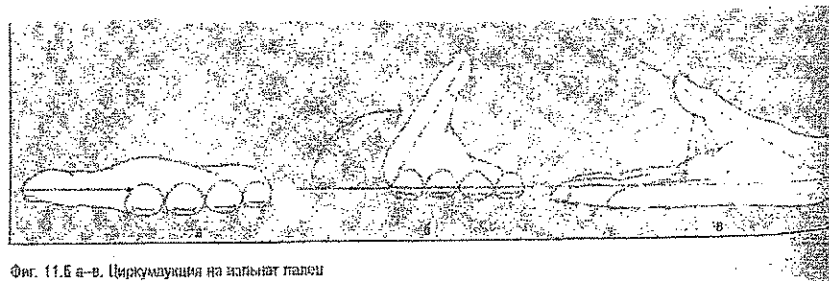
$C = 0-0-90$



Фиг. 11.5 и 11.6. Палмарна аб-/аддукция на палеца, перпендикулярно на палмарната равнина



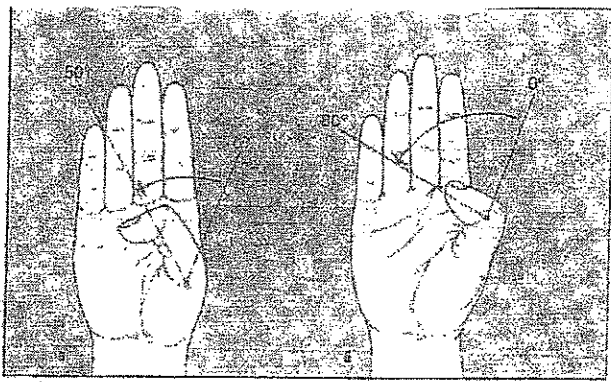
Фиг. 11.7 и 11.8. Аб-/аддукция на палеца в палмарната равнина



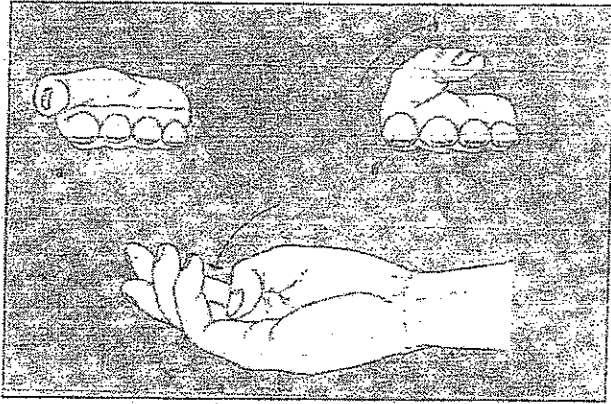
Фиг. 11.6 а-в. Циркумдукция на малкия палец

Фиг. 11.7 а - б. Флексия на ставите на пръста: (а) в I метатарзопалангеална става, (б) в интерфалангеалната става

C = 0-0-50
 P = 0-0-80



Фиг. 11.8 а - в. Опозидно движение на пръста: (а) изходно положение, (б) по време на движението, (в) спазнено положение



ГАЗОБЕДРЕНА СТАВА

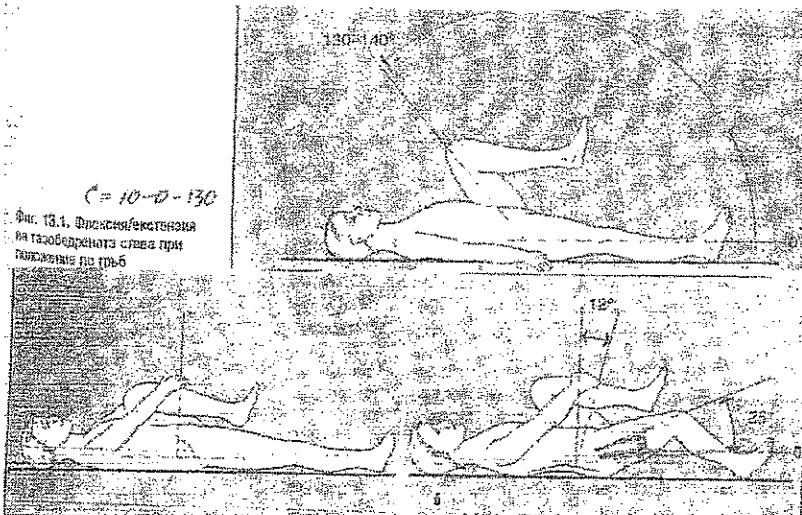


Fig. 13.1. Флексия/екстензия на газобедната става при положение по Грьб

Fig. 13.2 a и б. Показат на Тилман за определяне на максималната възможност за екстензия. Тази става е наклон напред от 12 градуса: (а) пълна екстензия, съста. контракционна от 12 градуса. (б) флексивна контрактура (екстензионен дефицит) от 25 градуса

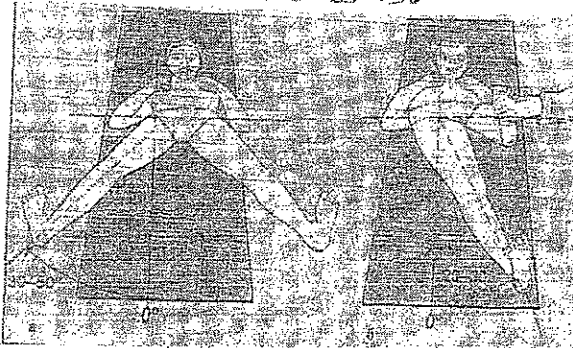


Fig. 13.5, a и б. АБ-тестини на газобедната става

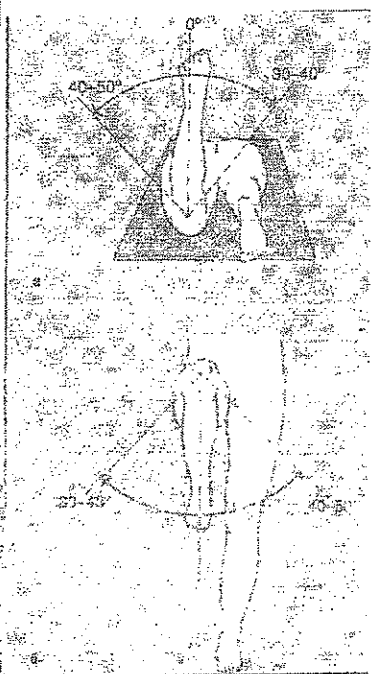


Fig. 13.3 и 4. Външна/външна ротация на газобедната става; (а) при екстензиона газобедна става в положение по Хоран. (б) при флексии на газобедна става в положение по Грьб

КОЛЯННА СТАВА

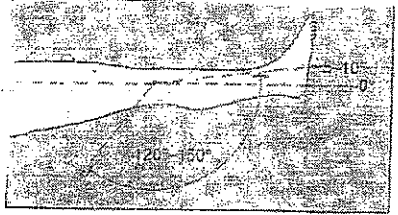


Fig. 14.1. Флексия/екстензия на колянната става $F = 0-0-130$

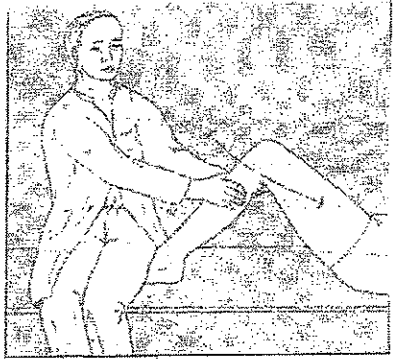
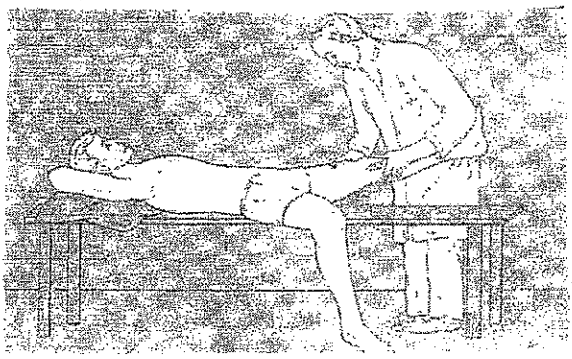
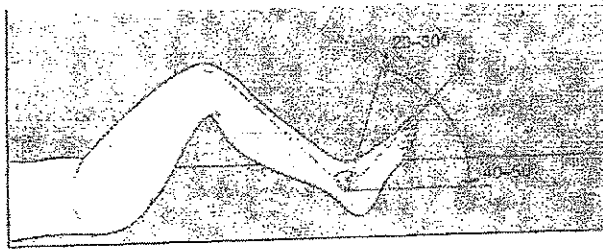


Fig. 14.5. Изследване на флексия и на ротационната нестабилност на колянната става при 60 години възраст на колянната става (по Moller и Larson)

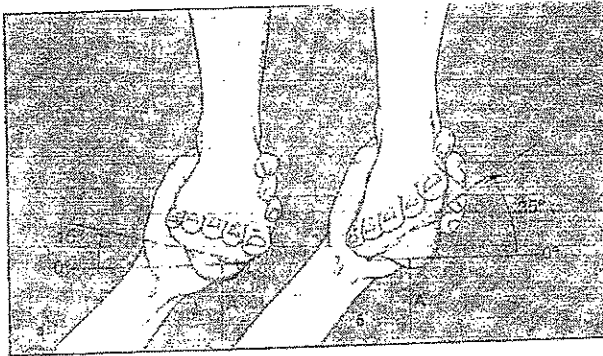
ГЛЕЗЕННА СТАВА

Фиг. 15.1. Плантарна флексия-синдорзална екстензия в горната счужна става (гало-кру-райна става) при свободно в-сещар ходило

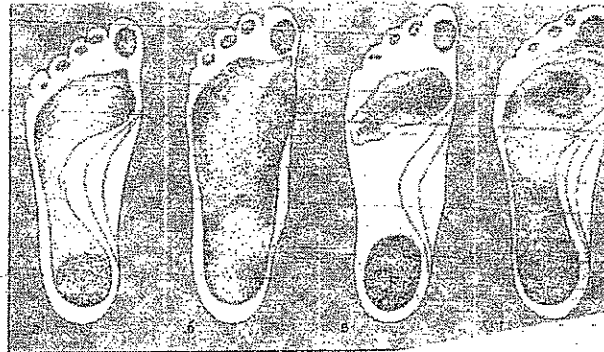
$$C = 20 - 30 - 40$$



Фиг. 15.5 а и б. Пронация (а) и супинация (б) на предния отдел на ходилото. Едната ръка хваща глезента и в държи зарбава, а дру-тата върти предния ходилен от-дел. Измерва се само разстоянията на предния ходилен отдел спря-мо средния ходилен отел и се измерва като пробоунения



Фиг. 15.3 а и б. Еверзия (а) и инверзия (б) на задния ходи-лен отел. Едната ръка обхваща подбедрището, другата хо-дилното отел гърба му, като петната кост се измерва между палеца и показалеца (не се гледа на схемата). Инверзията и еверзията се измерват по петната кост (се не хващат-уся А). При това трябва да се обърне внимание на това, хо-дилното да не се усуква около собствената си ос



Фиг. 15.15 а - г. Класическа подиграма при различните форми парисни на ходило-то: (а) нормално ходило, (б) pes planus, (в) pes excavatus, (г) pes transversoplanus