

# НАРЕДБА ЗА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Обн. ДВ. бр.47 от 7 Юни 2005г.

**Глава**

**първа.**

## **ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**

**Чл. 1.** (1) С наредбата се определят принципите и критериите на медицинската експертиза на работоспособността и редът за нейното извършване.

(2) Медицинската експертиза на работоспособността е неразделна част от диагностично-лечебната и профилактичната дейност на лечебните заведения.

**Чл. 2.** (1) Медицинската експертиза на работоспособността включва експертиза на временната неработоспособност, експертиза на трайно намалената работоспособност и определяне характера на заболяванията - професионален или общ.

(2) Експертизата на намалените възможности за социална адаптация на децата до 16-годишна възраст се извършва по реда на наредбата.

**Чл. 3.** (1) Експертизата на временната неработоспособност се извършва от лекуващите лекари и стоматолози, лекарските консултативни комисии (ЛКК), териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и от Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК).

(2) Експертизата на трайно намалената работоспособност се осъществява от ТЕЛК и НЕЛК.

(3) Експертизата на степента на намалените възможности за социална адаптация на децата до 16-годишна възраст се извършва от ТЕЛК с участието на специалисти по детски болести, социални работници и от НЕЛК.

(4) Потвърждаването или отхвърлянето на професионалния характер на заболяването се прави от ТЕЛК (НЕЛК), определени със заповед на министъра на здравеопазването. В заседанията участват специалисти по трудова медицина (радиобиология и радиационна хигиена) и по професионални болести, един от които председателства заседанията.

**Чл. 4.** Формата и съдържанието на експертните решения на ТЕЛК и НЕЛК са по образец, утвърден от управителя на Националния осигурителен институт (НОИ) и от министъра на здравеопазването.

**Чл. 5.** Експертизата на работоспособността в лечебните заведения към Министерството на вътрешните работи, Министерството на отбраната, Министерството на транспорта и съобщенията, Министерския съвет, Министерството на правосъдието и Министерството на младежта и спорта се извършва по реда на наредбата.

**Глава**

**втора.**

## **ЕКСПЕРТИЗА НА ВРЕМЕННАТА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ**

**Раздел**

**I.**

**Условия и ред за установяване на временна неработоспособност. Общи правила за издаване на болнични листове**

**Чл. 6.** (1) Временна неработоспособност е налице в случаите, при които осигуреното лице не може или е възпрепятствано да работи поради: общо заболяване; злополука; професионална болест; лечение в чужбина; санаторно-курортно лечение; належащ медицински преглед или изследване; карантина; отстраняване от работа по предписание на здравните органи; гледане на болен или на карантиниран член от семейството; належащо придружаване на болен член от семейството за медицински преглед; изследване или лечение в същото или в друго населено място, в страната или в чужбина, бременност и раждане; гледане на здраво дете, върнато от детско заведение поради карантина в заведението.

(2) Отпускът поради временна неработоспособност се оформя с болничен лист по образец, утвърден от управителя на НОИ и от министъра на здравеопазването.

**Чл. 7.** (1) Болничните листове се издават от лекуващите лекари (стоматолози) и ЛКК. Стоматолозите издават болнични листове само за заболявания от тяхната специалност. Лекарите от центровете за спешна медицинска помощ могат да издават болнични листове за домашно лечение до 3 календарни дни само след домашно посещение. Клиничният преглед и становището за временната неработоспособност се отразяват в личната амбулаторна карта (ЛАК) на лицето.

(2) Болнични листове могат да се издават и от лечебни заведения, които обслужват лицето по месторабота.

**Чл. 8.** (1) По искане на осигурените лица, които работят при повече от един работодател, се издава повече от един екземпляр болничен лист за представяне пред всеки от работодателите. В графа бележки на болничния лист се изписва броят на работодателите или осигурителите, за които е издаден.

(2) Когато има данни за настъпила трудова злополука, довела до временна неработоспособност, работодателят предоставя на териториалното поделение (ТП) на НОИ копие от болничния лист.

(3) Екземплярите на болничния лист, издадени по реда на ал. 1 и 2, се извеждат под един и същ номер в книгата за регистриране на издадените болнични листове и в книгата за решенията на ЛКК.

**Чл. 9.** (1) Болничният лист се издава в деня, в който се установи временната неработоспособност. Не се допуска издаване на болничен лист, в който датата на започването на отпуска е по-късна от датата на издаването му. Изключение се допуска само в случаите, когато временната неработоспособност е констатирана в деня, в който лицето е било на работа, независимо от отработените часове или след изтичане на работното му време, както и когато болничният лист е продължение. В тези случаи отпускът, даден за временна неработоспособност, започва задължително от следващия календарен ден, независимо че той може да е неработен за болния.

(2) Осигуреният е длъжен да представи болничния лист или да уведоми работодателя до два работни дни от издаването му.

(3) В случаите, при които лекуващият лекар или ЛКК са констатирани състояние на неработоспособност, но осигуреният откаже да му се издаде болничен лист, последният задължително се издава и служебно се изпраща на работодателя, където работи осигуреният. Ако осигуреният желае да ползва платен годишен отпуск за времето, включено в болничния лист, той подава съответната молба до работодателя. В този случай болничният лист се съхранява в предприятието, като към него се прикрепя копие от молбата на осигурения.

(4) Болничен лист за минало време без предварителен преглед на болния не се издава. Изключение се допуска най-много до два дни в случаи на тежки остри или изострени хронични заболявания, когато при прегледа обективната находка, отразяваща естеството и стадия на даденото заболяване, доказва, че лицето е боледувало и е било в състояние на временна неработоспособност, но прегледът не е могъл да бъде извършен. За лица, които поради заболяването си не носят отговорност за действията си, този срок е 10 дни. При издаване на болничния лист денят на прегледа се включва в посочените два, съответно 10 дни.

(5) Когато прегледът е бил извършен и временната неработоспособност е била своевременно констатирана, но болничен лист не е бил издаден, той може да се издаде за минало време, ако въз основа на обосноваваща документация на лечебното заведение и

ЛАК се прецени, че лицето през това време е било временно неработоспособно. В тези случаи болничен лист за отпуск до 7 дни се издава от лекуващия лекар, до 6 месеца - от ЛКК, а за повече от 6 месеца - след решение на ТЕЛК. Целият отпуск за минало време се включва в един болничен лист.

**Чл. 10.** (1) Всички решения на ЛКК и ТЕЛК по експертната временна неработоспособност, както и издадените болнични листове задължително се вписват в ЛАК, а за лекуващите се в лечебно заведение за болнична помощ - и в историята на заболяването, и в епикриза.

(2) Решенията и мненията на ЛКК се вписват под номер в книгата за решенията на ЛКК и се подписват от председателя и членовете на комисията. Всяка ЛКК води отделна книга за решенията си. Издадените болнични листове от лекуващите лекари и от ЛКК се регистрират в книгата за регистриране на издадените болнични листове, която е една за лечебното заведение.

**Чл. 11.** (1) Болничен лист се издава и при следните случаи:

1. умишлено увреждане на здравето с цел получаване на отпуск или обезщетение;
2. нарушаване на режима, определен от здравните органи;
3. временна неработоспособност поради употреба на алкохол, приемане на силно упойващо средство без лечебна цел или поради прояви, извършвани под въздействието на такива средства;
4. временна неработоспособност поради хулигански и други противообществени прояви, установени по съответния ред;
5. временна неработоспособност поради неспазване на правилата за безопасна работа, установено по съответния ред;
6. неявяване своевременно без уважителни причини на контролен преглед.

(2) Работоспособни осигурени, страдащи от хроничен алкохолизъм и наркомании, приети за лечение в лечебни заведения, имат право на болничен лист, издаден по общия ред за цялото време на престоя им.

(3) На неработоспособните хронични алкохолици се издават болнични листове по реда и правилата за общо заболяване.

(4) За всички случаи, посочени в ал. 1, т. 1 - 5, лекуващият лекар задължително вписва в болничния лист: "За анкета".

**Чл. 12.** Не се издава болничен лист за временна неработоспособност:

1. на неосигурени по Кодекса за социално осигуряване (КСО) лица;
2. когато при прегледа се установи, че осигуреният е работоспособен; в този случай в служебната бележка, ако такава се поиска, се отбелязват датата и часът на явяването и на напускането на лечебното заведение;
3. при кръводаряване освен в случаите, когато поради кръводаряването настъпи временна неработоспособност;
4. за гледане на хронично болен освен в случаите, когато се прибавя ново заболяване, което утежнява състоянието и налага гледане на болния, при обективизирано изостряне на заболяването или в терминалния стадий;
5. за гледане на лице с трайно намалена работоспособност, на което е определена чужда помощ;
6. за заболяване, за което ТЕЛК (НЕЛК) е определила трайно намалена работоспособност; изключения се допускат, когато са налице обективни данни за обострянето му.

**Чл. 13.** (1) Болничен лист за временна неработоспособност на един осигурен се издава еднолично от лекуващите лекари и стоматолози до 7 дни непрекъснато, независимо дали той се разрешава от един или повече лекари, но за не повече от 40 дни с прекъсване в една календарна година.

(2) След изтичането на отпуска по ал. 1 болният се насочва към ЛКК.

(3) Когато болничният лист е издаден в нарушение на ал. 1 и 2, въпросът за временната неработоспособност се решава по реда на чл. 112 от Закона за здравето (ЗЗ).

(4) Когато съответната ЛКК установи, че е налице временна неработоспособност в периода, включен в болничния лист, издаден еднолично, тя го заверява, като вписва:

1. имената на членовете на ЛКК и техните подписи;
2. дата и номер на решението на ЛКК по книгата за решенията на ЛКК;
3. поставя печат на лечебното заведение.

**Чл. 14.** (1) Болничен лист за цялото време на болничното лечение се издава еднолично от лекуващия лекар или стоматолог. В случаите, когато след болничното лечение болният се нуждае и от домашно лечение, при изписването се издава един болничен лист от ЛКК, в който се включват дните за болничното лечение, включително деня на изписването, както и не повече от 30 дни за домашно лечение. В историята на заболяването, в ЛАК и в епикриза се отразява издаденият болничен лист и се обосновава необходимостта от отпуск за домашно лечение.

(2) По искане на осигурения болничен лист за болнично лечение може да се издаде и за по-кратки периоди преди завършване на лечението с оглед изплащане на парично обезщетение за изтеклото време.

(3) Болничен лист за дневен и домашен стационар се издава от ЛКК.

**Чл. 15.** (1) В зависимост от състоянието на болния в болничния лист се определя един от посочените режими:

1. болничен;

2. санаторно-курортен;

3. домашен:

а) на легло - постоянно или за определени часове на деня;

б) стаен;

в) амбулаторен;

4. свободен:

а) само в района на населеното място, където болният прекарва отпуска по болест;

б) с право да отиде в друго населено място в границите на Република България.

(2) При определяне на домашен режим лекуващият лекар или ЛКК, издаващи болничния лист, са длъжни да се информират от болния за възможностите му да проведе лечението си в друго населено място при по-добри грижи без опасност за влошаване на състоянието му от пътуването. Когато се разреши ползването на домашния отпуск в друго населено място, това обстоятелство се вписва в болничния лист.

(3) Когато болничният лист, с който е определен домашният режим, е издаден, а нуждата и възможностите за гледане на болния в друго населено място се установяват след неговото издаване, промените в режима по условията на ал. 2 се извършват преди заминаването на болния в другото населено място върху болничния лист преди представянето му на работодателя. В случай че той вече е представен на работодателя, издалият болничния лист изпраща писмо до него, с което се уточняват промените в режима, както и датата, от която следва да се прилагат.

**Чл. 16.** (1) Всички лабораторни изследвания и лечебни процедури (физиотерапия, рентгенова терапия и др.) на работоспособни осигурени лица се извършват в извънработно време или в работно време с разрешението на работодателя, без да се издава болничен лист.

(2) В случаите по ал. 1 лекарят (стоматологът), който прави изследването или консултацията, издава служебна бележка на осигурения, в която отразява часа на явяването и часа на приключване на изследването.

(3) Болничен лист може да бъде издаден само в случаите, когато времето, необходимо за отиване и връщане до и от лечебното заведение и за провеждане на изследванията и процедурите, ангажира цялото му работно време.

(4) В случаите по ал. 3 болничният лист се издава от лекаря (стоматолога), изпратил болния за съответното изследване и лечебни процедури.

**Чл. 17.** На осигурени с ампутирани крайници или други ортопедични дефекти, на които се налага да им бъде взета мярка за изработване на ново ортопедично средство или за поправка на старо, както и за обучение при ползването му болничен лист за необходимото време се издава от лекаря в съответния център за протезиране.

**Чл. 18.** Осигуреният не може по своя преценка без разрешение от лекуващия лекар или ЛКК, издали болничния лист, да се върне на работа преди изтичане на разрешените дни отпуск. Осигурителите не допускат на работа осигурени, които се намират в отпуск поради временна неработоспособност.

**Чл. 19.** (1) Когато лицето, което ползва отпуск по болест, заяви, че работоспособността му е възстановена преди изтичане на разрешените дни отпуск и ако лекуващият лекар (стоматолог) или ЛКК, издали болничния лист, установят това, те могат да прекратят отпуска, като

отбележат в болничния лист датата, на която осигуреният трябва да се яви на работа. В тези случаи ЛКК може да прекрати отпуск, издаден еднолично от лекар.

(2) Лекуващият лекар (стоматолог) или ЛКК, издали болничния лист, могат да прекратят отпуска за временна неработоспособност, ако установят, че такава не е налице, но при условие че осигуреният не възразява.

(3) Споровете между осигурения, лекуващите лекари и други заинтересувани лица и органи се разрешават по реда на чл. 112 и 113 ЗЗ.

**Чл. 20.** Лекуващите лекари (стоматолози) и ЛКК са длъжни:

1. да уведомяват осигурения за деня, в който трябва да се явят на преглед или на работа;
2. да дават указания на осигурения за реда, начина и сроковете за обжалване на техните решения;
3. да осведомяват осигурения по всички въпроси, възникнали във връзка с уреждане на временната или трайната им неработоспособност.

## **Раздел**

## **II.**

**Издаване на болничен лист при болест, трудова злополука, професионална болест, аборт, при належащи медицински прегледи и изследвания и при трудоустрояване**

**Чл. 21.** (1) При временна неработоспособност поради общо заболяване, трудова злополука и професионална болест болничен лист се издава за времето от първия ден на настъпване на временната неработоспособност до нейното възстановяване или до установяване на трайно намалена работоспособност от ТЕЛК, независимо от това, дали по него ще се плати парично обезщетение.

(2) Когато временната неработоспособност е продължила повече от 6 месеца без прекъсване или 12 месеца с прекъсване в две предходни години и в годината на боледуването, отпускът се разрешава само след контролен преглед на ТЕЛК на всеки два месеца, при условие че са налице обективни признаци за възстановяване на работоспособността в следващите 6 месеца.

(3) Неработните дни, както и ползването на друг законоустановен отпуск не прекъсват временната неработоспособност. Прекъсване на временната неработоспособност се приема само когато лицето се е явило на работа със съгласието на органа, разрешил отпуска по болест (лекуващите лекари, ЛКК, ТЕЛК или НЕЛК). Това обстоятелство се отразява в ЛАК по реда на правилника по чл. 109 ЗЗ.



(4) По изключение за отделни случаи след мотивирано решение на ТЕЛК отпускът за временна неработоспособност може да се продължи и след изтичането на новите 6 месеца само за някои болести, като туберкулоза, травматични увреждания, следоперативни състояния, хепатит, инфаркт на миокарда и др., когато е очевидно, че осигуреният ще възстанови работоспособността си в следващите 6 месеца. Не се разрешава ползването на отпуск за временна неработоспособност непрекъснато за повече от 18 месеца.

**Чл. 22.** При злополука лекуващият лекар (стоматолог) определя вида ѝ - трудова или не, според данните от анамнезата и неговите лични констатации, като задължително вписва в ЛАК часа, мястото и обстоятелствата на злополуката. При съмнение за трудова злополука в болничния лист се вписва: "За доказване с разпореждане на ТП на НОИ", а за професионална болест - "За доказване с експертно решение на ТЕЛК".

**Чл. 23.** Болничен лист за аборт по желание или по медицински показания се издава по общия ред.

**Чл. 24.** (1) Болничен лист на осигурен, изпратен за консултация или изследване, се издава от лекуващия лекар (стоматолог) или от ЛКК, които са го изпратили. Консултантът издава болничен лист в случаите, когато поеме лечението, като приеме болния в лечебно заведение за болнична помощ или му осигури системно домашно-амбулаторно наблюдение и лечение. Еднократното даване на рецепта не се счита за поемане на лечение.

(2) Лекарят консултант дава мнение относно характера и стадия на заболяването, лечението и работоспособността на болния. Консултантите не определят продължителността на неработоспособността. Тя се определя от лекуващия лекар или ЛКК, които издават болничния лист.

(3) Когато осигуреният не е бил изпратен за консултация от лекуващия лекар или от ЛКК, но представи консултативно мнение от друго лечебно заведение, което е констатирало състояние на временна неработоспособност, въпросът за работоспособността при несъгласие с мнението на консултанта и отказ да се издаде болничен лист се решава по реда на чл. 112 ЗЗ. В този случай лечебните заведения, извършили консултацията, са длъжни да издадат официален документ, в който да отразят обективната находка, параклиничните изследвания, лечението и мотивирано мнение за работоспособността на осигурения.

**Чл. 25.** (1) Когато няма данни за трайно намалена работоспособност или трайно намалената работоспособност е под 50 на сто, но здравословното състояние на осигурения

налага да работи при облекчени условия, включително при намален работен ден, той се трудоустроява с болничен лист.

(2) Лекуващият лекар трудоустроява за срок до един месец в една календарна година, а ЛКК - до две години, но за не повече от 6 месеца еднократно. На всеки 6 месеца се прави контролен преглед и се издава нов болничен лист. След изтичане на двете години осигуреният се насочва за освидетелстване от ТЕЛК.

## **Раздел**

## **III.**

### **Издаване на болничен лист за временна неработоспособност при бременност, раждане и осиновяване**

**Чл. 26.** (1) Отпускът поради бременност и раждане на осигурената в размер 135 календарни дни за всяко дете се разпределя в 3 болнични листа, както следва:

1. за 45 календарни дни преди раждането; болничният лист се издава еднолично от лекаря, който осъществява наблюдението на бременната; в болничния лист задължително се вписва терминът на раждането;

2. за 42 календарни дни непосредствено след раждането - от лекаря, който е водил раждането; ако раждането е станало без медицинско наблюдение - от личния лекар;

3. за 48 календарни дни - продължение на предходния болничен лист - от лекаря, при който е регистрирано детето, или от личния лекар на родилката; когато детето почине, дадено е за осиновяване или е настанено в детско заведение на пълна държавна издръжка преди изтичането на 42 дни от раждането му, болничен лист за остатъка до 135 дни не се издава.

(2) През време на отпуска по бременност и раждане не се издава болничен лист по други причини.

(3) При патологична бременност болничен лист се издава по общия ред - както за общо заболяване.

**Чл. 27.** (1) Когато раждането не стане в рамките на 45-те дни отпуск по бременност, той се продължава с нов болничен лист до деня на раждането, но за не повече от 93 дни.

(2) Когато раждането е станало преди изтичането на 45-дневния отпуск по бременност, а също и при преждевременно раждане, когато не е съществувала възможност да се започне ползването на 45-дневния отпуск по бременност, осигурената има право на остатъка или на неизползания отпуск поради бременност. В тези случаи отпускът се включва в третия болничен лист, като се вписва размерът на неизползания отпуск поради бременност.

(3) В случаите, при които осигурената няма право на отпуск за времето след 42-ия ден от раждането, болничен лист за неизползвания отпуск по бременност не се издава. Ако здравословното състояние на осигурената не е възстановено, се издава болничен лист по общия ред.

**Чл. 28.** Болничен лист за временна неработоспособност след раждане се издава от датата, на която е станало раждането, като винаги се разрешават 42 дни отпуск независимо от това, дали детето е мъртвородено, починало или е дадено за осиновяване или в детско заведение на пълна държавна издръжка преди изтичането на 42-ия ден от раждането.

**Чл. 29.** Когато детето почине, настанено е в детско заведение на пълна държавна издръжка или е дадено за осиновяване след 42-ия ден от раждането, отпускът по третия болничен лист се прекратява от следващия ден. В тези случаи, ако работоспособността на майката вследствие на раждането не е възстановена, срокът на временната неработоспособност се продължава по общия ред.

**Чл. 30.** (1) В случай, при който бременната не се е явила своевременно за оформяне на отпуска си по бременност, но има определен термин на раждане, болничният лист се издава, както следва:

1. ако до явяването ѝ при лекаря е работила - само за времето от датата на прекратяване на работата до термина на раждането;
2. ако до явяването ѝ при лекаря не е работила - за целия период от 45 дни, предхождащ термина на раждането.

(2) Когато осигурената е родила, без да е имала определен термин и без оформен отпуск по бременност, временната неработоспособност се оформя, както следва:

1. за целия период от 45 дни преди раждането, ако не е работила, болничният лист се антидатира и се издава за целия период до датата на раждането от лекаря, водил раждането, или от личния лекар, ако раждането е станало без медицинско наблюдение;
2. ако е работила част от периода 45 дни, предхождащ раждането, а през останалия период не е работила, болничният лист се издава за времето от прекратяването на работата ѝ до датата на раждането;
3. ако до раждането бременната е работила, болничен лист за бременност не се издава.

(3) В случаите, при които бременната се явява по-късно за оформяне на отпуска си по бременност, тя представя на здравните органи документ от предприятието за датата, до която е работила. Документът се съхранява в ЛАК заедно с картона на бременната.

**Чл. 31.** (1) На осигурената или осигурения, които осиновят дете, се издава болничен лист за временна неработоспособност в размер на разликата от възрастта на детето в деня на предаването му за осиновяване до изтичането на срока по чл. 50 КСО.

(2) Болничният лист за временна неработоспособност на осиновителя за гледане на осиновено дете се издава еднолично от ръководителя на съответното лечебно заведение, където е отглеждано детето до датата на осиновяването, или от личния лекар на осиновителя.

## **Раздел**

## **IV.**

### **Издаване на болничен лист за балнеолечение, климатолечение и таласолечение**

**Чл. 32.** (1) Болничен лист за отпуск за балнеолечение, климатолечение и таласолечение се издава само на временно неработоспособен осигурен, чието заболяване е показано за такова лечение.

(2) Балнеолечение, климатолечение и таласолечение на лица с хронични заболявания със запазена работоспособност се провежда за сметка на друг законоустановен отпуск.

(3) При непосредствено изпращане на временно неработоспособен осигурен от болнично лечение на балнеолечение, климатолечение и таласолечение болничният лист се издава от ЛКК на лечебното заведение, което го е изпратило.

(4) В случаите, когато е разрешен отпуск за временна неработоспособност за домашно лечение и през този отпуск осигуреният по препоръка на лекуващия лекар или ЛКК се снабди с карта за балнеолечение, климатолечение и таласолечение, срокът на която изтича по-късно от срока на разрешения отпуск за домашно лечение, отпускът за временна неработоспособност се продължава от ЛКК, която е разрешила отпуска за домашно лечение, с нов болничен лист - продължение на предходния, в който се определят режимът и дните от предходния болничен лист, за които този режим се отнася.

**Чл. 33.** В болничния лист за балнеолечение, климатолечение и таласолечение се включват допълнително до 3 календарни дни отпуск за пътуване, когато това е необходимо.

## Раздел

V.

### Издаване на болничен лист при карантина и отстраняване от работа по предписание на медицинските органи

**Чл. 34.** (1) При карантина на болен или контактен осигурен, наложена съгласно разпоредбите за борба със заразните болести, болничен лист се издава еднолично от лекуващия лекар за срока на карантинния период.

(2) Когато осигурен се разболее през време на дадения му отпуск за карантина, независимо дали заболяването е поради болестта, за която е оставен под карантина, или поради друга болест, не следва да се издава друг болничен лист до изтичане на срока, за който е издаден болничният лист за карантина. Нов болничен лист се издава след този срок само ако временната неработоспособност поради заболяването продължава. Този болничен лист се означава като "Първичен", но ако заболяването е поради болестта, за която е наложена карантината, болничният лист се означава като "Продължение".

(3) Когато поради характера на извършваната работа осигуреният е отстранен от нея по нареждане на медицинските органи като преболедувал от заразна болест, като бацилоносител или поради контакт със заразоболен, болничният лист се издава еднолично от лекуващия лекар за сроковете, установени за съответните заразни болести. В тези случаи лицето представя служебна бележка от работодателя, че не може да се трудоустрои на друга подходяща работа.

## Раздел

VI.

### Издаване на болничен лист за гледане на болен член от семейството

**Чл. 35.** (1) Болничен лист за гледане на болен член от семейството в дома, както и за гледане на дете, настанено при близки, роднини или приемно семейство по реда на чл. 26 от Закона за закрила на детето (ЗЗД), се издава:

1. от лекуващия лекар (стоматолог) - еднолично до 7 дни непрекъснато, независимо дали се отнася за едно или за различни заболявания;

2. от ЛКК - до 30 дни наведнъж, но за не повече от 6 месеца, а след 6-ия месец - след решение на ТЕЛК.

(2) Болничните листове за гледане на болен член от семейството в дома се издават от лечебните заведения, в които се осъществяват лечението и наблюдението на болния.

(3) При издаване на болничен лист за гледане на болен член се вписват имената на болния, възрастта (за децата до 18 навършени години - датата на раждане), родствената връзка и диагнозата.

**Чл. 36.** (1) Болничен лист за гледане на болни деца от семейството се издава еднолично от лекуващия лекар и в следните случаи:

1. за гледане на заразено дете в лечебно заведение за болнична помощ или в дома - до изтичане на болничното или домашното лечение, както и на дете, посещаващо детско заведение, контактно със заразено, задължително карантинирано в дома - до изтичане на карантинния период;

2. за гледане на здрави деца, посещаващи детски заведения, върнати оттам поради наложена карантина на тези заведения или на отделни групи - за срока на карантинния период; болничен лист в случая се издава въз основа на служебна бележка от директора на детското заведение за наличието и срока на карантината и за невъзможността детето да бъде прехвърлено в друга група, където няма карантина; служебната бележка се прилага в амбулаторната карта на лицето, което получава отпускане.

(2) Не се издава болничен лист за гледане на здрави деца, оставени под карантина, които не посещават детски заведения.

**Чл. 37.** (1) Болничен лист за гледане на болен член от семейството в лечебно заведение за болнична помощ се издава еднолично от лекуващия лекар при наличие на заключение, вписано в историята на заболяването от ръководителя на лечебното заведение, че гледането на болния е било наложително, и за какъв срок. Това обстоятелство задължително се вписва в болничния лист, като се отбелязва номерът на историята на заболяването на болния член от семейството.

(2) Болничен лист за гледане на дете до 3-годишна възраст, настанено на лечение в лечебно заведение за болнична помощ, се издава еднолично от лекуващия лекар, без да се изисква разрешение на ръководителя на лечебното заведение, за целия престой на осигурения в лечебното заведение.

## **Раздел**

## **VII.**

### **Издаване на болничен лист за придружаване на член от семейството за лечение, консултация и изследване**

**Чл. 38.** (1) Болничен лист за придружаване на болен член от семейството, включително на болно дете, настанено при близки, роднини или приемно семейство по реда на чл. 26 ЗЗД в същото или в друго населено място, се издава от лекуващия лекар или от ЛКК, изпратили болния за консултация, изследване или постъпване за лечение, след като осигуреният представи документи от лечебното заведение, към което е насочен болният, от които се вижда времето, необходимо за придружаване.

(2) В случаите по ал. 1 болничен лист се издава само за времето до настаняването на болния в лечебното заведение за болнична помощ, след което болничен лист може да се издаде по реда на чл. 37.

(3) Когато извънболничното лечение се поеме от лечебно заведение в друго населено място, болничен лист на придружителя се издава от това заведение по реда на наредбата.

**Чл. 39.** (1) Болничен лист за гледане или придружаване на болен член от семейството се издава, при условие че в мястото, където пребивава болният, няма друг незает на работа член от семейството му, годен да гледа или да придружава болния. Това обстоятелство се установява с декларация на осигурения, на когото се издава болничният лист, която се прилага към болничния лист. Лекуващият лекар или ЛКК вписва в личната амбулаторна карта на болния името, на когото е издаден болничният лист за гледането му, името, местоработата, постоянния адрес, родствената връзка с болния, размера на отпуска, номера на болничния лист и обстоятелството, че е приложена декларация към него. Данните от болничния лист - номер, серия, начало и продължителност на отпуска, се нанасят и в ЛАК на лицето, на което е издаден болничният лист.

(2) За дете до 7 навършени години не се изисква декларация по ал. 1 само когато майката поиска да гледа и да придружава болното си дете.

**Чл. 40.** (1) Не се издава болничен лист за гледане или за придружаване на болен член от семейството едновременно на повече от един осигурен.

(2) Болничен лист може да се издаде едновременно на повече от един осигурен член от семейството, когато в семейството има едновременно повече от един болен и гледането или придружаването на болните се осъществява на различни места, както и в случаите, когато в семейството има повече от един болен от различни инфекциозни болести, гледането на които в дома или в лечебното заведение е противопоказано да се извършва от едно и също лице.

## **Раздел**

## **VIII.**

### **Издаване на болничен лист за лечение и изследване в чужбина**

**Чл. 41.** Болничен лист за временна неработоспособност поради заболяване, злополука, бременност или раждане в чужбина на служителите от българските посолства, легации, консулства, търговски представителства, на изпратените на работа при поделенията на ООН и другите международни представителства се издава от ЛКК на лечебното заведение, определено от директора на Регионалния център по здравеопазване - София, за целия

период на временната неработоспособност срещу представяне на документ от лечебното заведение, в което е извършено лечението или изследването.

**Чл. 42.** (1) Болничен лист на изпратените за лечение и изследване в чужбина се издава от личния лекар срещу представяне на преведен и легализиран документ от лечебното заведение в чужбина, което е извършило лечението или изследването, и разрешителния документ на комисията.

(2) Болничен лист за времето преди заминаване за лечение и изследване в чужбина се издава на временно неработоспособни лица по общия ред.

(3) На членовете на семейството, когато придружават болни за лечение и изследване в чужбина, болничен лист се издава само за дните, необходими за отиване до лечебното заведение и обратно. За оставане на придружителя в населеното място, където се провежда лечението, в болнична или в домашна обстановка болничен лист се издава само ако в решението за лечение в чужбина на комисията има изрично заключение за необходимостта и срока за оставането на придружителя по време на лечението на болния.

**Чл. 43.** (1) На осигурени, на които е проведено болнично лечение или изследване в чужбина независимо по какъв ред, болничен лист се издава за целия период на лечението или изследването въз основа на представените документи от лечебното заведение.

(2) Болничният лист за амбулаторно лечение или изследване в чужбина се издава само ако от представената документация се установи, че отпускът е разрешен от лекар от лечебно заведение, че неработоспособността е настъпила вследствие на неотложни състояния, че вписаните обективни данни в издадената документация дават основание за разрешаване на отпуск и обосновават неговата продължителност.

(3) В случаите по ал. 1 и 2, ако състоянието на болния е налагало придружител, се издава болничен лист и на придружителя, при условие че той е осигурен.

(4) Болничен лист по ал. 1, 2 и 3 се издава от ЛКК, към която болният е насочен от личния си лекар. Осигуреният е длъжен да представи на личния лекар документите от лечебното заведение, където е извършено лечението или изследването, както и доказателства за осигурителните си права.

(5) При отказ на ЛКК да издаде болничен лист по реда на ал. 4 се процедира съгласно разпоредбата на чл. 112 ЗЗ.



**Чл. 44.** Документите, издадени в чужбина, въз основа на които в Република България се издават болнични листове, трябва да имат официалния характер, валиден за съответната страна, в която са издадени, и да са преведени на български език от оторизирана фирма за превод и легализация на документи.

**Чл. 45.** Болничните листове за проведено лечение или изследване в страните, с които Република България има сключени спогодби за сътрудничество в областта на социалната политика, се издават по реда на чл. 43, освен ако в спогодбите е уговорено друго.

**Чл. 46.** Болничен лист за раждане, станало в чужбина, се издава от личния лекар въз основа на следните документи:

1. акт за раждане на детето;
2. декларация, че детето е живо и не е дадено за осиновяване;
3. документ за ползвания отпуск при бременност;
4. копие на трудов договор или осигурителна книжка на лицето.

**Чл. 47.** За временно неработоспособни български граждани на работа в други страни, изпратени въз основа на сключени спогодби с тях, при завръщане и за престоя им в страната поради ползването на платен или неплатен отпуск или командировка болничен лист се издава при условията и по реда на наредбата.

## **Раздел**

## **IX.**

### **Общи изисквания по отчетността на болничните листове**

**Чл. 48.** Дубликат на болничен лист се издава от лечебното заведение, което е издало оригинала, срещу писмено искане от осигурителя, от осигурения или от самоосигуряващото се лице. В молбата се посочва причината, поради която се иска дубликат. На издадения болничен лист се вписва "Дубликат". Молбата, срещу която се иска дубликат от болничен лист, се прилага в ЛАК.

**Чл. 49.** (1) Органите на експертизата, издали неправомерно болнични листове, имат право сами да ги анулират до изплащане на обезщетения по тях, при условие че осигуреният не възразява.

(2) След изплащане на обезщетението обжалванията и възраженията от заинтересуваните лица и органи се правят по реда на чл. 112 ЗЗ.

(3) Анулираните болнични листове по реда на ал. 1 се съхраняват в съответните лечебни заведения, а тези по ал. 2 - при осигурителите.

(4) Анулираните болнични листове се съхраняват 3 години след датата на издаването им, след което се унищожават с акт от комисия, определена със заповед на съответния ръководител. В акта задължително се вписват серията и номерът на унищожените болнични листове.

(5) Корекции по болничния лист по повод допуснати технически грешки се извършват само от органа, който го е издал. Корекцията се нанася върху самия болничен лист със съответния подпис и печат.

(6) Анулиране на болничен лист се извършва, като се зачертава с две срещуположни диагонални черти, вписва се думата "унищожен" и по чие решение се анулира.

**Чл. 50.** Повредените болнични листове се съхраняват в лечебните заведения и се унищожават в края на годината по реда на чл. 49, ал. 4.

**Чл. 51.** (1) Бланките на болничните листове се отпечатват и разпределят от НОИ. За получените и разходваните бланки на болнични листове за временна неработоспособност в ТП на НОИ и в лечебните заведения се води регистър за получаването, движението и отчитането на болничните листове.

(2) Лечебните заведения получават бланки на болнични листове от ТП на НОИ след представяне на удостоверение за регистрация на лечебното заведение за извънболнична помощ, издадено от директора на РЦЗ, или след съответно разрешение за осъществяване на лечебна дейност по чл. 46 от Закона за лечебните заведения, издадено от министъра на здравеопазването.

(3) За получаването, разпределянето и съхраняването на бланките на болнични листове носят отговорност директорите на ТП на НОИ, а за лечебните заведения - ръководителите им.

(4) Лекарите (стоматолозите), издаващи болнични листове, носят лична отговорност за тяхното съхранение и опазване.

**ОПРЕДЕЛЯНЕ ХАРАКТЕРА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА - ПРОФЕСИОНАЛЕН ИЛИ ОБЩ**

**Чл. 52.** (1) Териториалната експертна лекарска комисия (НЕЛК) потвърждава или отхвърля професионалния характер на заболяванията въз основа на клиничния преглед, данните от медицинското досие на лицето, допълнително събраните доказателства и протокола за извършено проучване по повод на професионална болест, направено от съответното ТП на НОИ, по чл. 62, ал. 1 КСО.

(2) Освен по характера на заболяването ТЕЛК се произнася по всички въпроси по чл. 56.

(3) При преосвидетелстване на лица с професионални заболявания ТЕЛК (НЕЛК) може да препотвърди професионалното заболяване или да установи липса на такова.

**Чл. 53.** При настъпила смърт, когато при аутопсия се установят данни за заболяване, включено в списъка на професионалните болести, по искане на наследниците и/или органите на предварителното производство и съда ТЕЛК се произнася по професионалния характер при наличие на следните документи:

1. протокол от аутопсия;
2. медицинска документация на починалия;
3. протокол за проучване на професионална болест.

**Чл. 54.** По преценка на ТЕЛК (НЕЛК) лицата се насочват за допълнително изясняване във връзка с потвърждаване или отхвърляне на професионалния характер на болестта към отделенията и клиниките по професионални болести.

**Чл. 55.** (1) Териториалните експертни лекарски комисии и НЕЛК издават експертни решения и попълват регистрационни карти за призната професионална болест. Когато решението за професионалния характер на заболяването е взето от съда, регистрационната карта се попълва от НЕЛК.

(2) Срокът на експертното решение, с което е призната професионална болест, е 3 години, след което лицето се преосвидетелства по реда на тази наредба.

(3) Регистрационната карта за призната професионална болест се изготвя в 4 екземпляра за: НОИ, съответната регионална инспекция за опазване и контрол на общественото здраве, Националния център по опазване на общественото здраве и областната инспекция по труда.

**Глава**

**четвърта.**

## **ЕКСПЕРТИЗА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА РАБОТОСПОСОБНОСТ**

**Чл. 56.** Експертизата на трайно намалената работоспособност включва определяне на:

1. степента на трайно намалената работоспособност в проценти спрямо здравия човек;
2. потребността от чужда помощ и срока;
3. срока на инвалидността и датата, на която изтича определеният срок на инвалидност;
4. началната дата на трайно намалената работоспособност (дата на инвалидизиране);
5. причинната връзка между увреждането (смъртта) и трудовата злополука, условията на труд, при които е работило освидетелстваното лице, включително при военна и гражданска инвалидност;
6. противопоказаните условия на труд;
7. трудоспособно ли е лицето за работното си място и необходимостта от трудоустрояване;
8. характера на заболяването - професионален или общ;
9. препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация, режим на живот и обучение - при деца до 16-годишна възраст.

**Чл. 57.** Степента на трайно намалената работоспособност се определя въз основа на подробна клиничко-експертна анамнеза, задълбочен клиничен преглед, насочени лабораторни и функционални изследвания и данните от наличната медицинска документация, даващи представа за функционалното състояние на заболелия орган и организма като цяло.

**Чл. 58.** (1) Установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка съгласно приложение № 1. Ако приетата точка предвижда диапазон "от ... до ...", процентът на намалената работоспособност се съобразява със степента на установения дефицит.

(2) Когато установеното увреждане не е посочено като отправна точка в приложение № 1, но обуславя значителен функционален дефицит, за критерий се взема най-близката по съдържание точка, като в експертното решение се вписва "във връзка с точка ..." и се прави подробна обосновка.

(3) При наличие на множествени увреждания, посочени като отправни точки в приложение № 1, крайният процент на намалената работоспособност (социалната адаптация) се определя по Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти съгласно приложение № 2.

(4) Увреждания, които не са посочени като отправни точки и не обуславят функционален дефицит или дефицитът е незначителен, не се вземат предвид при определяне процента на намалената работоспособност.

**Чл. 59.** Критериите за оценка на намалената работоспособност са еднакви независимо от повода, за който се освидетелства лицето (пенсиониране, социално подпомагане, освобождаване от такси и данъци и др.).

**Чл. 60.** Процентите на трайно намалената работоспособност по повод увреждане, причинено от общо заболяване, и по повод увреждане, при което се определя причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна инвалидност и др.), се определят поотделно.

**Чл. 61.** (1) При внезапно починало лице ТЕЛК и НЕЛК се произнасят само по причинната връзка въз основа на наличната медицинска документация и протокола от аутопсията.

(2) При липса на протокол от аутопсията ТЕЛК и НЕЛК не се произнасят по причинната връзка.

**Чл. 62.** Когато процентът на трайно намалената работоспособност се завишава при непроменено здравословно състояние, се прави подробна мотивировка със:

1. неправилна оценка при предишното освидетелстване;

2. допусната фактическа грешка;
3. други причини.

**Чл. 63.** (1) При тежка степен на намалена работоспособност (над 90 на сто) ТЕЛК (НЕЛК) се произнася и по потребността от чужда помощ.

(2) Чужда помощ се определя на лица, които не са в състояние да се самообслужват в битово отношение (ставане, обличане, тоалет, хранене и др.), на слепи, както и на психично болни, които не са в състояние да контролират действията си.

(3) При децата чужда помощ може да се определи и при намалени възможности за социална адаптация под 90 на сто в зависимост от естеството на заболяването и възможността за отглеждането им в детско заведение.

(4) Териториалната експертна лекарска комисия и НЕЛК определят чужда помощ при децата, когато тя е обусловена от заболяванията, а не от възрастта им.

**Чл. 64.** (1) Срокът на инвалидността е от една до 3 години в зависимост от характера на увреждането, динамиката на неговото развитие и възможностите за възстановяване на работоспособността.

(2) Крайната дата на срока на инвалидизиране е 1-во число на месеца, през който е било извършено освидетелстването.

(3) Когато преосвидетелстването е извършено след датата по ал. 2, в решението си ТЕЛК отбелязва закъснението и причините за това.

(4) При дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване на работоспособността се определя пожизнен срок на инвалидността.

(5) При множествени увреждания, някои от които не са дефинитивни, срокът на инвалидността се определя съгласно ал. 1.

(6) Срокът на "чуждата помощ" може да бъде същият или по-кратък от срока на намалената работоспособност в зависимост от увреждането и неговата динамика, но за не по-малко от 6 месеца.

(7) При лица, навършили 65-годишна възраст, се определя пожизнен срок на инвалидността. Преосвидетелстване на тези лица може да се извърши по тяхно искане или по искане на контролните органи на медицинската експертиза.

**Чл. 65.** (1) Дата на инвалидиране се определя, когато се определя процент трайно намалена работоспособност.

(2) Датата на инвалидиране се определя въз основа на наличната медицинска документация, трудовия маршрут и здравословното състояние на лицето.

(3) Когато лицето е било във временна неработоспособност и е преминало непосредствено в инвалидност, за дата на инвалидиране се приема денят, от който е прекратено изплащането на парично обезщетение по болничните листове.

(4) Когато лицето поради увреждането си е трудоустроено на работа с по-ниска квалификация, за дата на инвалидиране се приема датата на преминаване на лицето на тази работа. Това обстоятелство се установява по наличната медицинска документация и документите за трудов стаж.

(5) Когато лицето не е ползвало отпуск по болест или не работи, датата на инвалидиране се определя въз основа на медицинските документи и здравословното му състояние при освидетелстването. Когато липсва медицинска документация и здравословното състояние на лицето не дава достатъчно основание, за дата на инвалидиране се определя датата на издаване протокола на ЛКК.

(6) Когато лицето работи или се намира в платен или неплатен отпуск, за дата на инвалидиране се определя датата на освидетелстването.

(7) Датата на инвалидиране може да бъде по-късна от датата на освидетелстването само когато лицето е било в отпуск по болест и се е явило за освидетелстване преди изтичането му.

(8) Отпускът при временна неработоспособност в размер 75 календарни дни, ползван на основание чл. 42, ал. 2 и 3 КСО, се взема предвид при определяне датата на инвалидиране.

**Чл. 66.** Нова дата на инвалидиране се определя:

1. на работещите лица с трайно намалена работоспособност, на които при следващото преосвидетелстване е определен по-висок процент трайно намалена работоспособност поради влошаване на здравословното им състояние, което не им позволява да продължат да работят при същите условия на труд, към които са се приспособили;

2. на лицата, които получават лична или наследствена пенсия въз основа на трайно намалена работоспособност и са поискали друг вид пенсия - от датата, на която е

установена трайно намалена работоспособност, обусловена от увреждането, даващо основание за друг вид пенсия;

3. на лицата, на които при последното преосвидетелстване не е определен процент трайно намалена работоспособност, както и на лицата, които след изтичането на срока, за който е определен процент трайно намалена работоспособност, не са се явили за преосвидетелстване и по медицинската документация се установи, че са възстановили работоспособността си, или са работили като работоспособни пълноценно, но се е влошило състоянието им - от датата, на която са станали неработоспособни.

**Чл. 67.** Решение за причинна връзка се взема от ТЕЛК и НЕЛК само при определяне на процент трайно намалена работоспособност и при временна неработоспособност по повод трудова злополука, професионална болест и техните усложнения.

**Чл. 68.** (1) Териториалните експертни лекарски комисии и НЕЛК се произнасят по причинната връзка въз основа на следните документи:

1. при трудова злополука - разпореждане на ТП на НОИ за приемане или неприемане на злополуката за трудова или заместващо го съдебно решение, а в случаите на нетравматично увреждане - протокол за разследване на злополуката;

2. при определяне на гражданска инвалидност - документ от органите на властта, когато лицето е пострадало или заболяло при изпълнение на служебни задачи на тези органи; документ от ведомството, където лицето е упражнило гражданския си дълг;

3. при определяне на военна инвалидност - решение на ведомствената медицинска комисия или документ от командването на военната част, на която лицето е съдействало, или съдебно решение;

4. при професионална болест - протокол за разследване на ТП на НОИ; при непълноти в проучването на ТП на НОИ ТЕЛК (НЕЛК) може да поиска допълнителна информация от работодателя или от ТП на НОИ.

(2) Не се считат за трудова злополука болести от каквото и да е естество, като: инфаркти, инсулти, епилепсия, душевни болести, артериосклероза, високо кръвно налягане, диабет.

(3) Лицата, които направят искане за пенсия за военна инвалидност след уволняването си, без да са били освидетелствани от военна медицинска комисия, установяват обстоятелството, че са били на военна служба и че са пострадали по време на службата, с документ от съответното поделение или военна болница.



(4) При искане на наследствена пенсия за военна инвалидност за загинали или безследно изчезнали се представя удостоверение от командването на частта, на която са съдействали или в която са служили.

**Чл. 69.** (1) Причинна връзка се признава не само за увреждането по повод злополуката и професионалната болест, но и за последствията или усложненията, обусловени от тях.

(2) Причинна връзка се признава и за усложненията на заболяванията, за които е определена военна инвалидност.

**Чл. 70.** (1) При пенсия за военна инвалидност ТЕЛК и НЕЛК вземат решение дали трайно намалената работоспособност е резултат от това, че лицето е пострадало или заболяло през време на военната служба.

(2) Решението на Централната военномедицинска комисия е задължително за ТЕЛК (НЕЛК) само относно времето, през което лицето е пострадало или заболяло.

(3) Когато в ТЕЛК (НЕЛК) постъпят допълнителни доказателства, показващи друго време, през което лицето е пострадало или заболяло, различно от времето, прието от ведомствената медицинска комисия, цялата документация се изпраща на ведомствената медицинска комисия за ново разглеждане.

(4) Ако лицето не е било освидетелствано от ведомствената медицинска комисия, ТЕЛК (НЕЛК) взема решение дали лицето е пострадало или заболяло през време на военната служба и дали инвалидността е резултат от това.

**Чл. 71.** (1) Териториалните експертни лекарски комисии се произнасят по причинната връзка и при освидетелстване на лица по искане на държавни и частни застрахователи и на застрахованите лица във връзка със сключена застраховка при спазване условията на застрахователния договор.

(2) За злополука се считат внезапните събития, станали не по волята на застрахования, които в срок една година от датата на злополуката са причинили смърт или трайна загуба на работоспособността: нещастни случаи, произтичащи от движещи се транспортни средства, при работа с машини, използване на оръжие и инструменти или вследствие на взрив, срутване, обгаряне, нараняване, механичен удар, удар от мълния, действие на електрически ток, удавяне, задушаване, измръзване, злоумишлени действия от други лица, нападение от животни, ухапвания от отровни насекоми и влечуги, отравяне от вредни продукти и вещества, приети отвън, и при спасяване на човешки живот или имущество.

(3) Не се считат за злополука по отношение на застрахователни компании случаите, настъпили вследствие на:

1. професионални болести;

2. болести от каквото и да е естество, включително епилепсия и други припадъци, душевни болести, парализи, кръвоизливи, причинени от атеросклероза и високо кръвно налягане и др., освен случаите, когато вследствие на злополука по застраховката се породят такива болестни състояния и в резултат от тях настъпи смърт или трайна неработоспособност;

3. лечебни мерки, инжекции, операции, облъчвания и други действия, ако те не се налагат от злополуката, предвидена по застрахователния договор;

4. умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер и самоубийство или опит за самоубийство.

**Чл. 72.** (1) При преосвидетелстване на пенсионери по повод трудова злополука и професионална болест, гражданска или военна инвалидност, ако се констатира, че заболяванията, за които е била призната причинна връзка, не намаляват работоспособността им или намалената работоспособност, ако има такава, се обуславя от други заболявания, се взема ново решение по причинната връзка.

(2) Признава се причинна връзка и когато новите заболявания са резултат или следствие от заболяването, за което е приета причинна връзка.

**Чл. 73.** (1) В своите решения ТЕЛК и НЕЛК определят условията на труд, противопоказани за здравословното състояние на освидетелстваните лица.

(2) При лице с 50 и над 50 на сто трайно намалена работоспособност ТЕЛК (НЕЛК) се произнася по работоспособността му за работното му място и при необходимост го трудоустроява.

(3) Лица с под 50 на сто трайно намалена работоспособност или без определен процент трайно намалена работоспособност се насочват към ЛКК за преценка необходимостта от трудоустрояване.

(4) 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.

## **Допълнителни разпоредби**

§ 1. По смисъла на наредбата:

1. "Лекуващ лекар (стоматолог)" е лекарят (стоматологът), който в момента е установил заболяването и е поел наблюдението и лечението на болния в амбулаторни, домашни или болнични условия.
2. "Членове на семейството" са съпругът, съпругата и техните възходящи и низходящи роднини по права линия.
3. "Осигурено лице" е лице, което е осигурено за всички осигурени социални рискове; за всички осигурени социални рискове без трудова злополука и професионална болест, и безработица; за всички осигурени социални рискове без безработица; за инвалидност, старост и смърт и за трудова злополука и професионална болест.

## **Преходни и Заключителни разпоредби**

§ 2. Постановени до 31 декември 2004 г. експертни решения на ТЕЛК (НЕЛК), в които определеният срок на инвалидност не е изтекъл до тази дата, след 1 януари 2005 г. се считат с определен пожизнен срок на инвалидност при навършена 65-годишна възраст на лицата.

§ 3. Наредбата се приема на основание чл. 101, ал. 5 от Закона за здравето.

§ 4. Министърът на здравеопазването дава указания по прилагането на наредбата.

Приложение № 1 към чл. 58, ал. 1

**ОТПРАВНИ ТОЧКИ ЗА ОЦЕНКА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА  
РАБОТОСПОСОБНОСТ В ПРОЦЕНТИ**

**ЧАСТ ПЪРВА**

**ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ**

## Раздел I

### Общи правила

Процентът на трайно намалената работоспособност (социална адаптация) при тези заболявания се определя съобразно функционалните ограничения на опорно-двигателния апарат и отражението им върху другите органи и системи.

При дегенеративни промени на ставите на крайниците и на гръбначния стълб (артрози, остеохондрози) се вземат под внимание и данните за болка, за приемането на които дава основание клиничната находка (ставни отоци, мускулни контрактури, атрофии).

Ограниченията в подвижността на ставите, дължащи се на артроза, могат да се окажат по-значими, отколкото анкилоза във функционално изгодно положение.

Рентгеновите данни за дегенеративни промени, както и претърпени оперативни интервенции сами по себе си, без други изменения, не обуславят намалена работоспособност.

Чужди тела не обуславят намалена работоспособност, когато не ограничават функцията и не упражняват неблагоприятно влияние върху други органи и системи.

Степента на намалената работоспособност при мускулни и сухожилни наранявания се основава на функционалните нарушения и на оценката на съдовата и неврологичната симптоматика.

Основен критерий при определяне процента на намалената работоспособност при ампутации на крайниците е нивото на ампутацията.

При неблагоприятни характеристики на чукана и при функционални ограничения на съседните стави оценките следва да се завишат средно с 10 на сто независимо от това, дали се носят протези или не.

Въпреки съхраняването на крайника може да се установи състояние, което да е по-неблагоприятно, отколкото липсата му.

Оценката на намалената работоспособност при псевдоартрозите се базира на това, дали те са стабилни или халтави, и се определя от рентгеновия образ и клиничната находка.

При хабитуални луксации степента на намалената работоспособност се определя освен от обема на подвижността и от честотата на изкълчванията.

Процентът на намалената работоспособност при ендопротезираните стави е в зависимост от ограничението на движенията и възможностите за натоварване.

## Раздел II

## Хроничен остеомиелит

1. Лека степен - ограничен, ниска активност, незначителни гноящи фистули: 20 - 50 %
2. Средна степен - разширен процес, чести и трайни фистули, с белези на активност и с лабораторни данни за активност: 50 - 70 %
3. Тежка степен - с чести тежки тласъци, с подчертано инфилтриране на меките тъкани, нагнояване и отделяне на секвестри, подчертани белези на активност в лабораторните данни: 70 - 100 %

### Забележки:

1. При оценката на намалената работоспособност при това заболяване се имат предвид локализацията и разпространението на процеса, наличните функционални нарушения, съпътстващата активност и нейното значение за общото състояние на организма и възможните последващи заболявания (анемия, амилоидоза и др.).
2. Значително подобрене поради стихване на процеса може да се приеме едва тогава, когато в продължение на 2 до 5 години в зависимост от продължителността на заболяването няма фистули, а от останалите находки, включително рентгеновите и лабораторните, не се откриват белези на активност. При тези случаи по правило степента на намалената работоспособност трябва да бъде с 20 до 30 % по-ниска. Изчаква се още от 2 до 4 години за по-нататъшна оценка на оздравяването. Намалената работоспособност се определя по остатъчните увреди.

## Раздел III

### Мускулни заболявания

При оценката на намалената работоспособност се имат предвид функционалните ограничения на отделните крайници и трупа.

Допълнително се вземат под внимание отраженията на мускулните заболявания върху вътрешните органи (например ограничена белодробна функция, смутена сърдечна функция при деформация на гръдния кош, смущения при гълтането, говора, очните мускули и т.н.).

## Раздел IV

### Гръбначни и тазови увреди

1. Фрактури на процеси спинози и трансверзи: 0 - 10 %
2. Фрактури на прешленно тяло:

2.1. без статични отклонения: 0 %

2.2. с ограничени статични отклонения и ограничена деформация: 10 %

2.3. със значителни статични отклонения и подчертана деформация: 20 - 30 %

3. Фрактури или деформации на таза:

3.1. слабо затрудняващи движението: 20 %

3.2. значително затрудняващи движението: 30 - 40 %

4. Дегенеративни промени на гръбначния стълб:

4.1. с ограничени функционални нарушения: 0 - 10 %

4.2. с трайни функционални нарушения: 20 - 30 %

Забележка 1. При дегенеративни промени без доказани отпадни прояви може да се приеме 30 % загубена работоспособност само в изключителни случаи при необичаен болков синдром.

5. Други гръбначни увреди:

5.1. при леко ограничени функции - 0 - 20 %

5.2. със средностепенни функционални нарушения при сколиоза, с отклонение от 35 до 70 градуса, клиновиден прешлен, пеперудовиден прешлен, фиксиран объл гръбнак, блок-прешлен с гибус на гръбнака - 30 - 50 %

5.3. с тежки функционални ограничения, с продължително обездвижване, обхващащо трите сегмента на гръбнака, екстремна деформация при сколиоза, с ротационно плъзгане, спондилолистеза, с хлъзване повече от 2/3 на прешленното тяло - 50 - 75 %

Забележка 2. При наличие на придружаващи функционални увреди на крайниците (например парестезии) и на вътрешните органи (например нарушаване на дихателната и сърдечната функция) следва да се даде допълнителна оценка.

## Раздел V

### Болест на Шоерман

До края на растежа (обичайно до 18-годишна възраст)

1. С леки функционални ограничения - 0 - 10 %

2. Със значителни функционални ограничения (например необходимост от стабилизиране с корсет) - 20 - 30 %

Забележка. След приключване на растежа процентът на ограничената работоспособност се определя съобразно остатъчните функционални нарушения.

## Раздел VI

Туморни заболявания на опорно-двигателния апарат

Злокачествени тумори на костите и меките тъкани:

1. Неоперабилни: 70 - 100 %

2. Оперирани до петата година в зависимост от състоянието и функционалния дефицит: най-малко 50 %

Забележка. При доброкачествени тумори на костите и меките тъкани оценката се определя по общите правила за функционалния дефицит.

## Раздел VII

Асептични некрози

1. Болест на Пертес в активен стадий: 70 - 100 %

2. Болест на Чандлър:

2.1. начален стадий: 30 - 50 %

2.2. напреднал стадий: 60 - 80 %

3. Лунатомалация: 30 - 50 %

4. Асептична некроза на ос скафоидеум в активен стадий - обикновено до 2 години: 30 - 50 %

Забележка. След активния стадий процентът на ограничена трудоспособност се определя в зависимост от остатъчните функционални нарушения.

## Раздел VIII

Увреждания на горните крайници

1. Загуба на двете предмишници или ръце: 100 %

2. Загуба на една предмишница и една подбедрица: 100 %

3. Загуба на една ръка в раменната става или с много къс ампутационен чукан на мишницата: 80 %

Забележка 1. За много къс ампутационен чукан на мишницата се приема, когато ампутацията е на ниво колум хирургикум.

4. Загуба на едната ръка на ниво мишница или лакътна става: 75 %

5. Загуба на едната ръка на ниво предмишница: 50 %

6. Загуба на едната ръка на ниво предмишница с чукан до 7 см: 60 %

7. Загуба на ръка на ниво радиокарпална става: 50 %

8. Контрактура на раменната става в благоприятно положение при запазени движения на раменния пояс: 30 %

Забележка 2. Контрактура в рамото при абдукция до 45 градуса и лека антепозиция се счита функционално изгодно.

9. Контрактура на раменната става в неблагоприятно положение или при нарушена подвижност на раменния пояс: 40 - 50 %

10. Ограничения в движенията на раменната става (включително на раменния пояс):

10.1. вдигане на ръката до 120 градуса: 0 - 10 %

10.2. вдигане на ръката до 90 градуса: 20 %

10.3. нерепонирана раменна луксация: 50 %

10.4. халтава раменна става: 50 %

10.5. хабитуална раменна луксация:

10.5.1. с редки изкълчвания (през година и повече): 10%

10.5.2. с чести изкълчвания: 30 - 50 %

11. Псевдоартроза на ключицата:

11.1. стабилна (ригидна): 0 - 10 %

11.2. халтава: 20 %



12. Скъсяване на крайника:

12.1. до 4 см при запазена подвижност на големите стави: 0 %

12.2. над 4 см до 10 см: 10 %

12.3. над 10 см до 20 см: 20 %

Забележка 3. Скъсяване над 20 см се отнася към ампутациите на съответните нива. При децата окончателната оценка се дава след затваряне на фугите на растежа. Дотогава се оценяват пропорционално към критериите за възрастни.

13. Псевдоартроза на мишницата:

13.1. стабилна (ригидна): 30 %

13.2. халтава: 50 %

14. Разкъсване на дългата глава на двуглавия мускул: 0 - 10 %

15. Контрактура на лакътната става, включително нарушаване на ротаторните движения на предмишницата:

15.1. в благоприятно положение: 30 %

15.2. в неблагоприятно положение: 40 - 50 %

Забележка 4. Контрактура в ъгъл между 65 и 90 градуса при средно просупинационно положение на предмишницата се оценява като благоприятно.

16. Ограничени движения на лакътната става:

16.1. лека степен-екстензия-флексия 0 градуса - 30 градуса - 120 градуса при свободни просупинативни движения: 0 - 10 %

16.2. напреднала степен - включително ограничени ротаторни движения на предмишницата: 20 - 40 %

17. Изолирано ограничение на просупинационните движения:

17.1. в благоприятно положение - средно положение на просупинация: 10 %

17.2. в неблагоприятно положение: 20 %

17.3. в крайно супинационно или пронационно положение: 50%

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

33. Загуба на дисталните фаланги само на II, III или IV пръст: 5 %

34. Загуба на петия пръст: 5 %

35. Загуба на два пръста:

35.1. I+II; I+III; I+IV: 40 %

35.2. I+V: 35 %

35.3. II+III; II+IV; II+V: 35 %

35.4. III+IV; III+V: 30 %

35.5. IV+V: 20 %

36. Загуба на три пръста, включително палеца: 50 %

37. Загуба на четири пръста:

37.1. I - IV: 60 %

37.2. в останалите случаи: 50 %

38. Загуба на II, III, IV и V пръст на двете ръце: 80%

39. Загуба на всичките пет пръста на една ръка: 60 %

40. Загуба на всичките десет пръста: 100 %

Забележка 6. Посочените проценти за различните ампутации се вземат предвид при липса на нарушения в ампутационните чукани. Промените в състоянието на ампутационните чукани следва да се оценяват съобразно отклоненията при възстановителните процеси.

Забележка 7. При оценка на намалената работоспособност по повод увреждане на доминантния горен крайник оценката се завишава с 10 %.

## Раздел IX

### Увреди на долните крайници

1. Ендопротезиране на тазобедрена и колянна става:

1.1. едностранно: 50 %

1.2. двустранно: 75 %

2. Загуба на двата крайника на ниво бедро: 100 %
3. Загуба на единия крайник на ниво бедро и на другия на ниво подбедрица: 100 %
4. Загуба на един крак и ръка на ниво подбедрица и предмишница: 100 %
5. Загуба на един крак в тазобедрената става или много къс чукан на бедрото: 80 - 90 %

Забележка 1. Много къс ампутиционен бедрен чукан е налице, когато ампутицията е проведена на нивото на малкия трохантер. Това е равностойно на липсата на бедро в тазобедрената става.

6. Загуба на крак на ниво дистално от малкия трохантер на бедрото или дезартикулация на коляно: 70 - 80 %

7. Загуба на крайник на ниво подбедрица съобразно функционалната годност на ампутиционния чукан и на ставата: 50 %

8. Загуба на крак на ниво подбедрица при незадоволително състояние на функцията на ампутиционния чукан и колянната става: 60 %

9. Загуба на двата крака на ниво подбедрица:

9.1. при двустранно благоприятно състояние на чуканите: 80 %

9.2. при едностранно неблагоприятно състояние на чукана: 90 %

9.3. при двустранно неблагоприятно състояние на чуканите: 100 %

10. Частична загуба на ходилото:

10.1. ампутиция по Пирогов:

10.1.1. едностранно и с добър ампутиционен чукан: 50 %

10.1.2. двустранно с добър ампутиционен чукан: 75 %

10.2. Ампутиция по Шопарт:

10.2.1. едностранно при добър ампутиционен чукан: 30 %

10.2.2. едностранно при положение на еквинус на ходилото: 30 - 50 %

10.2.3. двустранно с добър ампутиционен чукан: 60 %

10.3. ампутиция по Листфранк или в областта на метатарзалните кости по Шарп:

10.3.1. едностранно с добър ампутационен чукач: 30 %

10.3.2. едностранно при положение на пес еквинус: 30 - 40 %

10.3.3. двустранно: 50 %

11. Загуба на един пръст, включително палеца: 0 - 10 %

12. Загуба на палеца заедно с главата на метатарзалната кост: 20 %

13. Загуба от втори до пети пръст включително или от първи до трети пръст включително: 30 %

14. Загуба на всички пръсти на двете ходила: 40 %

15. Анкилози (обездвижване) на двете тазобедрени стави според позицията им: 60 - 100 %

16. Анкилоза на едната тазобедрена става:

16.1. в благоприятно положение: 30 %

16.2. в неблагоприятно положение: 40 - 60 %

Забележка 2. За благоприятно се счита положението на тазобедрената става при 10 градуса абдукция, средно положение на ротация и лека флексия. Неблагоприятни са положенията на тазобедрената става при подчертана абдукция над 15 градуса и флексия над 30 градуса.

17. Ограничени движения на тазобедрената става:

17.1. лека степен - екстензия-флексия до 0 градуса - 0 градуса - 90 градуса със средно положение на ротация и абдукция без други значителни ограничения - едностранно или двустранно: 0 - 10 %

17.2. средна степен - екстензия-флексия 0 градуса - 30 градуса - 90 градуса при средно положение за ротация и абдукция без други значителни ограничения:

17.2.1. едностранно: 20 %

17.2.2. двустранно: 50 %

17.3. тежка степен:

17.3.1. едностранно: 30 - 50 %

17.3.2. двустранно: 50 - 100 %

Забележка 3. При комбинация на посочените състояния с аддукторна контрактура до 15 градуса към оценката се добавят по 10 %, а за аддукторна контрактура, по-голяма от 15 градуса - по 20 % към всяка точка.

18. Вродена луксация на тазобедрената става:

18.1. за времето на цялостното лечение в абдукция (обикновено 2 години): 100 %

18.2. за срока на допълнителното абдукционно лечение: 50 %

След този период се съобразяват остатъчните функционални нарушения.

18.3. Халтава вродена илиачна луксация на тазобедрената става: 30 %

19. Псевдоартроза на бедрената шия: 50 - 80 %

20. Резекция на бедрената глава съобразно нарушената функция: 50 - 80 %

21. Ханш а ресор: 0 - 10 %

22. Скъсяване на крайника:

22.1. до 2,5 см: 0 %

22.2. над 2,5 до 4 см включително: 10 %

22.3. над 4 до 6 см включително: 20 %

22.4. над 6 см: 30 - 50 %

23. Псевдоартроза на бедрената кост:

23.1. стабилна (ригидна): 50 %

23.2. халтава: 70 - 80 %

24. Мускулни хернии на бедрото (фасциални пролапси): 0 - 10%

25. Анкилози (обездвижвания) на двете колена: 80 %

26. Анкилоза (обездвижване) на едното коляно:

26.1. в благоприятно положение (флексия до 10 градуса): 30 %

26.2. в неблагоприятно положение: 40 - 60 %

27. Колянна нестабилност:

27.1. мускулно компенсирема: 10 %

27.2. недостатъчно компенсирема, несигурна походка: 20 %

27.3. необходимост от опорен апарат съобразно нарушението на осите на стабилност: 30 - 50 %

28. Фрактура на пателата:

28.1. костно зараснала с функционална слабост на екстензионния апарат: 10 %

28.2. без костно срастване с функционална слабост на екстензорния апарат: 20 - 50 %

29. Хабитуална луксация на пателата:

29.1. редки изкълчвания - в интервали на една и повече години: 0 - 10 %

29.2. по-често: 20 %

30. Ограничаване подвижността на колянната става:

30.1. лека степен - екстензия-флексия до 0 градуса - 0 градуса - 90 градуса: 0 - 10 %

30.2. средна степен - екстензия-флексия 0 градуса - 10 градуса - 90 градуса: 20 %

- екстензия - флексия: 0 градуса - 20 градуса - 90 градуса: 30 %

30.3. тежка степен - екстензия-флексия 0 градуса - 30 градуса - 90 градуса: 40 - 50 %

31. Псевдоартроза на тибията:

31.1. стабилна (ригидна): 30 - 40 %

31.2. халтава: 50 - 60 %

32. Частична загуба или псевдоартроза на фибулата: 0 - 10 %

33. Анкилоза (обездвижване) на горната скочна става в благоприятно положение (плантофлексия от 5 до 15 градуса): 20 %

34. Анкилоза (обездвижване) на долната скочна става в благоприятно положение (неутрално положение): 10 %

35. Анкилоза (обездвижване) на долната и горната скочна става:

35.1. в благоприятно положение: 30 %

35.2. в неблагоприятно положение: 40 %

36. Ограничени движения в горната скочна става:

36.1. лека степен - дорзи и плантофлексия до 0 градуса - 0 градуса - 30 градуса: 0 - 10 %

36.2. напреднала степен: 20 %

37. Ограничени движения в долната скочна става (талокалканеарна): 0 - 10 %

38. Подчертан пес еквинус според функционалните нарушения:

38.1. едностранно: 20 - 40 %

38.2. двустранно: 30 - 60 %

39. Други деформитети на ходилото без значителни статични отклонения (например плоскостъпие, екскавирано ходило, варусно ходило, включително посттравматично): 0 - 10 %

40. Криво краче:

40.1. при новородени - за срока на ранното функционално и оперативно лечение и до 1-годишна възраст: 100 %

40.2. след 1-годишна възраст по общите принципи:

40.2.1. лека степен за всяко стъпало: 10 %

40.2.2. тежка степен за всяко стъпало: 20 %

41. Контрактура на всички пръсти на едно ходило:

41.1. в благоприятно положение: 10 %

41.2. в неблагоприятно положение: 20 %

42. Контрактура на пръстите, с изключение на палеца: 0 - 10 %

43. Контрактура на ставите на палеца:

43.1. в благоприятно положение: 0 - 10 %

43.2. в неблагоприятно положение - флексия в основната става повече от 10 градуса: 20 %



44. Ръбци и значителни тъканни дефекти на петата и ходилото:

44.1. с незначително ограничаване на функцията: 10 %

44.2. със значително ограничаване на функцията: 20 - 40 %

Забележка 4. Вродените заболявания на опорно-двигателния апарат се оценяват съобразно наличния функционален дефицит.

## ЧАСТ ВТОРА

### ПСИХИЧНИ БОЛЕСТИ

#### Раздел I

##### Органично-мозъчни психични смущения

Трябва да се прави разграничение между отслабената годност на мозъчната активност и по-тежки, променящи се органично-мозъчни промени на характера, които често се проецират като преливащи се едно в друго състояния.

1. Към отслабената годност се приемат смущения на вниманието и концентрацията, преждевременна умствена уморяемост, дефекти в оценъчната възможност, възможността за приспособяване и вегетативната лабилност (например главоболие, вазомоторни смущения, нарушения в съня, афективна лабилност): 10 - 20 %

2. Органично-мозъчна промяна на личността и нарушения на паметово-интелектуалните и когнитивни функции.

Определя се от обедняване и задебеляване на личността със смущения на подтиците и настроението, с ограничаване на критичната оценка, както и на контакта с околната и социалната среда, включително до най-тежки промени на личността.

На базата на органично-психичните промени нерядко се развиват допълнителни психо-реактивни смущения.

Степен на изразеност:

2.1. леки: 30 - 50 %

2.2. средни: 50 - 70 %

2.3. тежки:

2.3.1. сравнително тежки - 70 - 80 %

2.3.2. значително тежки - 80 - 90 %

2.3.3. много тежки - 90 - 100 %

2.4. тежки невъзвратими: 100 %

## Раздел II

### Затруднено заучаване, умствена ограниченост

Оценката на намалената работоспособност (НР) (социална адаптация) при затруднено заучаване и умствена ограниченост не бива да изхожда единствено от степента на понижената интелигентност и съответните резултати от тестовете, тъй като те винаги обхващат затруднението в определен период от време. Едновременно с това трябва да се вземе под внимание и развитието на личността - афективно и емоционално, а така също и в областта на подтиците, паметта и вниманието, способността за интегриране на нови знания и възможността за социално вграждане.

1. Лека легастения без значително повлияване на учебните постижения: 10 %

2. Останалите по-тежки форми на легастения: 20 - 30 %

3. Ограничени умствени възможности:

3.1. ограничения в умствените възможности, позволяващи обучение само в специални училища, професионално вграждане само в елементарни, т. нар. незаучаеми дейности, леки смущения в развитието на говора, изоставане в интелигентността, отговарящо на интелектуален квотиент (ИК) на около 10 - 12-годишна възраст, отговаряща на лека дебилност (ИК 60 - 70 при възрастни), намален контрол на влеченията и подтиците: 30 - 70 %

3.2. по-тежка ограниченост на интелигентността, със силно стеснени до липсващи възможности за обучение, значително ограничени езикови умения и нарушен говор, с намалена до загубена възможност за вграждане в елементарни трудови дейности, поведенчески отклонения при ИК под 60:

3.2.1. при относително благоприятно развитие на личността и възможности за социално вграждане (частичен успех в специално училище, възможности за елементарни дейности) - 70 - 90 %

3.2.2. при по-силно изразени ограничения на възможностите за вграждане в обществото, с тежка липса на самостоятелност, със затруднен до липсващ говор, възможност за занимание само в заведения за лица с психични заболявания - 91 - 100 %.

## Раздел III

Дълготраещи психози с най-малко 6-месечна продължителност; психози от кръга на шизофренните или афективни (ендогенни) психози

1. Във флоридния стадий - според увредите на професионалната и социалната възможност за адаптация: 50 - 100 %

2. Хронични състояния при ендогенни психози (например непълноценност на контактите, понижен виталитет, афективно нивелиране):

2.1. с умерени затруднения при социалната адаптация: 50 - 70%

2.2. със значителни затруднения при социалната адаптация: 70 - 90 %

2.3. тежка и необратима социална дезадаптация: 100 %

#### Раздел IV

Афективни психози с относително краткотрайни, но чести, възвръщащи се фази, при една до две годишно, с многоседмична продължителност

1. До доказване на оздравяването: 30 %

2. Ако вече са прекарани значителен брой манийни или манийно-депресивни фази: 50 %

Забележки:

1. След отзвучаването на дълготраен психотичен епизод трябва да се изчака доказване на оздравяването, което по правило може да се приеме след две години.

2. Не следва да се изчаква доказване на оздравяването, ако е отзвучала монополярно протеклата депресивна фаза, която се е проявила като първа фаза на болестта или се проявява след повече от 10 години от предишната болестна фаза.

#### Раздел V

Неврози и абнормни развития на личността

1. Тежки невротични състояния, тежки страхови състояния, затегнати тревожно-депресивни състояния, много чести (ежеседмични и по-чести) психогенни кризи и прилошавания, астазия - абазия (всички доказани документално преди освидетелстването): 40 - 50 %

2. Много тежки натрапливи състояния (невротични развития), с много тежки затруднения в социалната адаптация: 50 - 80 %

Забележка. Невротичното заболяване трябва да се счита за доказано по общите правила за определяне на нозологична принадлежност (анамнеза, статус, изследване и лечение), с не по-малко от една година диспансерно наблюдение, при системно адекватно лечение и след изчерпване на терапевтичните възможности (медикаментозни, психотерапевтични и др.) амбулаторно и/или стационарно (денонощен стационар), при доказано активно участие на освидетелствания в лечебния процес.

## Раздел VI

### Алкохолна болест

Оценката на НР зависи преди всичко от трайните органични увреди и техните последици (чернодробна увреда, полиневропатия, психоорганични промени, мозъчно-органични припадъци и др.).

При доказана алкохолна зависимост със загуба на контрол, значително снижение на волевата сфера и затруднено социално вграждане общата оценка на НР на базата на алкохолната болест по правило не се оценява по-ниско от 50 %.

Забележки:

1. Зависимостта се счита за доказана едва след комплексно проведено лечение за въздържане от алкохол и въпреки усилията на лицето за въздържане от употреба не се е стигнало до никакъв наличен резултат.
2. При доказана зависимост, ако се е провело последващо лечение за въздържане от употреба на алкохол, задължително трябва да се изчака резултатът от лечението (обикновено 2 години). През този период НР се приема за 30 %, освен ако органната увреда не обуславя по-висока оценка.

## Раздел VII

### Токсикомания

Намалената работоспособност при токсикоманите се оценява според психичните промени и трудностите за социално вграждане - от 50 до 100 %.

Забележки:

1. Токсикомания има, ако хроничната злоупотреба с наркотични вещества (най-малко една година) е довела до соматична и/или психична зависимост със съответна психична промяна и трудности за социално вграждане. Зависимостта се счита за доказана само ако е било проведено компетентно лечение за отказ от злоупотреба и въпреки усилията на засегнатия за въздържане никакъв траен резултат не е бил постигнат.

2. Ако при доказана токсикоманна зависимост е проведено последващо лечение за отказ, трябва да се изчака задължително резултатът от лечението (обикновено 2 години). През този период се приема оценка на НР 30 %.

## Раздел VIII

### Психични отклонения в детска възраст

1. Ограничения в умствените възможности, оценени психометрично чрез подходящи за възрастта методики:

1.1. на 3-годишна възраст в психосоциалното си развитие детето отговаря на 1-годишна възраст: 10 %

1.2. на 6-годишна възраст в психосоциалното си развитие детето отговаря на 3 - 4-годишна възраст (ИК под 70): 10 - 20 %

1.3. на 6-годишна възраст в психосоциалното си развитие детето отговаря на 1 - 2-годишна възраст (ИК под 50): 60 - 100 %

Забележка. Коефициентът на интелигентност (ИК) е даден по теста на Векслер: отношението календарна към интелектуална възраст по теста на Бине Симон.

И двата теста имат българска стандартизация.

2. Поведенчески отклонения с продължителни значителни трудности за интегриране в училище не е възможно: 40 - 80 %

3. Генерализирани разстройства на развитието:

3.1. леко протичане на ранен детски аутизъм: 40 - 70 %

3.2. останалите форми, довели до умерен аутизъм: 70 - 90 %

3.3. останалите форми, довели до тежък аутизъм: 100 %

4. Детски психози:

4.1. с минимални затруднения в социалната адаптация и обучението: 50 %

4.2. със значителни затруднения в социалната адаптация и обучението: 70 - 80 %

4.3. с невъзможност за социална адаптация и обучение: 100 %

## ЧАСТ ТРЕТА

# УШНИ, НОСНИ И ГЪРЛЕНИ (УНГ) ЗАБОЛЯВАНИЯ

## Раздел I

### Слухов анализатор

1. Нормален социално адекватен слух - слухова загуба (СЗ) до 35 децибела (дб): 0 %

2. Намаление или загуба на слуха:

2.1. тежко чуване:

2.1.1. от 35 до 45 дб: 15 %

2.1.2. от 45 до 55 дб: 35 %

2.1.3. от 55 до 65 дб: 50 %

2.2. практическа глухота (от 65 до 90 дб СЗ): 60 %

Взема се предвид възможността за подобряване на слуха след слухопротезиране.

2.3. пълна глухота (над 90 дб СЗ):

2.3.1. без увреждане на говора: 70 %

2.3.2. с увреждане или липса на говор: 80 %

Оценката на функционалния дефицит на слуховия анализатор се прави след изследване на тонална прагова аудиометрия (костна и въздушна проводимост), с оглед кохлеарен резерв и възможност за слухопротезиране, с корекция на показателя на полезно действие на слуховата протеза с 20дб, като се ползва таблицата на Клодил Портман.

Таблица  
на Клодил

Глухо ухо или по-малко чуващо ухо

Р.Р.  
Ад конхам

Портман

Р.Р. (1)	Р.Р.	Р.Р.	Р.Р.	или не чува
4 - 5 м	2 - 4 м	1 - 2 м	0,25	практическа
			до 1 м	пълна
				глухота
Ш.Р.	Ш.Р.	Ш.Р.	Ш.Р.	Ш.Р.
0,50 -	0,25 -	0,005 м	ад конхам	не чува
			или	не
			чува	

а) Р.Р. разговорна реч

б) Ш.Р. шепотна реч

в) А.З. акустична загуба на слуха в дб

Нормално ухо или по-добре чуващо	A.3. 35 дб	A.3. 35 - 45 дб	A.3. 45 - 50 дб	A.3. 50 - 65 дб	A.3. 65 дб
-------------------------------------	---------------	--------------------	-----------------------	--------------------	---------------

P.P.	Ш.Р.	A.3. 35 дб	0 %	3 %	8 %	12 %	15 %
нормално P.P.(1) 4 - 5 м	нормално Ш.Р. 0,50 - 0,80	нормално A.3. 35	5 %	10 %	15 %	20 %	25 %
P.P. 2 - 4 м	Ш.Р. 0,25 - 0,50	A.3. 35 - 45	10 %	15 %	25 %	30 %	35 %
P.P. 1 - 2 м	Ш.Р. 0,005	A.3. 45 - 50	15 %	25 %	35 %	40 %	45 %
P.P. 0,25 до 1 м	Ш.Р. ад конхам или не чува	A.3. 50 - 60 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %
P.P. ад конхам или не чува практичес- ки пълна глухота	Ш.Р. не чува	A.3. не чува	25 %	35 %	45 %	60 %	70 %

Пояснение към таблицата:

а) в първи и втори хоризонтален ред са посочени разстоянията в метри, от които по-слабо чуващото ухо възприема разговорна и шепотна реч;

б) в трети хоризонтален ред е посочена акустичната загуба в децибели на по-слабо чуващото ухо;

в) в първа и втора колона са посочени разстоянията в метри, от които по-добре чуващото ухо възприема разговорна и шепотна реч;

г) в трета колона е посочена акустичната загуба в децибели на по-добре чуващото ухо;

д) в пресечните точки на вертикалните и хоризонталните линии на различните стойности на слуховъзприемането на двете уши е обозначен процентът на намалената работоспособност.

3. Състояние след радикална трепанация на мастоидната кост с трайно остатъчно увреждане на лабиринта: 20 - 50 %

4. Загуба или обезобразяване на аурикулата - според степента:

4.1. на едното ухо: 1 - 10 %

4.2. на двете уши: 11 - 20 %

## Раздел II

### Вестибуларни нарушения

1. При бързопреходна рецепторна (лабиринтна) кохлеовестибуларна симптоматика, с чувство на световъртеж, шум в ушите, вегетативни явления и леко смутена статокинетика: временна неработоспособност.

2. При лица с по-тежко протичащи пристъпи, с манифестна рецепторна (лабиринтна) кохлеовестибуларна симптоматика, със силен шум в ушите и намаление на слуха, соматични, сензорни и вегетативни реакции, смутена статокинетика, свръхвъзбудимост на лабиринта, хипо- или арефлексия: 10 - 40 %

3. Двустранно изразени вестибуларни арефлексии: 15 - 25 %

4. При лица с тежко протичащи (многократно в месеца) пристъпи, с трайни слухови смущения и субективни шумове, манифестно персистираща вестибуларна симптоматика и смутена статокинетика: 50 - 70 %

## Раздел III

### Носни и гърлени заболявания

1. Състояние след фрактура на назалните кости с леки остатъчни изменения, непречещи на дишането: 5 %

2. Непоправими вродени или придобити смущения поради обезобразяване на носа:

2.1. без стеноза на носните проходи: 6 - 10 %

2.2. със стеноза на носните проходи и със смущение в носното дишане: 20 - 30 %

2.3. с пълно изключване на носното дишане: 50 - 60 %

3. Състояние след паротидектомия без парализа на лицевия нерв: 5 - 10 %

4. Загуба на обонянието - според степента: 5 - 15 %

5. Загуба на вкуса - според степента: 5 - 10 %



6. Хронично гнойно възпаление на околоносните кухини при засягане на двата синуса: 5 - 10 %

Забележка. При непоправими увреждания на ларингса, трахеята, бронхите и хранопровода степента на намалената работоспособност се определя съобразно обусловения функционален дефицит, доказан обективно.

#### Раздел IV

Увреждане на говора вследствие засягане на гласните връзки

1. Дисфония - според степента: 5 - 15 %

2. Афония без диспнея: 20 - 30 %

3. Афония с диспнея: 40 - 70 %

#### Раздел V

Дихателни и вокални смущения вследствие увреждане на ларингса и трахеята

1. Непоправима ларингеална и/или трахеална стеноза с нарушения на дихателната и/или говорната функция независимо от причината, без трахеостома: 40 - 70 %

2. Трайна трахеостома по повод възпалителни, травматични (включително корозивни и термични) заболявания: 50 - 80 %

#### Раздел VI

Злокачествени новообразувания на ларинго-ото-рино (ЛОР) органите

1. Неподдаващи се на радикално лечение: 100 %

2. Операбилни:

2.1. до една година: 90 - 100 %

2.2. от 2-рата до 5-ата година оценката се прави в зависимост от състоянието на функционалния дефицит: 50 - 100 %

Забележка 1. При доброкачествените тумори на ЛОР органите оценката на намалената работоспособност се определя според степента на функционалния дефицит.

3. Състояние след частична резекция на ларингса без или със едностранна шийна дисекция: 50 - 70 %

4. Състояние след частична резекция на ларингса без или със едностранна шийна дисекция, с трайни нарушения на гълтателната функция и/или компенсирана или субкомпенсирана диспнея: 60 - 80 %

5. Състояние след частична резекция на ларингса без или със едностранна шийна дисекция, с трайна трахеостома: 80 - 90 %

6. Състояние след тотална ларингектомия без или със едностранна шийна дисекция: 85 - 95 %

7. Състояние след ларингектомия с двустранна шийна дисекция, със съдови застойни явления: 100 %

8. Състояние след ларингектомия и резекция на хипофарингса, с трайно нарушение на гълтателната функция: 100 %

9. Резекция на езика:

9.1. частична резекция на езика: 40 %

9.2. хемиглосектомия: 60 %

9.3. глосектомия: 80 %

10. Парциална резекция на фарингса: 40 - 60 %

11. Резекция на фарингса и ларингса: 60 - 80 %

12. Шийна дисекция: 20 - 40 %

## ЧАСТ ЧЕТВЪРТА

### ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА

Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от:

а) степента на функционалния дефицит (функционален клас (ФК) на сърдечната недостатъчност (СН);

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

#### Раздел I

Органични сърдечни увреди (Клапни дефекти - придобити и вродени; Вродени сърдечни малформации; Ишемична (коронарна) болест на сърцето; Заболявания на ендокарда;

Заболявания на миокарда; Заболявания на перикарда; Хронична белодробно-сърдечна болест; Хипертонична сърдечна болест и др.)

1. При прояви на сърдечна недостатъчност от I ФК по Нюйоркската кардиологична асоциация (НИХА) - Липсват умора, задух, стенокардия при обичайни физически усилия, липсват оплаквания при бърз ход 7 - 8 км/ч. Нормите при работна проба не се повлияват: 0 - 10 %

2. При прояви на сърдечна недостатъчност от II ФК по НИХА - Лицата са с умерено ограничен капацитет. При обичайни физически усилия се появяват умора, задух, стенокардия - равен ход 5 - 6 км/ч. Патологична работна проба при 75 W/3 мин: 20 - 50 %

3. При прояви на сърдечна недостатъчност от III ФК по НИХА - Умора, задух, стенокардия при физически усилия под обичайните - равен ход 3 - 4 км/ч, изкачване до 1 етаж. Патологична работна проба при 50 W/3 мин: 50 - 80 %

4. При инфаркт на миокарда в хроничен стадий в първата година от реализирането му, без хемодинамични нарушения и без усложнения, както и при постинфарктна сърдечна аневризма, без хемодинамични нарушения и усложнения: 80 %

5. При прояви на сърдечна недостатъчност от IV ФК по НИХА - необратима на фона на лечение сърдечна недостатъчност, умора, задух, стенокардия при най-малки физически усилия и/или в покой: 91 - 100 %

6. Тежки, неоперабилни вродени сърдечни малформации (ВСМ), които изискват само клинично наблюдение и симптоматично лечение: 100 %

7. Белодробно-съдова болест при деца: 100 %

8. Инфекциозен ендокардит при клапно протезиране при деца: 40 - 70 %

9. Хроничен перикардит при деца: 30 - 50 %

10. Хроничен миокардит при деца: 30 - 50 %

11. Кардиомиопатии при деца: 50 - 100 %

12. Вродени сърдечни малформации при деца, неоперирани, с леки хемодинамични отклонения, изискващи освен клинично наблюдение и адекватно лечение с възможности за повлияване (нискостепенна аортна и пулмонална стеноза, нискостепенна митрална инсуфициенция, нискостепенна аортна инсуфициенция и др.): 0 - 10 %

## Раздел II

Сърдечни вмешателства (без инвазивните диагностични методи)(Клапно протезирани с механични или биологични протези; Инфекциозен ендокардит след клапно протезиране;

Коригирани вродени сърдечни малформации; Палиативно коригирани клапни дефекти без протезиране; Състояние след аортокоронарен байпас; Състояние след имплантиране на интракоронарен стент; Състояние след Перкутанна транслуменална коронарна ангиопластика (РТСА); Имплантиране на постоянен кардиостимулатор; Състояние след резекция на сърдечна аневризма; Състояние след хирургическо лечение по повод тумори на сърцето и др.)

(Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност след интервенцията - по аналогия с раздел I, т. 2 - 5, и от степенната изразеност на усложненията.)

1. Сърдечни вмешателства без хемодинамични нарушения и без усложнения след интервенцията: 30 %

2. Оперирани - деца: В тази група процентът се определя въз основа на следните критерии: наличие на субективни оплаквания; необходимост от лечение; качество на психомоторното развитие; наличие на сърдечна недостатъчност; наличие на пулмонална хипертония; наличие на артериална хипертония; наличие на ритъмно-проводни нарушения; наличие на остатъчни хемодинамични отклонения; необходимост от медицинско наблюдение и продължителност на интервала между контролните медицински прегледи.

2.1. Без субективни оплаквания, без нужда от лечение, добро психомоторно развитие, без прояви на сърдечна недостатъчност, без пулмонална хипертония, без артериална хипертония, с необходимост от медицинско наблюдение в интервал 4 - 5 години, без електрокардиографски (ЕКГ-ски) промени, с изключение на непълен десен бедрен блок (ДББ), или единични екстрасистоли: 0 - 10 %

2.2. Без субективни оплаквания, без необходимост от лечение, без прояви на сърдечна недостатъчност, без пулмонална хипертония, но с ЕКГ-ски промени (предоперативен бифасцикуларен блок, следоперативен пълен ДББ, ритъмни нарушения, регистрирани с Холтер-мониторирание), остатъчни нискостепенни хемодинамични нарушения (остатъчен нискостепенен ляво-десен шънт, систолен градиент на ниво аорта, или пулмонална артерия под 25 мм, установени с Доплер, нискостепенна пулмонална, аортна или митрална инсуфициенция), необходимост от медицинско наблюдение в интервал 2 - 3 години: 10 - 30 %

2.3. Със субективни оплаквания, с нужда от лечение, с умерени остатъчни хемодинамични нарушения (умерен ляво-десен шънт, остатъчна стеноза на ниво лява или дясна камера над 30 мм градиент, атрио- вентрикуларна недостатъчност II - III ст.), с нискостепенна пулмонална хипертония, но без прояви на сърдечна недостатъчност, с ритъмно-проводни нарушения (следоперативен бифасцикуларен блок), всички клапно протезирани: 30 - 70 %

2.4. С прояви на сърдечна недостатъчност или с остатъчна хипоксия, с тежки остатъчни хемодинамични нарушения (всички палиативно оперирани): 80 - 100 %

Раздел III

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция, не обуславят процент трайно намалена работоспособност.

#### Раздел IV

Чужди тела в сърдечния мускул с повлияване на сърдечните функции

Процентът на трайно намалената работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност - по реда на раздел I, т. 1 - 5.

#### Раздел V

Ритъмни и проводни нарушения

1. Ритъмни или проводни нарушения без отклонения в хемодинамиката, само със субективни оплаквания: 0 - 10 %

2. Леки хемодинамични нарушения от I - II ФК при надкамерни и камерни екстрасистоли, пароксизмални надкамерни тахикардии, нормофреквентно предсърдно мъждене и т.н., като се има предвид степента на изразеност на основното заболяване: 20 - 50 %

3. Значителни хемодинамични нарушения от II - III ФК при тахи и бради форми на предсърдно мъждене, атрио-вентрикуларен (А-V) блок от II и III степен, Моргани-Адамс-Стокс (МАС) и негови еквиваленти при ритъмни и проводни нарушения, екстрасистоли с лоша прогноза и т. н., като се има предвид степенната изразеност на основното заболяване: 50 - 80 %

#### Раздел VI

Артериална хипертония (АХ)

1. При АХ от I стадий, без обективни белези на органни промени; при лека степен (I степен) АХ, със стойности на систолното артериално налягане 140 - 159 мм Hg и/или стойности на диастолното артериално налягане 90 - 99 мм Hg; при изолирана систолна АХ, със стойности на диастолното артериално налягане, по ниски от 90 мм Hg, и стойности на систолното артериално налягане 140 - 159 мм Hg (I степен изолирана систолна АХ); 160 - 179 мм Hg (II степен изолирана систолна АХ); по-високи или равни на 180 мм Hg (III степен изолирана систолна АХ): 0 - 10 %.

2. При АХ от II ст., поне с един от следните белези за органно ангажиране: левокамерна хипертрофия; микроалбуминурия - 30 - 300 мг/24 ч. и/или серумен креатинин (мъже - 115 - 133 микромола/л/1,3 - 1,5 мг/дл), (жени - 107 - 124 микромола/л (1,2 - 1,4 мг/дл); доказани атеросклеротични плаки на каротидните артерии, аортата, илиачна и феморална артерия; при умерена степен АХ (II степен), със стойности на систолното артериално налягане 160 -

179 мм Hg и/или стойности на диастолното артериално налягане 100 - 109 мм Hg; при тежка степен АХ (III степен), със стойности на систолното артериално налягане, по-високи или равни на 180 мм Hg, и/или стойности на диастолното артериално налягане, по-високи или равни на 110 мм Hg: 10 - 30 %

3. При АХ от III стадий с прояви на симптоми на органно увреждане на един или повече от прицелните органи

(Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от степента на функционалния дефицит на прицелния/прицелните органи):

а) сърце - ангина пекторис; миокарден инфаркт; СН;

б) мозък - преходна мозъчна исхемия; мозъчен инсулт; хипертонична енцефалопатия;

в) очни дъна - ретинални хеморагии и ексудати със или без едем на папилата;

г) бъбреци - серумен креатинин над 133 микромола/л/над 1,5 мг/дл/ - мъже, и над 124 микромола/л/над 1,4 мг/дл/ - жени; протеинурия - над 300 мг/24 ч.; бъбречна недостатъчност;

д) съдове - дисекираща аневризма; симптомно артериално оклузивно заболяване.

Забележки:

1. При вторични хипертонии процентът на трайно намалена работоспособност се определя, като се отчитат и видът, и тежестта на основното заболяване, довело до симптоматична хипертония.

2. В случаите на вече стабилизирано състояние на таргетните органи без функционален дефицит състоянието се оценява по аналогия с т. 2.

3. При оценката на състоянието по този раздел да се има предвид стратификацията на риска по отношение на наличието или отсъствието на съпътстващи АХ рискови фактори, на захарен диабет, на таргетно органно увреждане (ТОУ) и на асоциирани с рискови фактори клинични състояния (АСС).

## Раздел VII

### Функционални кардиоваскуларни синдроми

1. При ортостатична хипотония с леки оплаквания: 0 %

2. При ортостатична хипотония с чести прояви на световъртеж и склонност към колапс: 0 - 10 %

## Раздел VIII

### Неупоменати заболявания на сърцето

Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност:

1. При прояви на сърдечна недостатъчност от I ФК по НИХА: 0 - 10 %
2. При прояви на сърдечна недостатъчност от II ФК по НИХА: 20 - 50 %
3. При прояви на сърдечна недостатъчност от III ФК по НИХА: 50 - 80 %
4. При прояви на сърдечна недостатъчност от IV ФК по НИХА: 91 - 100 %

## ЧАСТ ПЕТА

### ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

#### Раздел I

#### Зрителна острота

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

Дясно око	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,15	0,10	от 0,09 - 0,05 вкл.	Под 0,05
Ляво око													
1,0	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %
0,9	0 %	0 %	0 %	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %
0,8	0 %	0 %	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %
0,7	0 %	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %
0,6	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %
0,5	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	53 %
0,4	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %
0,3	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %
0,2	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	70 %
0,15	18 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	65 %	75 %
0,10	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	65 %	70 %	80 %

от														
0,09	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	65 %	70 %	80 %	90 %	
до														
0,05														
вкл.														
под														
0,05	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	70 %	75 %	80 %	90 %	100 %	

Пояснения към таблицата:

1. В първия хоризонтален ред е посочена зрителната острота на дясното око.
2. В първа колона е посочена зрителната острота на лявото око.
3. В пресечните точки на вертикалните и хоризонталните линии на различните стойности на зрителната острота на лявото и дясното око е обозначен процентът на трайно намалената работоспособност.

## Раздел II

### Периферно зрение

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

Д.О./ Л.О.	над 50°	до 50°	до 40°	до 30°	до 20°	до 10°	до 5°
над 50°	0 %	0 %	5 %	10 %	15 %	25 %	30 %
до 50°	0 %	0 %	5 %	10 %	15 %	25 %	35 %
до 40°	5 %	5 %	15 %	20 %	25 %	30 %	45 %
до 30°	10 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	65 %
до 20°	15 %	15 %	25 %	40 %	50 %	65 %	80 %
до 10°	25 %	25 %	30 %	50 %	65 %	80 %	95 %
до 5°	30 %	35 %	45 %	65 %	80 %	95 %	100 %

Пояснение към таблицата:

1. В първия хоризонтален ред е посочено периферното зрение на дясното око, а в първия вертикален ред - на лявото око.
  2. В пресечните точки на вертикалните и хоризонталните линии на различните стойности на периферното зрение на лявото и дясното око е обозначен процентът на трайно намалената работоспособност.
2. Хемиянопсии (със запазено централно зрение):



2.1. хомонимна хемианопсия:

2.1.1. дясна: 50 %

2.1.2. лява: 40 %

2.2. хетеронимна хемианопсия:

2.2.1. биназална: 10 %

2.2.2. битемпорална: 30 %

2.3. хоризонтална хемианопсия:

2.3.1. горна: 15 %

2.3.2. долна: 40 %

2.4. квадрантна хемианопсия:

2.4.1. горна: 20 %

2.4.2. долна: 30 %

2.5. отпадане на половината на периметъра при липса или пълна слепота на другото око: 90 %

2.6. при непълно отпадане на половината на периметъра в единственото око: 80 %

### Раздел III

#### Парализа

1. Парализа на акомодацията и на свинктера на ириса: 10 - 20 %

2. Пълна офталмоплегия:

2.1. едностранна: 25 %

2.2. двустранна: 60 %

### Раздел IV

#### Мидриаза

1. Едностранна (изолирана) мидриаза: 5 %

2. Двустранна (изолирана) мидриаза: 10 %

## Раздел V

Смутена адаптация

На двете очи - вродена или придобита в зависимост от степента на нарушението: 15 - 20 %

## Раздел VI

Болести на придатъците на окото и на очните мускули

1. Дефекти или изкривяване на клепачи или клепачния ръб, възпрепятстващи физиологичните им функции:

1.1. на едното око: 10 %

1.2. на двете очи: 20 %

2. Непоправима птоза - при хоризонталното гледане зеницата е напълно закрыта:

2.1. на едното око: 40 %

2.2. на двете очи: 90 %

3. Непоправим лагофталмус (съобразно роговичните изменения):

3.1. на едното око: 30 %

3.2. на двете очи: 70 %

4. Непоправима парализа на очедвигателните мускули, довели до диплопия: 40 %

5. Непоправимо сълзене:

5.1. на едното око: 0 - 5 %

5.2. на двете очи: 10 %

6. Съдружно кривогледство: 10 %

## Раздел VII

Липса на леща

1. Липса на леща:

1.1. на едното око: 10 %

1.2. на двете очи: 20 %

1.3. липса на леща в единственото око: 30 %

2. Имплантирана вътреочна леща на едното или на двете очи: 10 %

## Раздел VIII

### Общи правила

1. При преценката на степента на трайно намалената работоспособност се имат предвид основните функции на зрителния анализатор (централно зрение, периферно зрение, адаптация, акомодация), както и най-характерните, видими и доказуеми клинични изяви, съпътстващи очното заболяване.

2. Зрителната острота се преценява с поносима корекция.

3. Изследването на зрителните функции се извършва само с уреди и методи, официално приети и практикувани в офталмологичните звена на лечебните заведения.

4. При болезнена или пристъпно протичаща глаукома и при субкомпенсирана глаукома към процентите за увредено централно или периферно зрение се прибавят от 10 до 20 %.

5. При изразена атрофия на зрителните нерви, напреднала глаукома, обширни разпръснати или конfluиращи дегенеративни огнища на хориоретината, при условие че са засегнати и двете очи, към процентите на намалената работоспособност за централно и периферно зрение се прибавя и процентът за смутена адаптация - по раздел V.

6. При дистрофични или възпалителни хронични процеси, свързани с чести рецидиви и разязвяване на роговицата, към процентите за намалената работоспособност се прибавят от 10 до 20 %.

7. При хронични заболявания, създаващи рискове за допълнително увреждане на централното и периферното зрение, налагащи продължително наблюдение и лечение (например ексцесивна дегенеративна миопия, аблационна болест), към процента на основното увреждане се добавят от 15 до 30 %.

8. При невъзвратими морфологични изменения в очните придатъци, преден очен сегмент, пречупващи среди и заден очен сегмент решението е с пожизнен срок, независимо от зрителните функции.

9. При установен злокачествен тумор на едното око процентът на загубената работоспособност е от 50 до 100 %:

а) до 1 година след диагностицирането му: 80 %

б) до 2 години след диагностицирането му: 60 %

в) до 5 години след диагностицирането му: 40 %

10. При вродени или придобити катаракти или помътнявания на стъкловидното тяло оценката на загубена работоспособност при децата се определя от степента на помътняването:

10.1. при засягане на едното око: 20 - 50 %

10.2. при засягане на двете очи: 50 - 100 %

## ЧАСТ ШЕСТА

### БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ

#### Раздел I

Счупвания на ребра и деформации на гръдния кош

1. Оздравели, без функционални нарушения, според размера на дефекта:

1.1. до 5 ребра: 0 %

1.2. от 5 до 7 ребра: 5 %

1.3. над 7 ребра: 10 %

2. Дефекти на ребра с диафрагмални сраствания и шварти при запазена белодробна функция (статични показатели над 80 %): 10 %

3. При много разпространени дефекти, включително изразени деформации на гръдния кош:

3.1. без функционален дефицит: 10 - 20 %

3.2. с функционален дефицит: 30 - 50 %

4. Чужди тела в белия дроб или в стената на гръдния кош, оздравели без последици: 10 %

#### Раздел II

Бронхиектазии като самостоятелно заболяване (доказани бронхологично или с компютърна

томография)

1. Лека форма - слаба кашлица, оскъдна експекторация, 2 - 3 обостряния годишно: 10 - 20 %

2. Средно тежка форма - умерена кашлица и експекторация, 5 - 6 обостряния годишно: 30 - 50 %

3. Тежка форма - почти непрекъсната кашлица, изобилна експекторация, чести тласъци, включително "сухи" кървящи бронхиектазии:

3.1. при възрастни: 60 - 80 %

3.2. при деца: 80 - 100 %

Раздел III

Пневмокониози

1. Силикоза I стадий - ретикуларна или микронодозна форма: 10 - 20 %

2. Силикоза II стадий: 30 - 50 %

3. Силикоза II към III стадий: 55 - 75 %

4. Силикоза III стадий, туморна форма: 80 - 100 %

5. Азбестоза плеврална форма - единични шварти и вкалцявания: 10 - 20 %

6. Азбестоза с паренхимни промени и функционални нарушения: 30 - 50 %

7. Други пневмокониози:

7.1. други пневмокониози с вентилаторни нарушения без дихателна недостатъчност - 10 - 20 %

7.2. други пневмокониози с вентилаторни нарушения и дихателна недостатъчност I степен: 30 - 50 %

7.3. други пневмокониози с дихателна недостатъчност II - III степен: 60 - 80 %

Раздел IV

Бронхиална астма

1. Лека персистираща - епизодични, краткотрайни симптоми 1 - 2 пъти седмично, нощни симптоми 1 - 2 пъти месечно. Симптомите са леки, но персистиращи (Форсиран експираторен обем за една секунда (ФЕО 1) < 80 %): 10 - 20 %

2. Средно тежка - пристъпи повече от 1 - 2 пъти седмично, нощни симптоми повече от 1 - 2 пъти месечно. Симптомите нарушават активността през деня и съня през нощта (върхов експираторен дебит (ВЕД) - 60 - 80 %, върхов експираторен дебит в норма след приложен бронходилататор): 30 - 50 %

3. Тежка форма - чести пристъпи, с постоянни симптоми, чести нощни симптоми, ограничена от астмата физическа активност, не по-малко от

2 индикации за стационарно лечение на астмата в предходните 12 месеца на една календарна година, прекарани в миналото застрашаващи живота пристъпи (статус астматикус): 60 - 80 %

## Раздел V

Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи

1. Злокачествени новообразувания на трахеята, на бронхите и белите дробове - независимо от терапевтичното поведение се определя трайна нетрудоспособност до 5 години:

1.1. до 1 година от установяване на диагнозата: 90 - 100 %

1.2. след 1 година в зависимост от състоянието: 60 - 80 %

2. Късните рецидиви (след 5 години): 90 - 100 %

Забележка. При всички доброкачествени тумори трайната неработоспособност се определя според засегнатите органи и степента на функционалните нарушения.

## Раздел VI

Туберкулоза

1. Активна форма на белодробна туберкулоза: 80 - 100 %

2. Хронична форма на белодробна туберкулоза: 60 - 80 %

3. Отворено оздравяла каверна според степента на функционалните нарушения: 30 - 50 %

4. Торакопластика в зависимост от степента на функционалните нарушения: 50 - 80 %

Забележка. След проведено адекватно лечение на активните форми на извънбелодробната туберкулоза трайната нетрудоспособност се определя според засягането на съответния орган и настъпилите функционални нарушения.

## Раздел VII

### Саркоидоза

1. Увеличение на торакалните лимфни възли с клинична симптоматика и функционални нарушения: 30 - 50 %
2. Паренхимна форма с клинична симптоматика и функционални нарушения според степенната им изразеност: 60 - 80 %
3. Разпространен рѐбцов стадий според степента на функционалните нарушения - 50 - 100 %, по реда на т. 5.2, 5.3 и 5.4 от раздел X

## Раздел VIII

### Белодробен тромбоемболизъм

1. Хронично рецидивираща инфарктна форма - в зависимост от функционалните нарушения на дихателната и сърдечно-съдовата система: 80 - 100 %
2. Хронично рецидивираща микроемболична форма в зависимост от функционалните нарушения на дихателната и сърдечно-съдовата система:

80 - 100 %

## Раздел IX

### Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ)

1. ХОББ I ст., с обективизирани тласъци и вентилаторни нарушения, без хронична дихателна недостатъчност: 10 - 20 %
2. ХОББ II ст., с ХДН I ст., със или без хронично белодробно сърце: 30 - 50 %
3. ХОББ III ст., с ХДН II ст. - 60 - 80 %
4. ХОББ III ст., с ХДН - 90 - 100 %
5. Хроничен бронхит при децата с обструктивен тип на вентилаторна недостатъчност (ВН): 40 - 50 %

## Раздел X

## Други болести на белия дроб

1. Муковисцидоза: 80 - 100 %
2. Липса на един бял дроб: 80 - 100 %
3. Частична резекция на белия дроб: 30 - 50 %
4. Алергичен алвеолит (при децата):
  - 4.1. с лек рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) 70 - 80 % от нормата): 10 - 20 %
  - 4.2. с умерено изразен рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) 60 - 70 % от нормата): 20 - 50 %
  - 4.3. с тежък рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) < 50 % от нормата): 60 - 80 %
5. Разпространени белодробни фибрози независимо от причината - според степента на функционалния дефицит:
  - 5.1. разпространени белодробни фибрози, независимо от причината, с обективизирани тласъци и вентилаторни нарушения, без дихателна недостатъчност - 10 - 20 %
  - 5.2. разпространени белодробни фибрози, независимо от причината, с дихателна недостатъчност I степен - 30 - 50 %
  - 5.3. разпространени белодробни фибрози, независимо от причината, с дихателна недостатъчност II степен - 60 - 80 %
  - 5.4. разпространени белодробни фибрози, независимо от причината, с дихателна недостатъчност III степен - 90 - 100 %

## Раздел XI

### Степени на функционалните нарушения

1. Лека степен - задух, превишаващ обикновен при средно тежко натоварване или натоварване 75 - 100 вата (средно тежка физическа работа); форсиран витален капацитет (ФВК) < 80 - 60 %, Тифно 80 - 60 %; форсиран експираторен обем за една секунда (ФЕО 1) 80 - 60 %; парциално напрежение на кислорода в кръвта (РаО<sub>2</sub>) - норма според възрастта 96 - 80 мм живачен стълб (Hg) (12,7 до 10,6 килопаскала (kPa)); Ра СО<sub>2</sub> - норма 45 - 35 мм Hg 2 (6 - 4,6 килопаскала (kPa), сатурация на кислорода (О<sub>2</sub>) - норма 95 - 97 %



2. Средна степен - задух, превишаващ обикновен при ежедневно леко натоварване, изкачване на стълби до 1 етаж (лека физическа работа), натоварване 50 - 75 вата; форсиран витален капацитет (ФВК) < 60 - 40 %; Тифно 60 - 40 %, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1) 60 - 40 %; РаО2-норма или намаление от 80 - 60 - 55 мм Hg (10-8 kPa)

3. Тежка степен - задух при най-леко натоварване или в покой. Форсиран витален капацитет (ФВК) < 40 %, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1) < 40 %; Тифно < 40 %; РаО2 < 55 мм Hg; РаСО2 > 45; сатурация на кислорода (О2) < 80

## ЧАСТ СЕДМА

### НЕРВНИ БОЛЕСТИ

1. Злокачествени новообразувания на главния и на гръбначния мозък до 5-ата година от установяването в зависимост от неврологичния дефицит, но не по-малко от 50 %

Забележка 1. При доброкачествени новообразувания процентът на трайно намалената работоспособност се определя според неврологичния дефицит.

2. Увреждания на главния и гръбначния мозък с различна етиология и характер, от които е последвало:

2.1. параплегия (горна, долна): 100 %

2.2. парапареза (горна, долна):

2.2.1. латентна: 30 %

2.2.2. лека степен: 50 %

2.2.3. средна степен: 75 %

2.2.4. тежка степен: 95 %

2.3. хемиплегия: 100 %

2.4. хемипареза:

2.4.1. латентна: 30 %

2.4.2. лека степен: 50 %

2.4.3. средна степен: 75 %

2.4.4. тежка степен: 95 %

2.5. моноплегия:

2.5.1. горна: 80 %

2.5.2. долна: 90 %

2.6. монопареза:

2.6.1. латентна: 20 %

2.6.2. лека степен: 40 %

2.6.3. средна степен: 60 %

2.6.4. тежка степен: 80 %

2.7. квадриплегия: 100 %

2.8. квадрипареза:

2.8.1. латентна: 50 %

2.8.2. лека степен: 75 %

2.8.3. средна степен: 95 %

2.8.4. тежка степен: 100 %

2.9. пирамидна симптоматика без парези: 10 %

2.10. нарушения на езика (афазия) и съпътстващи речово/говорни нарушения - оценка на базата на количествените и качествените нарушения на спонтанната реч, повторната реч, назоваване, разбиране на устна реч, писмена реч (процент нарушение при тестването, в съчетание с еволюцията и етапа на обратно развитие на афазийните синдроми):

2.10.1. тежко ограничена комуникация - при стационарни форми на афазия, с липса или слаба динамика на глобална афазия, тежка смесена Брока Вернике афазия, жаргон афазия, тежка Брока афазия; наличие на тежка речева апраксия, със/без дизартрия; наличие на аграфия/дисграфия, алексия/дислексия; акалк./диск - 100 %

2.10.2. средно към тежко ограничена комуникация - до тежко изразени еволюирани или стационарни афазийни синдроми тип Брока, Вернике, смесени форми; със/без речева апраксия или дизертрия; алексия/дислексия, аграфия/дисграфия - 80 %

2.10.3. умерено ограничена комуникация - умерена степен на езикови/говорни нарушения при Брока афазия, проводникова афазия, аномична афазия, транскортикална моторна

афазия, транскортикална сензорна афазия, смесени форми; със/без речева апраксия и дизартрия; със/без дислексия/дисграфия - 60 %

2.10.4. леко към средно ограничена комуникация - до умерени езикови/говорни нарушения при Брока афазия, проводникова афазия, аномична афазия, транскортикална моторна афазия, транскортикална сензорна афазия, смесени форми; със/без речева апраксия и дизартрия; със/без дислексия/дисграфия - 40 %

2.10.5. леко ограничена комуникация - леки езикови нарушения при аномични форми на афазия; остатъчни артикулационни нарушения; със/без дислексия/дисграфия - 20 %

Забележка 2. Нарушенията на очните функции и тазово-резервоарните нарушения се оценяват в съответните части (част пета и част осма).

3. Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие и тежестта на симптоматиката (полирадикулоневрит Гилен-Баре, множествена склероза, хередодегенеративни заболявания на нервно-мускулния апарат, миопатии, енцефалопатии, централен отоневрологичен синдром, паркинсонизъм, миастения и миастенни синдроми, сирингомиелия, мозъчни атрофии, неврологични увреждания при ХИВ инфекции, лаймска болест, невролуес, кауда еквина синдром, АЛС, табес дорзалис, фуникуларна миелоза, дизкоординационни синдроми, екстрапирамидни синдроми, нарушения на стволите функции:

3.1. патологична симптоматика без двигателен дефицит - 10 - 20 %

3.2. лека степен (форма): 30 - 40 %

3.3. средна степен (форма): 60 - 70 %

3.4. тежка степен (форма): 95 - 100 %

4. Епилепсия (според вида, тежестта и честотата на пристъпите с обективизация на пристъпите):

4.1. много редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали повече от една година и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от месеци - 20 %

4.2. редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от месеци и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от седмици - 40 %

4.3. средно чести - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от седмици и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от дни - 50 %

4.4. чести припадъци - ежеседмични - 80 %

Забележка 3. Припадъчното заболяване се счита отзвучало, ако в продължение на 3 години без медикация няма припадък.

5. Състояние след мозъчен инсулт (хеморагичен, исхемичен) без остатъчен неврологичен дефицит и до една година след инсулта: 50 %

6. Съдово-мозъчни аномалии без неврологичен дефицит:

6.1. аневризми и артериовенозни малформации - 50 %

6.2. високостепенни стенози (над 70 %) - 30 %

7. Тежки увреждания на ЧМН - 30 %

8. Псевдобулбарна пареза: 10 - 30 %

9. Булбарна пареза в зависимост от тежестта на симптоматиката: 80 - 100 %

10. Комплицирана мигрена с чести пристъпи, тежко вторично главоболие с чести пристъпи, тежки невралгии на ЧМН (при документиране на пристъпите) - 40 %

11. Тежки увреждания на периферните нерви:

11.1. нервус аксиларис: 30 %

11.2. нервус улнарис: 30 %

11.3. нервус радиалис: 30 %

11.4. нервус медианус: 30 %

11.5. нервус феморалис: 40 %

11.6. нервус исшиадикус: 60 %

11.7. нервус фибуларис: 20 - 30 %

11.8. нервус тибалис: 20 - 30 %

12. Вибрационна болест:

12.1. I - II стадий: 10 %

12.2. II стадий: 40 %

12.3. II - III стадий: 50 %

12.4. III стадий: 65 %

13. Тежки дефекти в затварянето на невралната тръба - менингоцеле, менингомиоцеле, менингоенцефалоцеле: 100 %

14. Тежка хидроцефалия: 80 %

Забележка 4. При увреждане на доминантния горен крайник оценката на трайно намалената работоспособност се завишава с 10 %.

Забележка 5. При увреждания с дефинитивен и невъзвратим характер в зависимост от заболяването може да се определи пожизнен срок.

## ЧАСТ ОСМА

### ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

#### Раздел I

##### Съдови заболявания на горните крайници

1. Артериални и венозни заболявания на горните крайници:

1.1. със слаби хемодинамични нарушения в периферното кръвоснабдяване: по 10 % за всяка ръка;

1.2. с тежки нарушения в кръвоснабдяването, с трофични промени: 20 - 30 %

#### Раздел II

##### Болести на артериите (стенози и тромбози)

##### на долните крайници

1. I стадий - функционален (отслабен или липсващ пулс на а. тибалис, дискомфорт в прасците или ходилата при бързо ходене):

1.1. с интермитиращо клаудикацио над 500 м:

1.1.1. на единия крак: 10 %

1.1.2. на двата крака: 20 %

2. II стадий - тромботичен (бледа и хладна кожа, леки трофични изменения):

2.1. IIa стадий с интермитиращо клаудикацио от 200 до 500 м:

2.1.1. на единия крак: 20 %

2.1.2. на двата крака: 30 %

2.2. IIb стадий с клаудикацио от 100 до 200 м:

2.2.1. на единия крак: 40 %

2.2.2. на двата крака: 50 %

3. III стадий - трофични промени (хипотрофия на меките тъкани, цианоза, пигментация, болки при покой):

3.1. с клаудикацио под 100 м, с болки при покой:

3.1.1. на единия крак: 50 %

3.1.2. на двата крака: 60 %

4. IV стадий (некротичен) с интензивни болки и некроза:

4.1. на единия крак: 60 - 70 %

4.2. на двата крака: 80 - 90 %

### Раздел III

Варици на долните крайници, посттромбофлебитен варикозен синдром и лимфедем

1. Варици с лек, зависещ от натоварването оток, изчезващ след почивка, без улцерозни промени, без съществени застойни явления: 0 - 10 %

2. Варици със значителни застойни промени (периартикуларен оток след почивка, варикозни вени, пигментация, уплътнени подкожие и кожа):

2.1. на единия крак: 20 %

2.2. на двата крака: 30 %

3. Варици с хронично персистиращи отоци, дермохиподермит, трофични язви:

3.1. на единия крак: 30 %

3.2. на двата крака: 50 %

#### 4. Посттромботични синдроми на дълбоките вени:

4.1. оточен крак - 10 - 20 %

4.2. трофични изменения без рани - 20 - 40 %

4.3. с варикозни язви - 50 %

#### 5. Лимфедем:

5.1. необратим (твърд), индурирани тъкани, фибросклероза: 20 - 30 %

5.2. елфантиаза (обезформен крайник, тежки изменения на епидермиса):

5.2.1. на единия крак: 50 %

5.2.2. на двата крака: 75 %

5.3. лимфедем на горните крайници - 10 - 30 %

#### Раздел IV

##### Аневризми (без мозъчните) и артерио-венозни фистули

#### 1. Аневризми на гръдната или коремната аорта:

1.1. от нискостепенни до изразени функционални нарушения: 30 - 50 %

1.2. с тежки функционални нарушения (дисекиращи аневризми на аортата - коригирани или некоригирани), аневризми на големите тазови артерии и на абдоминалната аорта, аортна аневризма над 5 см: 60 - 100 %

2. Артерио-венозни фистули, ангиодисплазии, с изразени хемодинамични и трофични промени: 20 - 50 %

#### Раздел V

##### Болести на хранопровода

#### 1. Злокачествени тумори на хранопровода:

1.1. радикално отстранен тумор в ранен стадий - T1-2 N0 M0 (с пластика) без усложнения:

1.1.1. до първата година след операцията: 90 %

1.1.2. до 5-ата година след операцията: 50 - 80 %

1.1.3. след 5-ата година - съобразно функционалния дефицит

1.2. оперирани в късен стадий или с постоперативни усложнения (стенози, тракционни дивертикули, фистули и др.):

1.2.1. първата година след операцията: 100 %

1.2.2. след първата година след операцията: 80 - 100 %

2. Неоезофаг: 80 - 90 %

3. Иноперабилни тумори или с далечни метастази: 100 %

4. Атрезия на хранопровода и трахео-езофагеални фистули до завършване на етапното лечение: 100 %

4.1. след първата година - 80 %

5. Изгаряне на хранопровода с изведени езофаго- или гастростома до завършване на лечението: 100 %

## Раздел VI

### Болести на стомашно-чревния тракт

1. Малигнен стомашен тумор:

1.1. парциална резекция в ранен стадий - T 1 - 2 N0 M0 до 5 години след операцията: 50 - 80 %

1.2. гастректомия в ранен стадий:

1.2.1. първата година: 100 %

1.2.2. до 5-ата година: 60 - 90 %

1.2.3. след 5-ата година - 50 %

1.3. гастректомия в късен стадий: 100 %

1.4. иноперабилни или с далечни метастази: 100 %

2. Малигнен чревен тумор:

2.1. в ранен стадий - T 1 - 2 N0 M0/парциална чревна резекция до 5-ата година: 50 - 80 %



- 2.2. в ранен стадий с хемиколектомия - 50 - 80 %
- 2.3. радикални операции в други стадии - до 5-ата година: 75 - 95 %
3. Дефинитивен анус претер
  - 3.1. тънкочревен: 90 %
  - 3.2. дебелочревен: 80 %
4. Иноперабилни тумори или с далечни метастази: 100 %
5. Временен анус претер, изведен по друг повод:
  - 5.1. тънкочревен: 80 %
  - 5.2. дебелочревен: 70 %
6. Аноректални малформации с извеждане на провизорен анус претер - до завършване на етапното лечение: 100 %
7. Слабост на аналния сфинктер (вродена или след реконструктивни операции):
  - 7.1. инконтиненцио алве - само при физическо натоварване: 10 - 20 %
  - 7.2. постоянна инконтиненция: 50 %
8. Перианални фистули с постоянна секреция, след оперативни фистули и декубитоси: 20 - 30 %
9. Пролапс на ректума: 10 - 20 %
10. Загуба на анален сфинктер с пролапс на черво: 50 %
11. Малигнен тумор на панкреаса: 100 %
12. Злокачествени заболявания на перитонеума до 5-ата година: 60 - 90 %
13. Доброкачествени ретроперитонеални тумори, рецидивиращи - 30 - 40 %
14. Радиационен колит - 20 - 30 %
15. Периториални сраствания с чести илеуси - 30 - 50 %

## Раздел VII

Злокачествени заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и жлъчния мехур

1. Малигнен чернодробен тумор:

1.1. първата година след операцията: 100 %

1.2. до 5-ата година след операцията: 60 - 90 %

1.3. след 5-ата година - съобразно функционалния дефицит

1.4. с метастази: 100 %

2. Малигнен тумор на жлъчния мехур, екстрахепаталните жлъчни пътища и папила Фатери до 5-ата година: 50 - 80 %:

2.1. до 5-ата година: 50 - 80 %

2.2. след 5-ата година съобразно функционалния дефицит.

Раздел VIII

Хернии

1. Слабинни, бедрени, пъпни, следоперативни хернии: 0 - 30 %

2. Диафрагмални хернии, включително релаксация на диафрагмата:

2.1. без смущения във функцията на храносмилателната система: 0 - 10 %

2.2. диафрагмални хернии с рефлукс-езофагит: 20 - 30 %

2.3. със силно изместване на вътрешни органи според въздействието върху кардиопулмоналната система или с притискане на хранопровода: 40 - 70 %

3. Хидро- или фуникулоцеле: до 10 %

Раздел IX

Пикочни органи

1. Смущения в изпразването на пикочния мехур (ретенцио урине, включително и постлъчеви увреждания):

1.1. лека степен - резидуална урина до 100 мл: 10 %

1.2. тежка степен - необходимост от мануално изпразване, резидуална урина над 100 мл, болезнено уриниране: 20 - 40 %

1.3. с необходимост от редовно катетризиране, постоянен катетър: 50 %

2. След отстраняване на малигнен тумор на пикочния мехур:

2.1. в ранен стадий - T 1-2 N0 M0 с транс-уретрална резекция (ТУР) до 5-ата година: 50 - 80 %

2.2. в по-късни стадии (с парциална резекция):

2.2.1. до 5-ата година: 70 - 90 %

2.2.2. след 5-ата година: 50 %

2.3. иноперабилни тумори или с цистектомия: 100 %

3. При отстраняване на малигнен тумор на бъбрека:

3.1. в ранен стадий T 1-2 N0 M0 (нефректомия) - до 5 години: 60 - 90 %

3.2. в късен стадий (с метастази) - със или без нефректомия: 100 %

4. Инконтиненция на урината:

4.1. непълно (частично) отделяне на урина (стрес-инконтиненция II ст.): 10 - 20 %

4.2. абсолютна инконтиненция (стрес-инконтиненция III ст.): 50 %

5. Постлъчева склероза на пикочния мехур с намаляване на капацитета му: 30 %

6. Кожно-уретрални фистули (хипоспадия, еписпадия) - до завършване на лечението: 50 %

7. Чревно-уретрални фистули: 50 %

8. Кутанна нефростома, уретеростома, цистостома: 70 %

9. Ектопия на пикочен мехур: 100 %

10. Енурезис ноктюрна - 30 %

Раздел X

Мъжки полови органи

1. Нео на пениса в първите 5 години: 50 - 75 %
2. Липса на пенис и двата тестиса, с изтичане на урина: 40 %
3. Липса на двата тестиса (до 40-годишна възраст): 30 %
4. След отстраняване на малигнен тумор на тестиса в първите 5 години:
  - 4.1. в ранен стадий:
    - 4.1.1. до 5-ата година: 70 - 80 %
    - 4.1.2. след 5-ата година: 30 %
  - 4.2. с метастази: 100 %
5. Аденом на простатата, II - III стадий, със задръжка на урината над 50 мл: 10 - 20 %
6. След премахване на малигнен тумор на простатната жлеза в първите 5 години:
  - 6.1. в ранен стадий (радикална простатектомия) до 5-ата година: 50 - 80 %
  - 6.2. локално авансирал процес (кастрация и хормонотерапия):
    - 6.2.1. първата година: 100 %
    - 6.2.2. до 5-ата година: 60 - 90 %
7. Тумори на простатата с далечни метастази: 100 %
8. Хроничен простатит с микционни смущения: 10 - 20 %

## Раздел XI

### Женски полови органи

1. Малигнен тумор на гърдата в първите 5 години:
  - 1.1. при отстраняване в ранен стадий, както и след екстирпация на локален рецидив или кожни метастази: 50 - 80 %
  - 1.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 70-100 %
2. Малигнен тумор на матката или маточната шийка в първите 5 години:
  - 2.1. при отстраняване в ранен стадий: 70 - 90 %

- 2.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 70 - 100 %
- 3. Малигнен тумор на яйчника в първите 5 години:
  - 3.1. в начални стадии в първите 5 години: 70 - 90 %
  - 3.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 70 - 100 %
- 4. Ендометриоза в тежка степен: 20 - 30 %
- 5. Влагалищни фистули:
  - 5.1. пикочно-влагалищни фистули и влагалищно-ректални - до корекцията им: 50 - 60 %
  - 5.2. оформена клоака: 100 %
- 6. Десцензус на вагината с инконтингенция на урината - 10 - 20 %
- 7. Малигнен влагалищен тумор в първите пет години:
  - 7.1. в ранен стадий до 5-ата година: 50 - 80 %
  - 7.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 70 - 100 %
- 8. Малигнен тумор на външните полови органи:
  - 8.1. в ранен стадий до 5-ата година: 50 - 80 %
  - 8.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 50 - 100 %

## Раздел XII

- 1. Вродени цепки на устни, челюсти и небце - до корекцията им: 80 - 100 %
- 2. Травматичен скалп - 50 %
- 3. Обезобразяващи състояния (след операция за нео гл. Паротис, резекция на челюст и др.), с нарушения на говора и храненето - 50 %
- 4. Новообразувания на устни, бузи, език, тонзилии, горна и долна челюст, гл. Паротис до 5-ата година след операцията: 50 - 75 %
  - 4.1. с метастазии до 5-ата година: 50 - 100 %
- 5. Контрактура на темпоромануибуларните стави, с нарушено хранене - 50 %

Забележка. За злокачествено заболяване, установено (инситу) за първата година след установяването: 50 %.

## Раздел XIII

### Изгаряния

Оценката на трайно намалената работоспособност се прави по функционалния дефицит на различните органи и системи, засегнати от изгарянето.

## ЧАСТ ДЕВЕТА

### ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ

#### Раздел I

#### Захарен диабет

##### 1. Захарен диабет тип 2 (неинсулинозависим):

1.1. контролиран с диета или с перорално лечение без усложнения: 0 - 10 %

1.2. захарен диабет на перорално лечение с късен съдово-дегенеративен синдром: 20 - 40 %

1.3. диабет в детската възраст: 40 %

##### 2. Захарен диабет тип 1 (инсулинозависим):

2.1. добре контролиран с инсулин без усложнения: 10 - 40 %

2.2. диабет в детската възраст без усложнения: 50 - 70 %

2.3. инсулинозависим захарен диабет с усложнения: 50 - 70 %

Забележка. При определяне на окончателния процент на трайно намалена работоспособност за т. 1.2 и 2.3 се вземат предвид и процентите, определени за функционалния дефицит на прицелните органи, следствие на съдово-дегенеративния синдром.

#### Раздел II

#### Болести на щитовидната жлеза

##### 1. Щитовидна хиперфункция (тиреотоксикоза), Болест на Базедов:

1.1. средно тежка форма - рефрактерна на лечение или с хронично-рецидивиращ ход с органични увреждания без траен функционален дефицит: 40 - 60 %

1.2. тежка форма (значителна загуба на тегло, пулсова фреквенция при покой над 120 удара/мин., тиреотоксично сърце, изявена (клас 4 - 6) ендокринно асоциирана офталмопатия); в оценката на окончателния процент на трайно намалена работоспособност се вземат предвид и процентите, определени за функционалния дефицит на сърдечно-съдовата система и зрителния анализатор: 70 - 80 %

Забележка 1. При деца до 16 години процентът при всички форми на заболяването се приравнява към т. 1.2.

2. Щитовидна хипофункция (микседем):

2.1. добре компенсирани със заместително лечение: 0 %

2.2. при незадоволителна компенсация въпреки заместителното лечение в зависимост от отражението върху общото състояние и усложненията: 20 - 50 %

2.3. при вроден хипотиреоидизъм в зависимост от психосоматичното състояние у деца (кретенизъм, наносомия, костна дисплазия): 60 - 100 %

3. Карцином на щитовидната жлеза:

3.1. след отстраняване на папиларен или фоликуларен тумор 1 - 2 стадий до 5-ата година: 50 %

3.2. след отстраняване на недиференциран и медуларен карцином или на папиларен и фоликуларен карцином в 3 - 4 стадий, от първата до 5-ата година: 60 - 80 %

Забележка 2. При определяне на окончателния процент на трайно намалената работоспособност се вземат предвид и процентите, определени за остатъчните органични увреди и усложнения, включително вследствие на проведеното лечение. При деца до 16 години процентът на намалената възможност за социална адаптация по повод карцином на щитовидната жлеза се движи в границите от 80 до 100 %.

4. Високостепенна и ретростернална струма, преценена в клинични условия като иноперабилна, с компресивен синдром, съпътстващи заболявания и напреднала възраст, които са контраиндикации за операция: 50 - 100 %

5. Тиреоид-асоциирана офталмопатия (без изяви тиреоидни нарушения):

5.1. клас 4 - 5 - 6 по Европейска тиреоидна асоциация (ЕТА) в активен стадий: 50 - 90 %

5.2. клас 4 - 5 - 6 (по ЕТА) в неактивен стадий: 40 - 70 %

## Раздел III

### Болести на паращитовидните жлези

#### 1. Хипопаратиреоидизъм:

1.1. лека степен - латентна тетания с леки органични спазми: 10 %

1.2. средна степен - манифестна тетания с редки карпопедални и висцерални спазми: 20 - 40 %

1.3. тежка степен - манифестна тетания с карпопедални и висцерални спазми и психични нарушения: 50 - 80 %

1.4. при деца - всички форми на хипопаратиреоидизъм: 70 - 80 %

#### 2. Хиперпаратиреоидизъм:

2.1. компенсирани (без риск от фрактури): 10 - 20 %

2.2. декомпенсиран (с риск от фрактури, трайна хиперкалциемия): 50 - 80 %

2.3. с прекарани множествени фрактури, хронична бъбречна недостатъчност (ХБН) и нефрокалциноза, кардиомиопатия: 100 %

3. Карцином на паращитовидната жлеза - приравнява се с т. 3 от раздел II.

## Раздел IV

### Болести на надбъбречните жлези

#### 1. Хиперфункция на надбъбречната кора:

##### 1.1. Синдром на Къшинг

Процентът на намалена работоспособност се определя от мускулната слабост, от отражението на различните органи и системи (хипертония, сърдечна недостатъчност, захарен диабет, остеопороза, психични промени):

1.1.1. нелекуван (декомпенсиран): 60 - 100 %

1.1.2. компенсирани след лечение: 20 - 50 %

1.2. Бенигни феохромоцитом - оценката е във връзка със стойностите на катехоламинната хипертония и свързаните с нея органични усложнения до оперативното лечение: 50 - 100 %



Забележка 1. След лечение процентът на трайно намалената работоспособност се определя в зависимост от тежестта на остатъчната хипертония, ако има такава.

## 2. Първичен хипералдостеронизъм:

2.1. Синдром на Кон - оценката е във връзка с тежестта на хипертонията и хипокалиемията, и органните усложнения до оперативното лечение: 40 - 60 %

Забележка 2. След лечение процентът на трайно намалената работоспособност се определя от тежестта на остатъчната хипертония

2.2. нетуморни форми на първичен хипералдостеронизъм - процентът на намалена работоспособност се определя от степента на артериалната хипертония и хипокалиемия

2.3. при деца с хипералдостеронизъм: 70 - 100 %

## 3. Хронична надбъбречна недостатъчност (Адисонова болест)

3.1. лека форма, с лесна уморяемост, лек ортостатизъм: 20 - 30 %

3.2. средно тежка форма с изявен астено-адинамичен и консумативен синдром и хипертония:

3.2.1. компенсирани с лечение: 30 - 50 %

3.2.2. с незадоволителен ефект от проведеното лечение: 60 - 80 %

3.2.3. средно тежка форма с чести Адисоновы кризи: 80 - 100 %

3.3. при деца до 16 години - всички форми на вродена надбъбречна хиперплазия със солева загуба: 70 - 100 %

3.4. при деца - хипокортицизъм с неврологична симптоматика: 100 %

## 4. Злокачествени тумори на надбъбречните жлези (хормонално активни и неактивни):

4.1. при радикална операция без метастази до 5 години от отстраняването на тумора: 50 %

4.2. при метастази или при иноперабилни карциноми: 80 - 100 %

## Раздел V

### Хипофизарни нарушения

#### 1. Акромегалия:

1.1. лека степен, без органни функционални нарушения, без засягане на зрението: 10 - 30 %

1.2. средно тежка степен - умерена артериална хипертония, лек функционален дефицит на опорно-двигателния апарат: 40 - 50 %

1.3. тежка степен - кардиомегалия, сърдечна недостатъчност, изразена артериална хипертония, значителни зрителни нарушения, захарен диабет, остеоартропатия - в зависимост от степента на функционалния дефицит на отделните органи и системи: 70 - 100 %

## 2. Нанизъм:

2.1. в детска възраст:

2.1.1. при изоставане под 2 стандартни отклонения: 0 %

2.1.2. при изоставане между 2 и 3 стандартни отклонения: 30 - 40 %

2.1.3. при изоставане от 3 до 4 стандартни отклонения: 60 - 80 %

2.1.4. при изоставане в растежа с повече от 4 стандартни отклонения: 90 - 100 %

2.2. телесна височина след приключване на растежа

2.2.1. от 140 до 131 см: 20 - 40 %

2.2.2. от 130 до 120 см: 50 - 60 %

2.2.3. от 119 до 110 см: 80 %

2.2.4. под 110 см: 100 %

Забележка 1. Тези стойности касаят лица с хармонично телесно развитие и нормално нервно-психическо развитие. Допълнително към тези проценти следва да се оценяват свързаните с ниския ръст други нарушения - непропорционално телесно развитие, намалени мнестични възможности и ендокринни нарушения.

## 3. Безвкусен диабет:

3.1. вроден или придобит, компенсирани със заместително лечение: 10 %

3.2. резистентен на лечение безвкусен диабет (състоянието следва да бъде документирано клинично): 30 - 50 %

4. Хипогонадизъм (първичен, вторичен) и гонадна дисгенезия - в зависимост от функционалния дефицит на костната и мускулната система и общото състояние: 20 - 60 %

## 5. Хипопитуитаризъм:

### 5.1. панхипопитуитаризъм: 60 - 80 %

Забележка 2. Парциален хипопитуитаризъм - процентът намалена работоспособност се определя в зависимост от секторалната хормонална недостатъчност, касаеща периферните жлези.

## Раздел VI

### Хипотрофии и дистрофии в детска възраст

1. Хипотрофия със загуба на тегло над 20 на сто: 60 - 80 %

2. Хипотрофия със загуба на тегло над 30 на сто: 100 %

## Раздел VII

### Рахит

1. Тежка форма на рахит, с патологични фрактури: 80 - 100 %

2. Витамин "Д" резистентен рахит с тежки необратими изменения в костите: 60 - 80 %

## Раздел VIII

### Други болести на обмяната

1. Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; смущение на обмяната и на елиминирането на въглехидратите; смущение на липидната обмяна; смущение на обмяната на плазмените белтъци; смущение на минералната обмяна; смущение във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс; други смущения на обмяната (кистозна фиброза, нарушения на обмяната на порфирина, пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушения на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза и др.). При възрастни в зависимост от функционалния дефицит на прицелните органи.

За деца до 16 години процентът на намалената възможност за социална адаптация е от 50 до 100 %.

### 2. Подагра

Степента на трайно намалената работоспособност се определя съобразно функционалния дефицит на прицелните органи - бърбреци и ставен апарат.

## Раздел IX

1. Адипозитас пермагна (индекс на телесна маса)(ИТМ) над 55кг кв. м): 50 - 100 %

Забележка. Окончателният процент на трайно намалената работоспособност у лица с екстремно затлъстяване се формира и от усложненията на сърдечно-съдовата и дихателната система, хронично-венозната недостатъчност и дегенеративните заболявания на опорно-двигателния апарат, изчислени по формулата и включени в посочения процент.

## Раздел X

1. Генерализирана остеопороза с реализирани спонтанни фрактури. Процентът на трайно намалената работоспособност се определя съобразно установения траен дефицит на опорно-двигателния апарат, отразен в първа част на таблицата.

Забележка. Вторичната остеопороза се включва в процента на основното заболяване.

## Раздел XI

### Генетични аномалии

1. Бройни или структурни хромозомни аберации

2. Наследствени дефекти на метаболизма

3. Единични и множествени вродени аномалии (дисметрични синдроми) - ако не могат да бъдат отнесени към друг раздел на настоящата таблица.

Забележка. Изброените аномалии за лица до 16-годишна възраст обуславят процент намалена възможност за социална адаптация съобразно трайния функционален дефицит на съответните органи и системи.

## Раздел XII

### Болести на хранопровода

1. Тракционни и пулсионни дивертикули без задръжка на храна и промени в общото състояние: 0 %

2. Дивертикули със задръжка на храна и усложнения, като възпалителни промени, значителна загуба на тегло и увредено общо състояние: 20 - 40 %

3. Функционални или органични стенози на хранопровода:

3.1. без изразени трудности в акта на хранене: 0 %

3.2. с изразени трудности в храненето - повръщане, отслабване на тегло, увредено общо състояние, възпалителни промени при неповлияване от консервативно и/или оперативно лечение: 30 - 80 %

### Раздел XIII

#### Болести на стомаха

1. Язвена болест без усложнения: 0 %

2. Язвена болест с персистиращо протичане и с усложнения - пилорна стеноза, чести кръвоизливи, перфорации и състояние, след резекция на стомаха (в зависимост от нарушенията в общото състояние и хемопоезата): 20 - 40 %

3. Болест на оперирания стомах - Дъмпинг синдром, синдром на сляпата бримка, пептични язви на йеюнума, тотална гастректомия с развит синдром на витаминен и електролитен недоимък и др.: 50 - 80 %

### Раздел XIV

#### Болести на червата

1. Ентероколити, дивертикулити, частична резекция на черво или други чревни смущения:

1.1. без синдром на малабсорбция, без съществени промени в общото състояние: 0 %

1.2. с по-силно изразени симптоми и леко отражение върху общото състояние: 20 %

1.3. хроничен ентероколит (глутенова ентеропатия), със синдром на малабсорбция, при увредено общо състояние: 50 - 80 %

1.4. резистентни на лечение форми у лица в напреднала възраст: 80 - 100 %

2. Хроничен улцерохеморагичен колит (ХУХК) и регионален ентерит (Болест на Крон):

2.1. с рецидивиращо протичане без усложнения: 20 - 40 %

2.2. с умерено изразен консумативен, анемичен и адинамичен синдром, чести разстройства: 50 - 70 %

2.3. с изразен консумативен, астено-адинамичен и анемичен синдром, белтъчно-електролитна дисоциация и усложнения при Болестта на Крон (субилеус, фистули към съседни тъкани и органи): 71 - 100 %

3. Цъолиакия:

3.1. без клинични симптоми при диетично лечение: 0 %

3.2. цьолиакия у деца в началния стадий на лечение до нормализиране на състоянието на детския организъм или с усложнение: 50 - 70 %

4. Пострезекционни състояния в детската възраст:

4.1. синдром на късо тънко черво: 100 %

4.2. синдром на късо дебело черво: 70 %

## Раздел XV

### Болести на черния дроб

1. Хроничен хепатит (вирусен, алкохолен, автоимунен) - според степента на активност, хистологичната находка, имунологичните показатели, чернодробната недостатъчност, начална портална хипертония: 20 - 70 %

2. Хемохроматоза и Болест на Уилсън без оформена чернодробна цироза и без промяна в общото състояние: 20 - 30 %

Забележка. При болестта на Уилсън с неповлияваща се от лечение неврологична симптоматика инвалидизирането може да достигне 100 % съобразно функционалния дефицит, описан в част седма "Нервни болести".

3. Чернодробна цироза:

3.1. I стадий по Чайлд: 50 - 70 %

3.2. II стадий по Чайлд: 71 - 90 %

3.3. III стадий по Чайлд: 91 - 100 %

4. Постоперативен холангиохепатит, със или без холестаза, подлежащ на медикаментозно или оперативно лечение: 40 - 80 %

5. Състояние след трансплантация на черния дроб, идентично с оценката в раздел XIX, т. 6.

## Раздел XVI

### Болести на панкреаса

1. Хроничен панкреатит без болки, без изразена екзокринна и ендокринна недостатъчност: 10 %

2. Хроничен панкреатит, с изразен болков синдром и изразено нарушаване на общото състояние: 30 - 50 %

3. Хроничен панкреатит, с изразен диаричен синдром и стеаторея, консумативен синдром и увредено общо състояние: 60 - 90 %

## Раздел XVII

### Злокачествени кръвни заболявания

1. Неходжкинови лимфоми с ниска степен на злокачественост:

1.1. без оплаквания, ограничено разпространение - I и I A клиничен стадий по Световната здравна организация (СЗО): 30 - 50 %

1.2. ограничено разпространение, с данни за клинична и биологична активност (I - II B клиничен стадий): 60 %

1.3. с умерено въздействие върху общото състояние след проведено цитостатично лечение, лъчелечение, спленектомия, в III - IV A и B клиничен стадий по СЗО, повлияни от лечението: 70 - 80 %

1.4. при тежко въздействие III - IV B клиничен стадий, неповлияни от лъчелечението: 90 - 100 %

1.5. до 5-ата година от постигане на ремисия: 30 - 50 %

2. Неходжкинови лимфоми с висока степен на злокачественост:

2.1. при ограничено разпространение със/без данни за активност I и II A или B клиничен стадий: 60 - 80 %

2.2. при разпространение на заболяването без/със данни за активност, отговарящи на III - IV A/B клиничен стадий: 90-100 %

2.3. до 5-ата година от постигане на ремисия: 40 - 50 %

3. Болест на Ходжкин (лимфогрануломатоза):

3.1. без оплаквания, ограничено разпространение - I - II A клиничен стадий по СЗО: 40 - 50 %

3.2. ограничено разпространение с данни за клинична и биологична активност (I - II B клиничен стадий): 60 - 70 %

3.3. с умерено въздействие върху общото състояние след проведено химиолечение, лъчелечение, спленектомия, III и IV A или B клиничен стадий по СЗО, повлияни от лечението: 80 - 90 %

3.4. при тежко въздействие върху общото състояние III - IV B клиничен стадий, неповлияни от лечението: 100 %

3.5. до 5 години от постигане на ремисия 30 - 60 %

4. Други злокачествени новообразувания на лимфоидната и хистиоцитната тъкан - както при неходжкиновите лимфоми с ниска и висока степен на злокачественост

5. Множествен миелом и имунопролиферативни новообразувания:

5.1. без оплаквания, не е необходимо лечение I клиничен стадий по Салмон за множествения миелом: 30 - 40 %

5.2. с умерени прояви, потребност от лечение II клиничен стадий по Салмон за множествения миелом: 50 - 70 %

5.3. с тежки прояви, типични болки, остеолиза, анемия (хемоглобин под 100 г/л), ограничение на бъбречната функция: 80 - 100 %

5.4. от постигане на ремисия до 5-ата година: 30 - 50 %

6. Хронична лимфоидна левкемия:

6.1. без оплаквания, не се нуждае от лечение (0 - I клиничен стадий по Рай): 20 - 40 %

6.2. с умерени прояви, потребност от лечение (II клиничен стадий по Рай): 50 - 70 %

6.3. III и IV клиничен стадий по Рай (хемоглобин под 100 г/л, тромбоцити под 100 гига/л), с автоимунна хемолитична анемия или автоимунна тромбоцитопения : 80 - 100 %

7. Остра левкемия (лимфоидна, миелоидна и моноцитна):

7.1. по време на лечението и до приключването му (постигане на ремисия): 100 %

7.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 60 %

8. Хронична миелоидна и моноцитна левкемия:

8.1. в хронична фаза: 50 - 80 %

8.2. при изострена фаза или бластна криза: 100 %



9. Други уточнени и неуточнени левкемии (остра и хронична еритремия, мегакариоцитна левкемия, левкемия с неуточнен тип клетки, тромбоцитемия и др.) - както посоченото за остра моноцитна, миелоидна и лимфоидна левкемия и хронична миелоидна и моноцитна левкемия

10. Първичен миелодиспластичен синдром (MDS) до постигане на ремисия:

10.1. рефрактерна анемия (RA): 80 - 100 %

10.2. рефрактерна анемия с ринг сидеробласти (RAS): 80 - 100 %

10.3. рефрактерна анемия с ексцес на бласти (RAEB): 100 %

10.4. рефрактерна анемия с ексцес на бласти с трансформация (RAEB-T): 100 %

10.5. хронична миеломоноцитна левкемия: 100 %

10.6. до 5-ата година след постигане на ремисия: 50 - 80 %

## Раздел XVIII

### Други болести на кръвта и кръвотворните органи

1. Желязо- и други недоимъчни анемии:

1.1. след чести кръвоизливи или рецидиви без възможност за постигане на ремисия при лечението: 10 - 30 %

1.2. при трайно задържане на хемоглобина под 100 г/л, необходимост от кръвопреливане: 50 - 80 %

2. Наследствени и придобити хемолитични анемии:

2.1. при стабилизирано състояние без изразени общи нарушения: 10 - 30 %

2.2. при хемоглобин под 100 г/л, необходимост от кръвопреливания, имunosупресия, умерено увредено общо състояние: 60 - 80 %

2.3. при значително увредено общо състояние, необходимост от периодични кръвопреливания, вторична хемосидероза, трайно имunosупресивно лечение: 90 - 100 %

3. Апластична анемия - при панмиелопатия или еритробластофтиза: 70 - 100 %

4. Дефекти на коагулацията:

4.1. лека степен - редки провокирани кръвоизливи (антихемофилен глобулин (АХГ) над 5 %): 20 - 30 %

4.2. средно тежка форма - с редки повтарящи се кръвоизливи (АХГ 1 - 5 %): 40 - 60 %

4.3. тежки форми - чести кръвоизливи, необходимост от регулярно заместително и друго лечение (АХГ), по-малко от 1 %: 80 - 100 %

5. Пурпура и други хеморагични състояния

Оценката се прави, както по т. 4.

6. Болести на белите кръвни телца (агранулоцитоза, функционални разстройства на полиморфноядрените неутрофили, генетични аномалии на левкоцитите и др.):

6.1. при леки стабилизиращи състояния: 20 - 30 %

6.2. при рецидивиращи форми и необходимост от често болнично лечение: 50 - 80 %

6.3. при тежки, неповлияващи се от лечението форми: 90 - 100 %

7. Загуба на далака (без наличие на кръвно заболяване):

7.1. при загуба преди навършването на 12-годишна възраст (съобразно склонността към инфекции и протичането им): 50 - 70 %

7.2. при по-късна загуба в първата година от отстраняването: 20 %

7.3. след изтичане на едногодишен период: 0 %

8. Разстройства на имунитета в детска възраст - тежка степен (вродени и придобити имунодефицитни болести): 60 - 80 %

9. Костно-мозъчна трансплантация - оценката е, както в раздел XIX, т. 6.

## Раздел XIX

Болести на бъбреците и пикочните пътища

1. Загуба или отпадане на един бъбрек при здрав друг бъбрек: 20 %

2. Загуба или отпадане на един бъбрек при увреден единствен бъбрек, но с компенсирана бъбречна функция при болестна находка в урината:

2.1. лесно овладяващи се медикаментозно уроинфекции: 30 %

2.2. рецидивиращи уроинфекции, нефролитиаза и т. н.:

2.2.1. при възрастни: 40 - 50 %

2.2.2. при деца: 50 - 80 %

Забележка. Състоянието след нефректомия заради малигнен процес се оценява по този раздел след приключване на срока на наблюдение, определен в раздел IX на част осма.

3. Хронични бъбречни инфекции при компенсирана бъбречна функция:

3.1. лека степен (интермитираща протеинурия и сигнификантна бактериурия) в зависимост от честотата на възпалителните тласъци: 0 - 10 %

3.2. в останалите случаи: 20 - 30 %

4. Бъбречно-каменна болест без ограничения в бъбречната функция:

4.1. с колики през големи интервали: 0 - 10 %

4.2. с по-чести колики и усложнения (уроинфекция, хидронефроза, ренопаренхимна артериална хипертония, анемичен синдром): 30 - 50 %

5. Функционални нарушения на бъбреците:

5.1. декомпенсирана бъбречна функция при креатенинов клирънс под 90 мл/мин и със запазени стойности на серумния креатинин: 20 - 30 %

5.2. хронична бъбречна недостатъчност в умерена степен - серумен креатинин от референтни стойности до 400 микромола/л, общо състояние леко увредено: 40 - 60 %

5.3. хронична бъбречна недостатъчност тежка степен - серумен креатинин от 401 микромола/л до 800 микромола/л, общо състояние силно увредено: 70 - 90 %

5.4. много тежка степен на хронична бъбречна недостатъчност със серумен креатинин над 800 микромола/л, тежко общо състояние, необходимост от постоянно лечение с изкуствен бъбрек (диализа): 100 %

Забележка 1. Пожизнен срок на инвалидността може да се определи само за случаи, които не подлежат на трансплантация (доказано с медицински документ).

6. Състояние след бъбречна трансплантация:

6.1. в първите 2 години: 100 %

6.2. след този период съобразно функционалното състояние на трансплантата, остатъчните функционални нарушения и настъпилите усложнения от имunosупресивното лечение: 50 - 100 %

7. Първични и вторични гломерулонефрити (със или без нефротичен синдром) без хронична бъбречна недостатъчност:

7.1. в период на активно лечение до постигане на ремисия или при рецидив: 50 - 80 %

7.2. след постигане на продължителна ремисия: 30 %

8. Метаболитни нарушения (цистинурия, оксалурия, тубулна ацидоза, нефрокалциноза, хиперкалциурия и др.) - при деца: 30 - 50 %

9. Вродени аномалии на отделителната система (бъбречна дисплазия едностранна или двустранна, хипоплазия, поликистозен бъбрек и др.) при компенсирана бъбречна функция:

9.1. без съществени оплаквания: 0 - 10 %

9.2. с клинична симптоматика:

9.2.1. при възрастни: 20 - 40 %

9.2.2. при деца: 40 - 70 %

10. Реновазална хипертония (доказана с реновазография), без траен функционален дефицит в прицелните органи - 40 %

11. Хронични интерстициални нефрити (биопсично доказани), без влошена бъбречна функция, но налагащи провеждане на патогенетични лечения:

11.1. в период на активно лечение до постигане на ремисия или рецидив: 50 - 80 %

11.2. след постигане на продължителна ремисия: 30 %

## Раздел XX

### Паразитни болести

1. Ехинококоза:

1.1. първична, локализирана в един орган, подлежаща на оперативно или медикаментозно лечение съобразно функционалния дефицит на засегнатия орган: 20 - 50 %

1.2. състояние след операция без рецидив и функционални нарушения: 0 - 10 %

Забележка 1. При рецидивираща или множествена, включително и иноперабилна ехинококоза, процентът на намалена работоспособност се определя според органната локализация и степента на функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи и системи (черен дроб, бели дробове, централна нервна система (ЦНС), слезка, опорно-двигателен апарат, отделителна система, зрителни органи и др.).

## 2. Трихинелоза:

2.1. миопатична дисфункция след прекарана трихинелоза; оценката се базира на функционалните ограничения на крайниците: 0 - 40 %

2.2. сърдечно-съдови усложнения след прекарана трихинелоза: 20 - 80 %

3. Амебен абсцес с локализация в черен дроб, главен мозък, бели дробове и по-рядко други органи - оценката се извършва според органната локализация и степента на функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи: 20 - 50 %

## 4. Шистозоматози - хроничен стадий

Процентът на загубена работоспособност се определя съобразно трайния функционален дефицит на засегнатите органи и системи (пикочо-полова, храносмилателна, дихателна и др. системи).

Забележка 2. Всички останали паразитози, които могат да доведат до намалена работоспособност, се оценяват според функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи и системи.

## Раздел XXI

### Инфекциозни болести

1. Бруцелоза - III фаза с органни поражения: 10 - 30 %

2. Синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН):

2.1. субклиничен имунен дефицит: 20 - 40 %

2.2. СПИН свързан комплекс - 50 - 80 %

2.3. разгърнатата форма: 90 - 100 %

## Раздел XXII

### Хронични професионални отравяния

1. Процентът на трайно загубена работоспособност следва да се определи в зависимост от стадия на отравянето, който от своя страна се обуславя от наличната органна патология и нейната тежест или от степента на функционалната непълноценност на засегнатия орган:

1.1. лека степен: 0 - 10 %

1.2. лека към средна степен: 20 - 30 %

1.3. средна степен: 40 - 50 %

1.4. средна към тежка и тежка степен: 60 - 80 %

2. Остатъчни прояви на прекарано остро отравяне:

2.1. леки: 0 - 10 %

2.2. умерени органни обратими увреждания: 20 - 40 %

2.3. тежки трайни увреждания: 60 - 100 %

## Раздел XXIII

### Заболявания на опорно-двигателния апарат

1. Инфекциозни артрити:

1.1. моноартикуларно засягане на големи стави на долните крайници без тендосиновит: 10 - 20 %

1.2. полиартикуларно засягане на големи и малки стави на крайниците, чести тендосиновити, хронично рецидивиращо протичане и наличие на хрущялно-костни лезии, доказани с рентгенографии, компютърни томографии или ядреномагнитни томографии: 30 - 50 %

2. Синдром на Райтер и реактивни артрити:

2.1. моноартикуларно засягане на големи стави на долните крайници без тендосиновит: 10 - 20 %

2.2. полиартикуларно засягане на големи и малки стави на крайниците, чести тендосиновити с хронично рецидивиращо протичане и наличие на хрущялно-костни лезии, доказани с рентгенографии, компютърни томографии и ядреномагнитни томографии: 30 - 50 %

Забележка. При установяване на траен функционален дефицит на опорно-двигателния апарат от другите отдели, включително и гръбначен стълб, състоянието се оценява по част 1.

### 3. Псориатичен артрит

Оценката на трайно намалената работоспособност при засягане на периферни стави е аналогична с тази в т. 4 (Ревматоиден артрит), а при засягане на гръбначния стълб - с т. 6.2 (Болест на Бехтерев)

### 4. Ревматоиден полиартрит:

4.1. първи рентгено-анатомичен: 10 %

4.2. втори рентгено-анатомичен стадий: 20 %

4.3. трети рентгено-анатомичен: 30 - 50 %

4.4. четвърти рентгено-анатомичен стадий (сублуксации, фиброзна и костна анкилоза, мускулна атрофия): 60 - 100 %

Забележка 1. В окончателната оценка влизат трайния функционален дефицит на опорно-двигателния апарат, оценен по част 1, и настъпилите усложнения от медикаментозното лечение, както и промените във висцералните органи.

5. Системни заболявания на съединителната тъкан (системен еритематоден лупус, прогресивна склеродермия, полимиозит и дерматомиозит, възлест периартрит, васкулити и други системни автоимунни болести) в зависимост от формата, протичането, засягането на отделните системи и функционалния дефицит:

5.1. от установяването на системно заболяване до постигане на ремисия при системно имunosупресивно лечение: 60 - 80 %

5.2. след постигане на ремисия без траен функционален дефицит и без усложнения от кортикотерапията: 40 - 50 %

5.3. при продължаващо имunosупресивно лечение с усложнения от основното заболяване и от лечението, както и при настъпване на рецидив: 60 - 80 %

5.4. тежки, хронични форми, неподдаващи се на лечение, с тежък функционален дефицит на съответните органи и системи: 90 - 100 %

### 6. Болест на Бехтерев (анкилозиращ спондилоартрит):

6.1. ранен стадий (независимо от локализацията - гръбначен стълб и периферни стави), без функционални нарушения и без оплаквания в хода на лечението: 10 %

6.2. централна форма (ангажиране на шиен, торакален и лумбален отдел на гръбначния стълб):

6.2.1. начално развитие с лек функционален дефицит: 20 - 40 %

6.2.2. при ограничение на движението в засегнатите отделни на гръбначния стълб, без кифоза и лордоза: 50 - 70 %

6.2.3. при липса на движение, с оформена кифоза и лордоза: 71 - 100 %

Забележка 2. В съображението влизат функционалните дефицити от страна на опорно-двигателния апарат, сърдечно-съдовата и дихателната система, оценени в съответните части на таблицата.

6.3. Гръбначно-периферна форма. Оценката на окончателния процент трайно намалена работоспособност се изчислява, като се вземат предвид процентите, отразени в т. 4 и 6.2.

## ЧАСТ ДЕСЕТА

### КОЖНИ БОЛЕСТИ

1. Екзема:

1.1. обикновена екзема, професионална екзема (дерматит):

1.1.1. с ограничено разпространение и рецидив до 2 пъти годишно: 0 - 10 %

1.1.2. с широко разпространение и чести рецидиви: 20 - 30 %

2. Атопичен дерматит (конституционален невродермит):

2.1. атопичен дерматит с широко разпространение, изявен продължително време: 20 - 30 %

2.2. атопичен дерматит с генерализирани кожни прояви и необходимост от многократно болнично или амбулаторно лечение: 40 - 50 %

3. Хронично рецидивираща уртикария:

3.1. с често появяващи се тласъци, доказани клинично: 20 - 30 %

3.2. тежко хронично, продължаващо с години, протичане: 30 - 40 %

4. Акне конглобата и професионално акне (маслено и хлорно) с често развитие на фистули: 30 - 40 %

5. Розацея - кератит: 30 - 40 %



6. Кожни промени при автоимунни заболявания (еритематоиди, дерматомиозит, прогресивна склеродеремия, болест на Бехчет, пиодерма гангренозум). По този начин следва да бъде оценена и винилхлоридната болест с кожни прояви:

6.1. ограничени в предилекционното място, при ограничено разпространение: 10 - 20 %

6.2. ограничени в предилекционното място, широко разпространени, съобразно козметичните и функционалните въздействия: 30 - 40 %

6.3. преминаващи извън предилекционните места, включително улцерации: 50 - 60 %

Забележка 1. Ограничението на ставните движения и въвличането на вътрешните органи се оценяват допълнително.

7. Булозни дерматози (пемфигус, пемфигоид и морбус Дюринг):

7.1. при ограничени кожни и лигавични поражения и ограничено разпространение: 20 %

7.2. при ограничени кожни и лигавични промени с трудно постигаща се ремисия: 30 - 50 %

7.3. при разпространени кожни и лигавични поражения, при невъзможност за постигане на ремисия въпреки адекватното лечение: 60 - 80 %

7.4. в напреднал стадий, с траен функционален дефицит на органи и системи, настъпил вследствие на лечението с кортикостероиди: 90 - 100 %

Забележка 2. При освидетелстването се вземат предвид усложненията от други органи и системи (храносмилателна, опорно-двигателна и др.), както и изоставането във физическото и нервно-психическото развитие.

8. Псориазис вулгарис:

8.1. разпространени промени с възможност за постигане на ремисия (за месеци) или засягане ноктите на ръцете: 20 %

8.2. при продължително протичане, разширено разпространение и пустулозни промени: 30 - 50 %

8.3. псориазис с ограничени промени: 0 - 10 %

Забележка 3. Ставното и гръбначното участие следва да се оцени допълнително.

9. Еритродермии:

9.1. при ниска интензивност на възпалителния процес: 30 - 50 %

9.2. при средна интензивност на възпалителния процес без значително повлияване на общото състояние: 60 %

9.3. при силно повлияване върху общото състояние: 70 - 80 %

10. Ихтиозис:

10.1. лека форма - със суха кожа, с умерена десквамация, но без значителна пигментация: 0 - 10 %

10.2. средно тежка форма със силна десквамация и пигментация: 20 - 40 %

10.3. тежка форма при участие на цялата кожа, особено по сгъвките на тялото и лицето: 50 - 80 %

11. Ограничени кератози:

11.1. с ограничени кожни лезии: 10 %

11.2. с разширени кожни лезии: 20 - 40 %

11.3. с разпространени кожни лезии и усложнения, довели до трайно намалени двигателни възможности: 50 %

12. Дерматомикози

12.1. с поражаване на всички пръсти на ръцете и краката, с разрушаване на всички нокти: 20 %

Забележка 4. При системни микози (кандидомикози, хистоплазмози, кокцидомикози) следва да бъдат оценени промените и на вътрешни органи.

13. Хронично-рецидивиращ еризипел:

13.1. без остатъчен лимфедем: 10 %

13.2. извън това съобразно разпространението на лимфедема: 20 - 40 %

14. Невуси и невоидни образувания и други състояния, водещи до обезобразяване на лицето: 30 - 50 %

15. Пигментни нарушения, разпространени по откритите части: 0 - 10 %

16. Злокачествени тумори на кожата

След отстраняване на злокачествен кожен тумор (с изключение на базоцелуларен карцином) в следващите пет години до доказване на клиничното оздравяване следва да се определи процент на трайно намалена работоспособност:

16.1. меланома

16.1.1. първи стадий T1-2, N0, M0 - 50 %;

16.1.2. втори стадий T3, N0, M0 - 80 %;

16.1.3. трети стадий T4, N0, M0 - 90 - 100 %;

16.1.4. четвърти стадий - всяко T, N1-2, M0 - 90 - 100 %;

16.1.5. четвърти стадий - всяко T, всяко N, M1 - 100 %;

16.2. спиноцелуларен карцином:

16.2.1. 0 - 1 стадий Tis - 1, N0, M0 - 0 - 10 %;

16.2.2. втори стадий T2-3, N0, M0 - 30 %;

16.2.3. трети стадий T4, N0, M0 - 50 %;

16.2.4. четвърти стадий - всяко T и N с M1 - 80 - 100 %;

16.3. дерматофибросарком:

16.3.1. първи стадий - T1a, N0, M0 и T1b, N0, M0 - 30 %;

16.3.2. втори стадий - T2a, N0, M0 и T2b, N0, M0 - 50 %;

16.3.3. трети стадий - всяко T, N0, M0 - 70 %;

16.3.4. четвърти стадий - всяко T, всяко N, M1 - 100 %.

Приложение № 2 към чл. 58, ал. 3

Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти

Отправните точки за оценка на намалената работоспособност в проценти не изчерпват всички възможни страдания и техните комбинации. Те имат указателен характер и по тях следва да работят органите на експертизата на работоспособността. Ръководейки се от тях и правейки сравнение със сродни страдания и състояния, те ще могат правилно да определят във всеки отделен случай степента на трайно намалената работоспособност и няма да допуснат голямо различие в оценката при приблизително еднакви увреждания.

При ползването на отправните точки следва да се има предвид следното:

I. Водеща при определяне степента на намалената работоспособност е експертната оценка на функционалния дефицит, обусловен от заболяването.

II. Констатираното заболяване, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка от приложение № 1 към чл. 58, ал. 1.

III. Когато са налице няколко увреждания, за всяко от които в Отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност е посочен отделен процент, но не е посочена такава комбинация от увреждания, общата оценка на трайно намалената работоспособност се определя, като за основа се взема най-високият процент по съответната отправна точка, и ако той не е 100 %, към него се прибавя от 10 до 20 % от сбора на процентите на останалите увреждания. Прибавеният процент е в зависимост от общото състояние на освидетелстваното лице, но не може да бъде по-висок от най-високия процент за останалите увреждания.

Първи пример: лицето има 4 увреждания, за които в отправните точки са посочени следните проценти: 50; 10; 10; 10. В този случай при определяне на общия процент към 50 % не може да се прибави повече от 10 % от сбора на процентите за останалите увреждания.

Втори пример: лицето има 5 увреждания, за които в отправните точки са посочени следните проценти: 40; 30; 20; 15; 10. В този случай към 40 % може да се прибави максимум до 20 % от сбора на процентите за останалите увреждания.

IV. При единични и множествени увреждания на чифтни органи, когато в приложение № 1 към чл. 58, ал. 1 от наредбата не е предвидена съответна комбинация, крайният процент на намалената работоспособност се изчислява по принципа, посочен в т. III, за всеки орган поотделно, след което се изчислява и крайният процент.

V. Крайният процент на намалената работоспособност не може да бъде по-висок от 100. Когато при множествени увреждания едно или две от тях обуславят 100 % намалена работоспособност, останалите се отразяват в експертното решение, но не се вземат предвид при изчисляване на крайния процент.

VI. Увреждания, които не са посочени като отправни точки и не обуславят функционален дефицит или дефицитът е незначителен, не се вземат предвид при определяне процента на намалената работоспособност.

VII. Оценката на намалената работоспособност се определя поотделно за всеки осигурителен риск.

VIII. Когато лицето има увреждания, получени при трудова злополука и при професионална болест, се прави обща оценка, тъй като трудовата злополука и професионалната болест са един и същ осигурителен риск.

ПРАВИЛНИК ЗА УСТРОЙСТВОТО И ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА НА ОРГАНИТЕ  
НА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА И НА  
РЕГИОНАЛНИТЕ КАРТОТЕКИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ ЕКСПЕРТИЗИ  
Обн. ДВ. бр.47 от 7 Юни 2005г.

Глава първа.  
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. С правилника се уреждат устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза на работоспособността и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (РКМЕ).

Чл. 2. Министерството на здравеопазването и регионалните центрове по здравеопазване (РЦЗ) организират и ръководят медицинската експертиза на работоспособността.

Чл. 3. (1) Експертизата на временната неработоспособност и преценката за необходимостта от трудоустрояване се извършват от лекуващите лекари (стоматолози), лекарските консултативни комисии (ЛКК), териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и от Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК).  
(2) Експертизата на трайно намалената работоспособност и определяне характера на заболяванията - професионален или общ, се извършват от ТЕЛК и НЕЛК.  
(3) Експертизата на степента на намалената възможност за социална адаптация на децата до 16-годишна възраст се осъществява от ТЕЛК, в която се включват специалисти по детски болести и социални работници и от НЕЛК.  
(4) Трудоустрояването на лица с временна неработоспособност и с трайно намалена работоспособност под 50 на сто се прави от лекуващите лекари и ЛКК, а на лица с 50 и над 50 на сто трайно намалена работоспособност - от ТЕЛК (НЕЛК).

Чл. 4. Териториалните експертни лекарски комисии и НЕЛК определят степента на трайно намалената работоспособност по предварително уточнени заболявания и стадии на тяхното развитие, отразени в медицинските документи.

Чл. 5. Устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза на работоспособността към лечебните заведения към Министерството на вътрешните работи (МВР), Министерството на отбраната (МО), Министерството на транспорта и съобщенията, Министерския съвет, Министерството на правосъдието и Министерството

на младежта и спорта се извършват по реда на правилника.

Глава втора.  
УСТРОЙСТВО НА ОРГАНИТЕ НА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА

Чл. 6. (1) В лечебните заведения се създават лекарски консултативни комисии със заповед на РЦЗ.  
на директорите на

(2) В състава на ЛКК влизат не по-малко от двама постоянни членове - лекари с призната специалност, един от които е председател.

(3) Лекарски консултативни комисии се създават в следните лечебни заведения за извънболнична помощ:

1. в амбулаториите за групова практика за специализирана медицинска помощ, при условие че в тях работят не по-малко от трима специалисти;

2. в медицинските центрове, стоматологичните центрове, медико-стоматологичните центрове и в диагностично-консултативните центрове в зависимост от възможностите се създават общи и специализирани ЛКК:

а) общата ЛКК е с постоянен състав и в нея се включват трима специалисти: терапевт, невролог, хирург (ортопед); председателства се от специалист по вътрешни болести с не по-малко от 7 години трудов стаж по специалността; общата ЛКК не разглежда случаите с психични и очни заболявания и гледане и придружаване на деца до 16-годишна възраст, които се разглеждат от съответната специализирана ЛКК; в заседанията на общата ЛКК участват и тримата специалисти;

б) специализирани ЛКК (неврологични, хирургични, очни, УНГ и т. н.) се създават, при условие че в дадените медицински специалности има кадрови възможности и при спазване на 2.  
реда по ал.

(4) По изключение лекар може да участва в две ЛКК - в лечебно заведение за болнична помощ и в лечебно заведение за извънболнична помощ, при условие че работи и в двете лечебни заведения.

(5) Лекари от лечебни заведения по чл. 8, ал. 1, т. 1 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) не могат да участват в съставите на ЛКК.

(6) При наличие на повече от един медицински център, стоматологичен център или диагностично-консултативен център на територията на населеното място по преценка на директора на РЦЗ може да се създават специализирани ЛКК с участието на специалисти от различните центрове или групови практики за специализирана помощ.

(7) В лечебните заведения за болнична помощ се създават специализирани ЛКК по отделения и клиники и обща ЛКК по смисъла на ал. 3, т. 2.

Чл. 7. (1) Ежегодно до 15 януари директорът на РЦЗ определя със заповед съставите на ЛКК по предложение на съответните ръководители на лечебните заведения.

(2) В заповедта по ал. 1 се посочват лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 1 ЗЛЗ, които насочват лицата към съответната ЛКК.

(3) Копие от заповедта се изпраща на съответните лечебни заведения, на ТЕЛК, на съответната РКМЕ по чл. 20 и на съответното териториално поделение на Националния осигурителен институт (ТП на НОИ).

Чл. 8. В лечебните заведения за болнична помощ към МВР, МО, Министерството на транспорта и съобщенията, Министерския съвет, Министерството на правосъдието, Министерството на младежта и спорта и университетските болници съставите на ЛКК се

определят със заповед на съответния ръководител на лечебното заведение.

Чл. 9. (1) Териториалните експертни лекарски комисии се откриват към държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ и диспансерите от директора на РЦЗ съгласувано с министъра на здравеопазването.  
(2) Териториалните експертни лекарски комисии са структурни звена на лечебните заведения, към които са създадени.  
(3) Профилът на ТЕЛК се определя по реда на ал. 1.

Чл. 10. (1) В състава на ТЕЛК се включват не по-малко от трима лекари, които са на пълен работен ден, един от които е председател, както и лекар - представител на съответното ТП на НОИ, представител на регионалната дирекция за социално подпомагане и технически сътрудници.

(2) При освидетелстване на деца до 16-годишна възраст в състава на ТЕЛК се включва и специалист по детски болести.  
(3) При освидетелстване на лица по повод определяне характера на заболяването (професионален или общ) в състава на ТЕЛК се включват специалисти по трудова медицина, радиобиология и радиационна хигиена и по професионални болести, които председателстват заседанията на комисията.

Чл. 11. (1) В ТЕЛК могат да работят само лекари с призната клинична специалност и с не по-малко от 10 години трудов стаж по съответния профил.  
(2) В общите ТЕЛК могат да работят лекари с призната специалност по една от следните медицински специалности: вътрешни болести, ортопедия и травматология, хирургия, неврология, неврохирургия, урология, онкология.  
(3) В специализираните ТЕЛК могат да работят лекари с призната специалност по профила на съответната ТЕЛК.  
(4) Лекарите - представители на ТП на НОИ, и специалистите по детски болести трябва да отговарят на условията по ал. 1 - 3.

Чл. 12. (1) Трудовите договори с председателите на ТЕЛК се сключват, изменят и прекратяват от ръководителите на лечебните заведения, към които са създадени, по предложение на директора на РЦЗ със съгласието на директора на НЕЛК.  
(2) Трудовите договори с членовете на ТЕЛК и договорите със специалистите по детски болести, по трудова медицина (радиобиология и радиационна хигиена) и по професионални болести се сключват, изменят и прекратяват от ръководителя на съответното лечебно заведение със съгласието на председателите на ТЕЛК.  
(3) Трудовите договори на лекарите - представители на ТП на НОИ, се сключват, изменят и прекратяват от ръководителя на съответното ТП на НОИ.  
(4) Трудовите договори на представителите на регионалната дирекция за социално подпомагане се сключват, изменят и прекратяват от директора на съответната регионална дирекция за социално подпомагане.

Чл. 13. (1) Лекарите от ТЕЛК отработват половин работен ден седмично в лечебно заведение за болнична помощ.  
(2) Лекарите от ТЕЛК преминават най-малко веднъж на две години 10-дневен курс за практическо обучение в НЕЛК.

Чл. 14. (1) Лекарите, работещи в ТЕЛК (НЕЛК), с изключение на специалистите по детски болести, по професионални болести и по трудова медицина, не могат да извършват друга дейност в рамките на работното време, предвидено за основната им длъжност. (2) В извънработно време лицата по ал. 1 не могат да осъществяват дейност, подлежаща на техния контрол - да издават болнични листове, да участват в ЛКК, да консултират и подготвят лицата за освидетелстване от ЛКК и ТЕЛК.

Чл. 15. (1) Общи и специализирани ТЕЛК се създават при норматив за годишна натовареност, както следва:

1. обща ТЕЛК - 2400 случая;
2. специализирана ТЕЛК за очни заболявания - 1800 случая;
3. специализирана ТЕЛК за психични заболявания - 1500 случая;
4. специализирана ТЕЛК за специфични и неспецифични белодробни заболявания - 1600 случая;
5. общи ТЕЛК за кадрови военнослужещи към МО и държавни служители (офицери и сержанти) по Закона за Министерството на вътрешните работи (ЗМВР) (създават се към Централната военномедицинска комисия (ЦВМК) към МО и към Централната експертна лекарска комисия (ЦЕЛК) към МВР) - 2400 случая.

(2) Когато броят на лицата за освидетелстване надвишава норматива за изграждане на дадена ТЕЛК, но не е достатъчен за създаване на нова, се осигуряват съответен брой допълнителни щатни длъжности. До осигуряването на допълнителните длъжности в ТЕЛК могат да се привличат лекари по договор.

Чл. 16. (1) Националната експертна лекарска комисия е здравно заведение, самостоятелно юридическо лице на бюджетна издръжка - второстепенен разпоредител с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването, със седалище София. (2) Дейността на НЕЛК се ръководи от директор, който се назначава от министъра на здравеопазването след провеждане на конкурс. (3) Трудовите договори с работещите в НЕЛК се сключват, изменят и прекратяват от директора на НЕЛК. (4) Националната експертна лекарска комисия осъществява диагностични, експертни, профилактични и контролно-методически функции по проблемите на експертизата на работоспособността.

Чл. 17. (1) В структурата на НЕЛК има административно-стопански сектор и специализирани лекарски състави по вътрешни, сърдечно-съдови, нервни, психични, ортопедо-травматологични, хирургични, очни, белодробни и ушни, носни и гърлени болести. (2) Броят и профилът на специализираните състави могат да се променят с щатното разписание, утвърдено от директора на НЕЛК, в зависимост от преобладаващите заболявания. (3) Всеки специализиран състав включва не по-малко от трима лекари, един от които е председател на състава. (4) В специализираните състави на НЕЛК работят лекари с призната специалност и с не по-малко от 10 години трудов стаж по съответния профил.



Чл. 18. (1) В специализираните състави на НЕЛК задължително се включва лекар - представител на НОИ, който отговаря на условията по чл. 17, ал. 4. Трудовите договори с лекарите - представители на НОИ, се сключват, изменят и прекратяват от управителя на НОИ.

(2) При освидетелстване на лица до 16-годишна възраст в съставите на НЕЛК се включва педиатър, а при обсъждане характера на заболяването (професионален или общ) - специалисти по трудова медицина (радиобиология и радиационна хигиена) и по професионални болести.

Чл. 19. Лекарите, работещи в НЕЛК, отработват половин работен ден седмично в университетските болници на територията на София.

Чл. 20. (1) Дейността по регистрация, обработка и съхраняване на здравната информация за освидетелстваните от ТЕЛК и НЕЛК лица се осъществява от регионални картотеки на медицинските експертизи.

(2) Регионалните картотеки на медицинските експертизи са структурни звена на РЦЗ.

(3) В щата на РКМЕ се предвиждат длъжности за лекари и технически изпълнители съобразно броя на ТЕЛК в района и обема на тяхната дейност.

(4) В РКМЕ могат да работят лекари с призната основна медицинска специалност или с не по-малко от 5 години клиничен стаж.

Чл. 21. (1) За осъществяване дейността на ТЕЛК директорът на лечебното заведение сключва договор за финансиране с министъра на здравеопазването.

(2) Дейността на лечебните заведения, свързана с изясняването и уточняването на здравословното състояние на лицата и с подготовката им за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК, се осигурява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

(3) Когато се налага проверка на достоверността на дадени изследвания и консултации, ТЕЛК (НЕЛК) правят мотивирано искане за извършване на нови изследвания.

(4) Високоспециализираните и скъпоструващите 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 ѝ бюджет.

(5) Лица, които не са осигурени по Закона за здравето осигуряване, заплащат консултациите и изследванията, свързани с експертизата на временната неработоспособност и подготовката им за освидетелстване по повод трайно намалена работоспособност.

Глава трета.  
ОРГАНИЗАЦИЯ НА РАБОТАТА НА ОРГАНИТЕ, ИЗВЪРШВАЩИ ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Раздел I.  
Правомощия на лекуващия лекар (стоматолог)

Чл. 22. (1) При извършване на експертизата на временната неработоспособност лекуващият лекар (стоматолог):

1. прави преценка на здравословното състояние на болния и на неговата работоспособност въз основа на клиничен преглед, резултатите от направените изследвания, заключенията на консултантите, характера на работата и условията на труд на болния;

2. вписва в личната амбулаторна карта (ЛАК) на болния при всеки преглед:

- а) данните от анамнезата, обективния статус, направените изследвания, предписаното лечение и диагнозата; епикризите от болничното лечение и талоните с изследванията и консултативните мнения на специалистите се прилагат в ЛАК;
- б) своята преценка за работоспособността на болния ("работоспособен" или "неработоспособен");
- в) номера и серията на болничния лист, началото и продължителността на временната неработоспособност;
- г) подписва се под посочените данни и поставя личния си печат;

3. описва болничния лист в контролния лист към ЛАК по следните реквизити: номер, начало и продължителност на временната неработоспособност, органа, който го е издал (лекуващ лекар или стоматолог, ЛКК, по решение на ТЕЛК), и диагноза;

4. изпраща служебно болничния лист на работодателя, при условие че болният заяви писмено, че липсва възможност болничният лист да бъде предоставен на работодателя, най-късно два работни дни от началото на разрешените отпусък;

5. трудоустроява работника с болничен лист, когато здравословното му състояние налага леки облекчения в трудовия му процес, но за не повече от един месец;

6. насочва болния към ЛКК, когато:

- а) осигуреният е ползвал непрекъснат отпусък за временна неработоспособност в продължение на 7 календарни дни, разрешени от един или повече лекуващи лекари (стоматолози);
- б) осигуреният е ползвал 40 дни отпусък за временна неработоспособност в една календарна година с прекъсване, разрешен еднолично, от един или повече лекари; осигуреният декларира в ЛАК продължителността на отпусъка по болест, ползван еднолично в една календарна година; в 40-дневния отпусък не се включват дните за временна неработоспособност поради бременност, раждане, осиновяване, лечение в чужбина и карантина;
- в) състоянието налага продължителен отпусък по болест;
- г) здравословното състояние на болния налага трудоустрояване за повече от един месец;

7. подготвя необходимата медицинска документация и вписва своето становище в ЛАК при насочване на болния към ЛКК по даден повод.

(2) Личният лекар насочва болния към ТЕЛК, когато приема, че е налице трайно намалена работоспособност (намалена възможност за социална адаптация), която не е предшествана от временна неработоспособност. Насочването се прави с медицинско направление за ТЕЛК - приложение № 1, което се изготвя съобразно разпоредбата на чл. 27, ал. 3.

(3) Болничен лист не се издава и не се прави насочване към ЛКК и ТЕЛК, ако болният не представи ЛАК и документ за самоличност, включително при стационарни условия.

(4) Личната амбулаторна карта се закупува и съхранява от лицето, заверява се от личния лекар, който вписва номер по ред и дата на издаването и регистрационния номер на лечебното заведение, поставя подписа си и личния си печат. При промяна на личния лекар ЛАК се презаверява от новоизбрания лекар.

(5) При изгубена или унищожена ЛАК личният лекар заверява новата, като посочва причината и поредността на картата. При изчерпване на картата личният лекар вписва в новата "продължение".

(6) Лицата имат право да притежават само по една ЛАК. Здравните книжки, издадени на лица, обслужвани от лечебни заведения към ведомствата по чл. 5, заместват ЛАК. Амбулаторният лист не замества ЛАК и се ползва само като помощен документ при

осъществяване на контролна дейност.

(7) На неосигурени лица по Кодекса за социално осигуряване (КСО) при временна неработоспособност лекуващият лекар издава медицинско удостоверение за период до 7 дни, след което при необходимост насочва лицето към ЛКК при спазване изискванията на ал. 1, т. 1 и 2.

(8) Решенията на лекуващите лекари и ЛКК се обжалват по реда на чл. 112 от Закона за здравето (33).

Раздел II.

Лекарски консултативни комисии

Чл. 23. (1) Лекарската консултативна комисия освидетелства лицата:

1. за продължаване на отпуск по болест над 7 дни;

2. за трудоустрояване за повече от един месец;

3. за снабдяване с помощни средства, приспособления и съоръжения;

4. за професионално ориентиране;

5. чиито болнични листове са издадени еднолично и са обжалвани;

6. когато са подали жалба срещу лекуващия лекар (стоматолог) по повод неправилна оценка на работоспособността им и отказ да се издаде болничен лист;

7. за подготовка на документи и насочване към ТЕЛК при предхождаща временна неработоспособност;

8. за изготвяне на документи съгласно други нормативни актове.

(2) Лицата по ал. 1 се освидетелстват от ЛКК след представянето на документ за самоличност.

(3) Лекуващите лекари (стоматолози) подготвят всички необходими документи и докладват случаите на ЛКК, но не участват при вземането на решението.

Чл. 24. (1) Общите лекарски консултативни комисии освидетелстват всички случаи, посочени в чл. 23, при условие че не са изградени специализирани ЛКК или създадените в момента не работят.

(2) Случаите с психични и очни заболявания и с гледане и придружаване на болно дете до 16-годишна възраст са обект само на специализирана ЛКК.

(3) Когато към лечебното заведение за извънболнична помощ на територията на дадено населено място не е изградена ЛКК, експертизата на работоспособността се извършва от общата или от специализираната ЛКК на лечебното заведение, оказващо болнична помощ.

Чл. 25. (1) Лекарските консултативни комисии разрешават непрекъснат отпуск за временна неработоспособност до 180 календарни дни и не повече от 30 дни еднократно. Изключение се допуска, когато календарният месец има 31 дни. В тези 180 дни се включват и дните по предхождащия еднолично издаден болничен лист.

(2) Лекарските консултативни комисии към амбулаториите за групова практика за специализирана медицинска помощ разрешават отпуск по болест само за заболявания от техния профил. Те разрешават непрекъснат отпуск по болест до шестия месец от началото на отпуска, след което при необходимост насочват болния към ТЕЛК.

Чл. 26. (1) Лекарските консултативни комисии вземат решения по здравословното състояние и работоспособността на лицата след задължителен клиничен преглед и представен документ за самоличност. Изключения се допускат при:

1. вземане на решение за отпуск по болест за минало време, при положение че прегледът няма да допринесе за изясняване на здравословното състояние на лицето към дадения период;

2. проведено лечение в чужбина;

3. при неявяване на редовно призовано лице за преглед по повод обжалвани болнични листове.

(2) Когато по преценка на ЛКК направените изследвания не са достатъчни за изясняване на характера или степента на заболяването, болните се изпращат за допълнителни амбулаторни или болнични изследвания и наблюдения.

(3) Когато се налага продължаване срока на отпуска за временна неработоспособност на тежко болни, чието здравословно състояние не позволява да се движат, освидетелстването се извършва в дома на болния.

(4) При издаване на болничен лист ЛКК вписва в ЛАК на болния всички реквизити по чл. 22, ал. 1, т. 2 и 3.

Чл. 27. (1) Лекарските консултативни комисии насочват болните към ТЕЛК в следните случаи:

1. след изтичане на 180 дни непрекъснат отпуск поради временна неработоспособност;

2. преди изтичане на 180 дни отпуск, ако има признаци за настъпила трайна неработоспособност;

3. когато лицето е ползвало 12 месеца отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни календарни години и в годината на боледуването;

4. когато лицето е трудоустроявано от ЛКК в продължение на две години и работоспособността му не е възстановена;

5. когато лицето е станало неработоспособно за работата, на която е трудоустроено от ЛКК.

(2) В случаите по ал. 1 ЛКК насочват болните - кадрови военнослужещи и държавни служители по ЗМВР, към ТЕЛК по чл.15, ал. 1, т. 5.

(3) Лекарската консултативна комисия насочва болните за освидетелстване от ТЕЛК с "Медицински протокол на ЛКК", в който се вписват: трите имена, адресът, ЕГН, професията на лицето и работи ли в момента, ползваният отпуск за временна неработоспособност до момента (колко дни и в кой период), анамнезата, обективната находка, диагнозата на водещото и на придружаващите заболявания, мнение относно работоспособността (временна или трайна) на лицето. Към медицинския протокол на ЛКК се прилагат резултатите от направените изследвания, които се вписват в утвърдените от министъра на здравеопазването образци, подписват се от лицето, което ги е направило, и задължително се отбелязва датата, на която са направени. При неспазване на посочените изисквания РКМЕ (ТЕЛК) връща протокола на ЛКК за допълване. Същите изисквания се отнасят и за направлението, което издава личният лекар, съгласно чл. 22, ал. 2.

(4) Лекарската консултативна комисия насочва болния към ТЕЛК не по-късно от 7 дни преди изтичането на отпуска по последния болничен лист.

Чл. 28. (1) Когато личният лекар или ЛКК преценят, че не са налице медицински показания за освидетелстване от ТЕЛК, се прилага чл. 112 33.

(2) Отказът на личния лекар и ЛКК се отразява в ЛАК. В тези случаи ТЕЛК (ЛКК) с частично решение връща случая на ЛКК (личния лекар) за диагностично уточняване.

Чл. 29. (1) Болничен лист, издаден без обосновка в ЛАК, при обжалване се отменя от горестоящия орган по експертизата на работоспособността.  
(2) Когато болният заяви, че не е в състояние да представи болничния лист на работодателя в срок два дни от издаването му, ЛКК процедира по реда на чл. 22, ал. 1, т. 4.

Раздел III.  
Териториални експертни лекарски комисии

Чл. 30. (1) Териториалните експертни лекарски комисии освидетелстват лицата по повод на:

1. временна неработоспособност;
2. трайно намалена работоспособност;
3. искане на застрахователи и на застраховани лица;
4. трудоустрояване на лица с 50 и над 50 на сто трайно намалена работоспособност;
5. определяне характера на заболяванията - професионален или общ;
6. други случаи, предвидени в нормативни актове.

(2) Териториалните експертни лекарски комисии освидетелстват и преосвидетелстват лицата в 3-месечен срок от постъпване на документите при тях. Решенията се връчват на лицата или на техни представители срещу подпис. При временна неработоспособност, която продължава, срокът за освидетелстване е 15 дни от датата на постъпване на документите в ТЕЛК.

(3) Когато за изясняване на отделни случаи се изискват допълнителни документи или изследвания, срокът по ал. 2 започва да тече от тяхното представяне.

(4) В случай че ТЕЛК прецени, че не е в състояние да вземе решение в деня на клиничния преглед на лицето, експертното решение се изпраща с писмо с обратна разписка, в която се отбелязват номерът и датата на експертното решение. В този случай медицинското досие се изпраща в РКМЕ след получаване на обратната разписка.

(5) Освидетелстването от ТЕЛК по повод искане на застрахователни компании и застраховани лица в тях се извършва срещу заплащане.

(6) Срокът на временната неработоспособност може да бъде до два месеца от датата на заседанието на ТЕЛК, освен ако в експертното решение е посочен по-кратък срок.

Чл. 31. (1) Освидетелстването и преосвидетелстването на лицата се извършват от ТЕЛК по района на постоянния им адрес или по настоящия им адрес, ако са регистрирани на този адрес най-малко 3 месеца преди подаване на молбите в РКМЕ.

(2) Обстоятелството по ал. 1 се доказва с документ за самоличност и удостоверение от общината.

(3) Изключение се допуска, когато лицето се намира на продължително (повече от 30 дни) болнично или домашно лечение и не е в състояние да се яви пред ТЕЛК по района на постоянния или настоящия си адрес.

(4) Лицата, които по медицински показания не са в състояние да се явят в ТЕЛК, се освидетелстват на място (в дома, в болнично или друго заведение). Това обстоятелство се доказва с медицинско удостоверение, издадено от лекуващия лекар или вписано в протокола на ЛКК (направлението на личния лекар).

(5) Освидетелстването на лицето във връзка с обжалвани болнични листове се извършва от ТЕЛК по района на лечебното заведение, издало болничните листове.

Чл. 32. (1) Общините поемат разходите за командироване на експертите от ТЕЛК от друга

община при освидетелстване на лица, живеещи на територията на тяхната община.  
(2) Специализираните ТЕЛК за очни, психични и белодробни болести освидетелстват болните със заболявания от техния профил в областните многопрофилни болници за активно лечение по района на местоживеене на освидетелстваните лица.  
(3) Директорите на многопрофилните болници по ал. 2 осигуряват кабинети, пособия и апаратура, необходими за работата на ТЕЛК.  
(4) Разходите за командировки на специалистите от специализираните ТЕЛК, на шофьорите, на техническите лица и за гориво на колите се заплащат от лечебните заведения, на чиято територия се прави освидетелстването.

Чл. 33. (1) Ръководителите на лечебните заведения, към които са създадени ТЕЛК, осигуряват своевременно цялостно амбулаторно или болнично изследване на освидетелстваните лица, както и необходимите условия за работа на ТЕЛК - работни помещения, инвентар, пособия, канцеларски материали, транспорт, както и заместване на отсъстващите членове на ТЕЛК.  
(2) Ръководителите на лечебните заведения са длъжни да предоставят на ТЕЛК и на НЕЛК необходимата медицинска документация, отнасяща се до здравословното състояние на освидетелстваното лице.

Чл. 34. (1) За лицата по трудови и по служебни правоотношения към момента на освидетелстването осигурителите изготвят и предоставят на ТЕЛК (НЕЛК) производствена характеристика.  
(2) Бланката на производствената характеристика се предоставя на осигурителя от ТЕЛК или от НЕЛК с писмо или от освидетелстваното лице.

Чл. 35. (1) В заседанията на ТЕЛК по покана на председателя могат да участват представители на работодателя, на организациите на и за хората с увреждания, както и други лица, имащи отношение по конкретните въпроси, свързани с освидетелстването.  
(2) При снемането на анамнезата и при клиничния преглед на освидетелстваното лице участват само лекари.

Чл. 36. (1) В извършването на клиничния преглед и при вземането на решение участват всички членове на ТЕЛК. При липса на единодушно становище експертното решение се подписва с "особено мнение" от специалиста, изразил мотивирано несъгласие с останалите членове на ТЕЛК.  
(2) Експертните решения на ТЕЛК, подписани с "особено мнение", се изпращат в НЕЛК за окончателно решение. Към такива експертни решения се прилага писмена мотивировка на особеното мнение.  
(3) Заседанията на ТЕЛК са редовни, когато присъстват не по-малко от трима членове.

Чл. 37. (1) Председателят на ТЕЛК:  
1. разпределя преписките между членовете на ТЕЛК;  
2. съобщава на лицата с писмо с обратна разписка деня на прегледа и изследванията и консултациите, които трябва да направят;  
3. осигурява цялостното изследване и прегледа на болния, колективното обсъждане на данните от клиничния преглед и наличната медицинска и друга документация;  
4. контролира пълното и точно попълване на експертното решение;

5. връчва срещу подпис експертните решения на ТЕЛК, като изяснява на лицата решенията на комисията, дава указания за предприемането на съответни действия, свързани с тяхното пенсиониране или трудоустрояване, с реда за обжалване решенията на ТЕЛК и др.;

6. организира освидетелстването на лицата на място;

7. отказва да открие процедура по просрочена жалба;

8. организира проверки в лечебните заведения по експертизата на временната неработоспособност и работата на ЛКК и на личните лекари по подготовката на медицинските документи за ТЕЛК; уведомява ръководствата на лечебните заведения за констатираните пропуски и грешки и предлага мерки за отстраняването им;

9. съвместно с експертите по експертиза на работоспособността към РЦЗ, към РКМЕ и към ТП на НОИ предлага и провежда мероприятия за повишаване квалификацията на лекарите от района по проблемите на експертизата на работоспособността;

10. организира и провежда мероприятия за повишаване квалификацията на лекарите в ТЕЛК;

11. изготвя и предоставя:  
а) графика за работа на ТЕЛК, като определя един ден от седмицата за домашни посещения;

б) отчетите за работата на ТЕЛК, като един екземпляр от годишния отчет изпраща на НЕЛК, ТП на НОИ и РЦЗ;

12. съвместно с експертите към РКМЕ и РЦЗ организира обсъждане на решенията на НЕЛК, касаещи обжалвани решения на ръководената от него ТЕЛК, и взема съответни мерки за недопускане на констатираните пропуски и грешки;

13. запознава се с условията и особеностите на професионалния труд на освидетелстваните лица, отразени в производствените характеристики;

14. участва в заседанията на медицинския съвет на лечебното заведение;

15. отговаря за организацията и качеството на работата на ТЕЛК пред директора на РЦЗ и пред директора на лечебното заведение, към което е създадена ТЕЛК.

(2) Лекарите в ТЕЛК:

1. извършват клиничен преглед и при необходимост назначават допълнителни изследвания и консултации със специалисти извън ТЕЛК с оглед най-правилна преценка на работоспособността на освидетелстваните лица;

2. извършват клиничен преглед на място;

3. участват в проверки в лечебните заведения по организацията и качеството на експертизата на работоспособността;

4. осъществяват методическа помощ на ЛКК по подготовката и изпращането на болните за освидетелстване от ТЕЛК;

5. при покана от страна на работодателите участват в комисиите за определяне на работните места за трудоустроени лица.

Чл. 38. Териториалната експертна лекарска комисия може да вземе решение само по документи без преглед на лицата в следните случаи:

1. когато има сключени спогодби с други страни, в които е установен такъв ред;

2. при посмъртно освидетелстване и преосвидетелстване, ако лицето е подало молба в РКМЕ приживе или е подлежало приживе на редовно преосвидетелстване за получаване на пенсия;

3. когато лицето, редовно призовано, не се яви за освидетелстване, с изключение на случаите, при които по здравословни причини то не може да ръководи постъпките си и да

отговаря за тях; в тези случаи ТЕЛК е задължена да изиска служебно първичната медицинска документация от органите, издали болничните листове, и от личния лекар;

4. при лечение в чужбина над два месеца.

Чл. 39. (1) След вземане на решение ТЕЛК връща в РКМЕ медицинското експертно досие заедно с експертни решения за досието, за работодателя (ако лицето работи), за ТП на НОИ, за Националния център за здравна информация (НЦЗИ) и за други заинтересувани лица и органи съобразно конкретния случай.

(2) Медицинската документация на лицата, които са подали молба за освидетелстване (преосвидетелстване) или са подлежали на редовно преосвидетелстване за пенсия и след редовно призоваване не са се явили на преглед в ТЕЛК (НЕЛК), се връща в РКМЕ.

(3) Регионалната картотека на медицинските експертизи уведомява писмено ТП на НОИ за неявилите се за преосвидетелстване пенсионери, редовно призовани с обратна разписка.

(4) Когато освидетелстваното лице има професия, свързана с автомобилния, железопътния или водния транспорт, един екземпляр от експертното решение на ТЕЛК (НЕЛК) се изпраща на съответната транспортна областна лекарска експертна комисия.

Чл. 40. (1) Когато лицето страда от заболявания, изискващи участието на различни видове ТЕЛК (общи и специализирани), експертното решение се постановява от последната ТЕЛК, в която се е явило лицето. Останалите дават консултативно мнение, оформено в експертно решение.

(2) Консултативното мнение по ал. 1 не подлежи на обжалване по реда на чл. 112 ЗЗ.

Раздел IV.  
Национална експертна лекарска комисия  
Чл. 41. Специализираните състави на НЕЛК:  
1. разглеждат и решават:  
а) обжалваните решения на ТЕЛК;  
б) немотивираните решения на ТЕЛК, установени при контролно-методическите проверки в РКМЕ и при други обстоятелства;  
в) решенията на ТЕЛК по сигнал за нарушения, свързани с експертизата на работоспособността;  
2. оказват методическа помощ и контрол по организацията и качеството на експертната дейност на ТЕЛК;  
3. участват в разработването на нормативната уредба относно експертизата на работоспособността;  
4. провеждат обучение на работещите в ТЕЛК;  
5. освидетелстват на място лица, които по медицински показания не са в състояние да се явят в НЕЛК по реда на чл. 31, ал. 4; освидетелстване на лица на място може да се извърши и по преценка на директора на НЕЛК;  
6. участват в проверки по експертизата на временната неработоспособност в лечебните заведения в страната;  
7. оказват методическа помощ и контрол на дейността на РКМЕ; извършват проверки на медицинската документация, която се съхранява в медицинските експертни досиета на лицата;  
8. отказват откриване на процедура при недопустимост на жалбата;  
9. прекратяват процедурата в НЕЛК за лицата по чл. 48, ал. 2.



Чл. 42. Председателите на съставите на НЕЛК:  
1. планират, организират и ръководят цялостната дейност на състава;  
2. осигуряват клинично-експертното изясняване на отделните случаи и колективното им обсъждане и решаване от състава;  
3. носят отговорност за своевременността и качеството на експертните решения;  
4. организират и провеждат мероприятия за повишаване квалификацията на лекарите от състава и от ТЕЛК по съответната специалност;  
5. осигуряват условия за работа на членовете на състава.

Чл. 43. (1) При обжалване решения на ТЕЛК Националната експертна лекарска комисия се произнася по всички поводи, предвидени в чл. 56 от наредбата по чл. 101, ал. 5 ЗЗ, включително по състоянието на работоспособността на лицето в момента на освидетелстването му.

(2) При обжалване решения на ТЕЛК по експертната временна неработоспособност НЕЛК се произнася по всички приложения от жалбоподателя болнични листове независимо от това, дали са обсъждани в решенията на ТЕЛК, както и по състоянието на работоспособността на лицето в момента на освидетелстването му.

(3) По изключение, когато се обсъждат болнични листове за минало време и лицето се е върнало на работното си място, НЕЛК не се произнася по работоспособността му към момента на освидетелстването.

Чл. 44. (1) Националната експертна лекарска комисия може да събира допълнителни данни за заболяването и работоспособността на лицата, както и да иска мнението на специалисти от лечебни заведения, научноизследователски институти и на националните консултанти.

(2) Лекарите от ТЕЛК и НЕЛК насочват болните за диагностично уточняване в лечебни заведения по своя преценка.

Чл. 45. (1) Националната експертна лекарска комисия постановява своите решения в срок 3 месеца от датата на постъпване на медицинските документи.

(2) При временна неработоспособност срокът по ал. 1 е 15 дни.

(3) В случаите, когато се провеждат допълнителни амбулаторни или болнични изследвания или се изискват допълнителни документи, срокът започва да тече от датата на получаването им.

Чл. 46. (1) Спорните в клинично-експертно отношение случаи се обсъждат от експертен съвет в НЕЛК, в който участват председателите на специализираните състави и лекарите - представители на НОИ.

(2) В заседанията на експертния съвет, който е консултативен орган на НЕЛК, могат да участват националните консултанти и водещи специалисти по профила на разглежданите случаи, представители на съюзите на хората с увреждания и на други заинтересувани организации.

Чл. 47. (1) Националната експертна лекарска комисия се произнася с експертно решение, постановено от специализиран състав, определен съобразно водещата диагноза.

(2) Консултациите на останалите специализирани състави на НЕЛК се вписват в експертното решение и са неразделна част от мотивите му. Експертното решение не се

подписва от консултиращите състави.  
(3) При необходимост в дейността на даден специализиран състав могат да участват специалисти от сродни състави съгласно заповед на директора на НЕЛК.

Чл. 48. (1) Националната експертна лекарска комисия може да се произнася въз основа на медицинската и друга документация без клиничен преглед в случаите по чл. 38. По изключение НЕЛК може да се произнесе по документи, когато случаят не налага клиничен преглед на лицето и не са необходими нови данни и документи.  
(2) Когато дадено лице, обжалвало решение на ТЕЛК, не се яви за преглед и медицинската документация не е достатъчна, за да се вземе решение, процедурата се прекратява с разпореждане и медицинската документация се връща в РКМЕ.

Чл. 49. Националната експертна лекарска комисия може да потвърди решението на ТЕЛК, да го отмени и да го върне за ново освидетелстване на лицето с указание за отстраняване на допуснатите грешки и пропуски в решението, да го отмени и да издаде ново решение, както и да го обяви за невалидно.

Чл. 50. (1) Националната експертна лекарска комисия изпраща по един екземпляр от своето решение на освидетелстваното лице, на НЦЗИ, на ТП на НОИ, на работодателя, ако лицето работи, и на други организации съобразно конкретния случай.  
(2) По един екземпляр от решението остава в медицинското експертно досие на лицето и в архива на НЕЛК, където се съхранява 40 години.  
(3) Експертното решение се изпраща с писмо с обратна разписка, на която са записани номерът и датата на експертното решение.

Чл. 51. Технически грешки и непълноти в решенията на ТЕЛК и НЕЛК се поправят с ново решение.

Чл. 52. Националният център по здравна информация към Министерството на здравеопазването обработва данните от експертните решения на ТЕЛК и НЕЛК и предоставя информацията на Министерството на здравеопазването, на НОИ и на Агенцията на хората с увреждания ежегодно до 30 юли следващата календарна година.

Раздел V.  
Регионални картотеки на медицинските експертизи

Чл. 53. (1) Съставянето, съхраняването и движението на медицинската документация на освидетелстваните лица от ТЕЛК (НЕЛК) се осъществяват от РКМЕ.  
(2) В РКМЕ се съхраняват медицинските експертни досиета, подредени по единен граждански номер.  
(3) За всяко лице, което ще се освидетелства за първи път от ТЕЛК, се попълва контролен картон, в който се отразява движението на медицинската документация.

Чл. 54. (1) Лицата подават молба-декларация по образец съгласно приложение № 2 в РКМЕ за:

1. освидетелстване;
2. редовно преосвидетелстване, когато, служебно повикано, лицето не се е явило в ТЕЛК;
3. преосвидетелстване, когато се иска промяна на датата на инвалидизирането, срока на

инвалидизирането, противопоказаните условия на труд или причинната връзка;  
4. предсрочно преосвидетелстване за влошено или подобро състояние;  
5. преосвидетелстване по повод социални придобивки и други поводи, предвидени в нормативни актове.

(2) Лицата по ал. 1 се явяват за редовно преосвидетелстване по повод получаване на пенсия след служебно повикване.

(3) Лицата по ал. 1 заедно с молба-декларацията представят в РКМЕ и медицинска документация, доказваща здравословното им състояние, а тези, които се явяват за освидетелстване - и протокол на ЛКК (направление от личния лекар).

(4) При получаване в РКМЕ на молба, протокол на ЛКК или друга медицинска документация се извършва проверка относно наличието на медицинско експертно досие или друга документация на името на това лице, за да се свърже с нея.

(5) Експертите в РКМЕ изпращат документите за освидетелстване или преосвидетелстване на лицата на съответната ТЕЛК в срок 3 дни от получаването им.

(6) Когато медицинското експертно досие е представено във връзка със съдебно производство или е изгубено, РКМЕ насочва лицето за преосвидетелстване с медицинската документация, която се съхранява от него и в пенсионната му преписка.

Чл. 55. (1) Медицинските експертни досиета се образуват в регионалните картотеки по постоянен адрес или по настоящия адрес, ако лицата са регистрирани на този адрес най-малко 3 месеца преди подаване на молбата, и се съхраняват в регионалните картотеки по постоянния адрес на лицата.

(2) В медицинското експертно досие се съхраняват:

1. молба-декларацията;

2. медицинските протоколи на ЛКК;

3. резултатите от направените изследвания;

4. експертните решения на ТЕЛК;

5. експертните решения на НЕЛК;

6. протоколите на НОИ за извършено проучване на условията на труд по повод професионално заболяване и трудова злополука и разпореждането на НОИ за трудова злополука;

7. производствената характеристика (за лица в трудови правоотношения);

8. други медицински документи, допълнително изискани от ТЕЛК (НЕЛК) - преписи от истории на заболяването, епикризи, преписи от съдебномедицински протоколи и др.

Чл. 56. (1) Когато лицето подлежи на освидетелстване или преосвидетелстване от специализирана ТЕЛК или ТЕЛК извън района на постоянния му адрес, регионалната картотека изпраща медицинското експертно досие на съответната ТЕЛК.

(2) Когато лицето е освидетелствано от ТЕЛК извън района на постоянния му адрес, медицинската документация се изпраща в регионалната картотека по постоянния му адрес за съхраняване.

(3) В случаите, когато лицето е било освидетелствано от ТЕЛК в друг район за продължаване на отпуска по болест и са изминали повече от два месеца от срока на разрешените отпуск, и лицето не се е явило за ново освидетелстване, цялата му медицинска документация се изпраща на регионалната картотека по постоянния му адрес.

Чл. 57. Регионалната картотека по постоянния адрес на лицето изпраща на ТП на НОИ

първия екземпляр от експертното решение на ТЕЛК, след като е проверила, че всички страни са уведомени и срокът за обжалване по чл. 61, ал. 1 е изтекъл. С писмо с обратна разписка се изпраща експертно решение на работодателя, НЦЗИ и на други заинтересувани лица и органи съобразно конкретния случай.

Чл. 58. (1) Медицинските експертни досиета се предоставят за служебно ползване при поискване на Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика, НОИ и неговите териториални поделения, НЕЛК, съдебните органи и органите на МВР и прокуратурата. (2) Териториалните поделения на НОИ създават организация и обезпечават техническа възможност за получаване и връщане на медицинските експертни досиета, необходими за работата на медицинските комисии по чл. 98, ал. 4 КСО.

Чл. 59. (1) Медицинските експертни досиета и азбучните картони на лицата, на които е определен процент трайно намалена работоспособност, се съхраняват в регионалната картотека за срок 40 години от последното решение на ТЕЛК (НЕЛК). (2) Медицинските експертни досиета на лицата, на които не е определен процент трайно намалена работоспособност, се съхраняват в регионалната картотека за срок 5 години. (3) След изтичането на сроковете по ал. 1 и 2 комисия, назначена по чл. 11 от Закона за Държавния архивен фонд, извършва подбор и определя за постоянно запазване медицинските експертни досиета, които имат научна стойност. (4) Документите, определени за постоянно запазване съгласно ал. 3, се описват и предават за съхраняване в съответния държавен архив, а останалите се унищожават. (5) Медицинските експертни досиета на починалите лица с трайно намалена работоспособност се изпращат на наследниците, а ако няма такива, се унищожават. (6) В азбучния картон се вписва къде и кога са предадени за съхраняване медицинските експертни досиета.

Раздел

VI.

Задължения на ръководителите на лечебните заведения относно експертизата на работоспособността

Чл. 60. Ръководителите на лечебните заведения носят отговорност за правилната организация, качеството и контрола на експертизата на работоспособността, като:

1. осигуряват необходимите материали и създават организация за своевременно запознаване с действащите нормативни актове по експертизата на работоспособността;
2. осъществяват системен контрол за своевременност и качество на експертизата на работоспособността и по отношение на воденето на медицинската документация и вземат мерки за отстраняване на допуснатите пропуски и грешки;
3. осигуряват възможност за своевременно амбулаторно или болнично изследване на болните, които ще бъдат освидетелствани от ЛКК, ТЕЛК и НЕЛК;
4. осъществяват контрол върху организацията и качеството на работата на ЛКК и на ТЕЛК, ако има такава в лечебното заведение;
5. разглеждат жалбите на заинтересуваните лица и органи, отнасящи се до експертизата на работоспособността, и вземат съответни мерки за отстраняване на причините, които ги пораждат;
6. на всеки 6 месеца съвместно с главните експерти по експертизата на работоспособността към РЦЗ, към РКМЕ и към ТП на НОИ и с председателите на ТЕЛК

организирано провеждане на общ колегиум за анализ на допуснатите пропуски и грешки при извършване на експертизата на работоспособността.

Глава четвърта.  
ОБЖАЛВАНЕ НА РЕШЕНИЯТА НА ОРГАНИТЕ НА ЕКСПЕРТИЗАТА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Чл. 61. (1) Обжалванията и възраженията от страна на заинтересуваните лица и органи се правят:

1. срещу решенията на лекуващия лекар - в 14-дневен срок от получаването им, пред ЛКК;
2. срещу решенията на ЛКК - в 14-дневен срок от получаването им, пред ТЕЛК;
3. срещу решенията на ТЕЛК - в 14-дневен срок от получаването им, пред НЕЛК;
4. срещу решенията на НЕЛК - в 14-дневен срок от получаването им, пред Софийския градски съд по реда на Закона за административното производство.

(2) Обжалванията и възраженията по ал. 1, т. 1 се правят чрез регионалния съвет по чл. 111 ЗЗ, по ал. 1, т. 2 - чрез РКМЕ, а по т. 3 - чрез РКМЕ или чрез директора на НЕЛК.

(3) Заинтересуваните лица и органи могат да обжалват в 14-дневен срок решенията на ЛКК, с които се нарушават изискванията и редът при издаване на болнични листове, и пред регионалния съвет по чл. 111 ЗЗ.

(4) Срокът за обжалването по ал. 1 и 3 започва да тече от датата на получаване на експертното решение.

(5) Когато обжалваният болничен лист е издаден от член на ЛКК, преценката по него се прави от друга ЛКК.

(6) Експертният орган, постановил отмененото решение, не може да обжалва по реда на ал. 1 и 3.

Чл. 62. (1) Регионалният съвет изпраща жалбата на ЛКК в 3-дневен срок от получаването ѝ.

(2) Регионалната картотека на медицинските експертизи изпраща жалбата в ТЕЛК (НЕЛК) в 3-дневен срок от получаването ѝ заедно с цялата налична медицинска документация.

(3) В случаите, когато жалбата е подадена чрез друг орган, тя се изпраща до съответния орган по чл. 61, ал. 1, като срокът за обжалване се приема за спазен.

Чл. 63. Лекарските консултативни комисии се произнасят с мотивирано решение по здравословното състояние и работоспособността на лицата по повод обжалвани болнични листове в 10-дневен срок от датата на получаване на медицинската документация.

Чл. 64. Когато НЕЛК е отменила решението на ТЕЛК и е върнала преписката за ново освидетелстване или преосвидетелстване на лицето, медицинското експертно досие се изпраща от РКМЕ на съответната ТЕЛК в срок два дни от получаването му.

Чл. 65. (1) Лекарските консултативни комисии, РКМЕ и НЕЛК с писмо с обратна разписка изпращат експертното решение на работодателя (ако лицето работи) на ТП на НОИ, на лицето и на други заинтересувани лица и органи съобразно конкретния случай.

(2) Националната експертна лекарска комисия информира ТП на НОИ за нейни обжалвани решения пред Софийския градски съд.

Чл. 66. (1) Органите по експертизата на работоспособността могат по своя инициатива да отменят или изменят неправилни решения на по-долустоящите органи, както и да връщат

техните решения за отстраняване на грешки и непълноти.  
(2) Директорът на НЕЛК може да разпорежи преразглеждане на непълни, неправилни или противоречиви решения, постановени от нейните състави.  
(3) При технически грешки РКМЕ връща експертното решение на ТЕЛК (НЕЛК) за поправка, която се прави с частично решение.

Чл. 67. Обжалването на решенията на органите на експертизата спират плащанията по тях.

Глава \_\_\_\_\_ пета.  
КОНТРОЛ

Чл. 68. Контролът върху медицинската експертиза се осъществява от Националния съвет по медицинска експертиза, от министъра на здравеопазването, министъра на труда и социалната политика, НЗОК, НОИ, РЦЗ и от регионалните съвети по чл. 111 ЗЗ.

Чл. 69. Експертите към РЦЗ, ТП на НОИ, РЗОК и към РКМЕ осъществяват методическа помощ и контрол по експертизата на временната и трайната неработоспособност на всички лечебни заведения на територията на района, като:

1. правят проверки по създадената организация на работа и кадровото състояние на ЛКК, по качеството на експертизата на работоспособността, осъществявана от лекуващите лекари, ЛКК и ТЕЛК, и по воденето на медицинската документация;
2. експертите съставят констативни протоколи за резултатите от проверките в 4 екземпляра: за ръководителя на лечебното заведение, за директорите на РЦЗ, на ТП на НОИ и на РЗОК;
3. дават задължителни предписания и следят изпълнението им;
4. съвместно организират и провеждат мероприятия за повишаване квалификацията на лекарите от района по проблемите на експертизата на работоспособността;
5. докладват на директорите на РЦЗ, на директорите на ТП на НОИ и на РЗОК жалби във връзка с експертизата на работоспособността и предлагат мерки за отстраняване на причините, които ги поражда;
6. участват в обсъждането на решенията на НЕЛК относно правомерността на решенията на ТЕЛК за лица, живеещи на територията на района.

Чл. 70. (1) Решенията на ТЕЛК се проверяват от експертите към РКМЕ (РЦЗ) в 14-дневен срок от постъпването им в РКМЕ. На обжалваните решения се поставя гриф "за НЕЛК", дата и подпис, а на останалите - гриф "няма основание за обжалване", дата и подпис. Всички екземпляри на експертното решение се подписват от съответния експерт на РКМЕ.  
(2) В придружителното писмо, с което се изпращат експертното решение и медицинската документация в НЕЛК, се описват мотивите за обжалване на решението.  
(3) Проверката на експертните решения включва всички поводи, предвидени в чл. 56 от наредбата по чл. 101, ал. 5 ЗЗ, както и датата и подписа на освидетелстваното лице.

Заклучителни \_\_\_\_\_ разпоредби  
§ 1. До 31 декември 2005 г. ТЕЛК и НЕЛК освидетелстват и преосвидетелстват лицата в 4-месечен срок от постъпването на документите при тях.

§ 2. Правилникът се издава на основание чл. 109 от Закона за здравето.

§ 3. Министърът на здравеопазването дава указания по прилагането на правилника.

Приложение № 1 към чл. 22, ал. 2  
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО  
МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ТЕЛК

№ ...../.....

дата

Личен лекар .....  
.....

(име, презиме, фамилия)

Адрес на практиката: .....  
.....

(област, община, град, улица, №)

Телефон ..... № на практиката □□□□□□□□□□  
.....

Освидетелствано лице: .....  
.....

(име, презиме, фамилия)

Л. карта № ...../..... ЕГН □□□□□□□□□□

Постоянен адрес .....  
.....

(област, община, град, улица, №)

Настоящ адрес: .....  
.....

(област, община, град, улица, №)

Месторабота: .....

(адрес, длъжност, телефон)

АНАМНЕЗА:

ОБЕКТИВНА НАХОДКА:

ИЗСЛЕДВАНИЯ:

ДИАГНОЗА (основна и съпътстващи):

ИЗПРАЩА СЕ НА ТЕЛК ЗА:

Личен лекар:.....

(печат)

(подпис)

\* Изследванията и консултациите се описват и прилагат

\*\* При необходимост се ползва и гърбът на формуляра

Приложение № 2 към чл. 54, ал. 1

В КМЕД

ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР

Вх. № ..... 200... г.

ДО

ТЕРИТОРИАЛНАТА ЕКСПЕРТНА

ЛЕКАРСКА КОМИСИЯ (ТЕЛК)

ЧРЕЗ

КАРТОТЕКАТА ЗА МЕДИЦИНСКИ

ЕКСПЕРТНИ ДОСИЕТА (КМЕД)

ГР. ....



## МОЛБА - ДЕКЛАРАЦИЯ

От .....

постоянен адрес гр.(с.) ..... ул./област ..... № ..... пощ. код  
□□□□

роден(а) ..... 19... г., лична карта (паспорт), серия ..... , № .....  
., издадена

от .....

настоящ адрес гр.(с.) ..... ул./област ..... № ..... пощ. код  
□□□□

Моля да бъда представен(а) на ТЕЛК за:

Първично освидетелстване;

Преосвидетелстване по повод:

- изтичане срока на последното експертно решение;

- влошено здравословно състояние;

- подобрено здравословно състояние;

- промяна на датата на инвалидизиране;

- признаване на причинна връзка;

- допълнение на ЕР за социални придобивки

ДЕКЛАРИРАМ, че

получавам пенсия по пенсионно досие № .....  
.....

\_\_\_\_\_

не получавам

- работя (не работя) в .....  
.....

- осигурявам се (не се осигурявам) като .....  
.....

Известно ми е, че за невярна декларация нося отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Приложение: ... .. бр. документи.

гр. (с.) .....

Дата: ... .. 20... г.

ПОДПИС:.....

(на заявителя)

ПОДПИС:.....

(на длъжностното лице)