Наредба за медицинската експертиза

В сила от 27.06.2017 г.

Приета с ПМС № 120 от 23.06.2017 г.

Обн. ДВ. бр.51 от 27 Юни 2017г.

Глава първа.
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

Чл. 2. Медицинската експертиза включва експертиза на временната неработоспособност, експертиза на трайно намалената работоспособност на лица в трудоспособна възраст, както и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване (КСО), които упражняват трудова дейност и не са им определени вида и степента на увреждане, вида и степента на увреждане на деца до 16-годишна възраст и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, и потвърждаване или отхвърляне на професионалния характер на заболяванията.

Чл. 3. (1) Експертизата на временната неработоспособност се извършва от лекуващия лекар/лекар по дентална медицина, от лекарските консултативни комисии (ЛКК), от териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и от Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК).

(2) Експертизата на трайно намалената работоспособност, на вида и степента на увреждане на лицата, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, се осъществява от ТЕЛК и НЕЛК.

(3) Експертизата на вида и степента на увреждане на децата до 16-годишна възраст се извършва от ТЕЛК и НЕЛК с участието на лекар с призната специалност по педиатрия.

(4) Експертизата на професионалните болести се извършва от ТЕЛК и от НЕЛК и включва потвърждаването или отхвърлянето на професионалния характер на заболяването. В заседанията участват специалисти по трудова медицина (радиобиология или радиационна хигиена) и по професионални болести, един от които председателства заседанията.

Чл. 4. Формата и съдържанието на експертните решения и на медицинските протоколи на ЛКК, ТЕЛК и НЕЛК са по образец, утвърден от министъра на здравеопазването.

Чл. 5. Медицинската експертиза в лечебните заведения към Министерския съвет, Министерството на вътрешните работи, Министерството на отбраната, Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Министерството на правосъдието и Министерството на младежта и спорта се извършва по реда на наредбата.

Глава втора.
ЕКСПЕРТИЗА НА ВРЕМЕННАТА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ

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

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 с акта на Министерския съвет по чл. 103а от Закона за здравето.

(3) При временна неработоспособност 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, с изключение на случаите по чл. 9, ал. 1 и 4.

(4) 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.

(5) Неработните дни, както и ползването на друг законоустановен отпуск не прекъсват временната неработоспособност. Прекъсване на временната неработоспособност се допуска само когато лицето се е явило на работа със съгласието на органа, разрешил отпуска по болест (лекуващият лекар, ЛКК, ТЕЛК или НЕЛК). Това обстоятелство се отразява в личната амбулаторна карта по реда на правилника по чл. 109 от Закона за здравето (ЗЗ).

(6) 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. 7. (1) Болничните листове се издават от лекуващите лекари/лекарите по дентална медицина и ЛКК. Лекарите по дентална медицина 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. 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) На осигурените лица, които работят при повече от един работодател/осигурител, се издава повече от един екземпляр на болничния лист за представяне пред всеки от тях. В графа "бележки" на болничния лист се изписва броят на работодателите или осигурителите, за които е издаден.

(2) Екземплярите на болничния лист, издадени от ЛКК по реда на ал. 1, се извеждат под един и същ номер в книгата на 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. В тези случаи отпускът, даден за временна неработоспособност, започва задължително от следващия календарен ден, независимо че той може да е неработен за лицето. Изключение се допуска и в

случаите, когато болничният лист е продължение. В тези случаи отпускът, даден за временна неработоспособност, започва задължително от деня, в който лицето е следвало да се яви на работа по предхождащия болничен лист, независимо че той може да е неработен за лицето.

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

(3) В случаите, при които лекуващият лекар или ЛКК са констатирали състояние на неработоспособност, но осигуреният откаже да му се издаде болничен лист, последният задължително се издава и служебно се изпраща на работодателя/осигурителя, където работи осигуреният. Ако осигуреният желае да ползва платен годишен отпуск за времето, включено в болничния лист, той подава съответната молба до работодателя/осигурителя.

(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. В тези случаи причините за неизвършения предварително преглед задължително подробно се мотивират в ЛАК и се отбелязват в графа "бележки" на болничния лист. 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 14 дни непрекъснато за едно или повече заболявания се издава от лекуващия лекар/лекаря по дентална медицина, 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 експертизата на временната 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 епикризата.

(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.

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, установена 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 с изключение на случаите по чл. 42, ал. 2 и 3 КСО;

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/вид и степен на увреждане, на което е определена чужда помощ, с изключение на децата до 16-годишна възраст с определени вид и степен на увреждане;

6. за заболяване, за което ТЕЛК (НЕЛК) е определила 50 и над 50 на сто трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане; изключения се допускат, когато са налице обективни данни за обострянето му, както и при интервенции, свързани с лечението на хронично заболяване.

Чл. 13. (1) Болничен лист за временна неработоспособност се издава на осигурено лице еднолично от лекуващия лекар/лекаря по дентална медицина до 14 дни непрекъснато за едно или повече заболявания, но не повече от 40 дни, с прекъсване в рамките на 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).

Чл. 14. (1) Болничен лист за цялото време на болничното лечение се издава еднолично от лекуващия лекар/лекаря по дентална медицина. 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 денят на изписването, както и не повече от 30 дни за домашно лечение. В историята на заболяването, в ЛАК и в епикризата се отразява издаденият болничен лист и се обосновава необходимостта от отпуск за домашно лечение.

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

(3) Болничен лист за болнично лечение се издава задължително от деня на постъпването, независимо дали преди това осигуреният има издаден друг болничен лист.

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/лекарят по дентална медицина 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, като издаденият болничен лист и данните в електронния регистър по чл. 33, ал. 5, т. 12 от Кодекса за социално осигуряване се анулират, след което се издава нов болничен лист.

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/лекарят по дентална медицина, който прави изследването или консултацията, издава служебна бележка на осигурения, в която отразява часа на явяването и часа на приключването 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 работно време на осигуреното лице по ал. 1.

(4) В случаите по ал. 3 болничният лист се издава от лекаря/лекаря по дентална медицина, 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 медицинско изделие, помощно средство, приспособление или съоръжение или за поправка на старо, както и за обучение при ползването му, болничен лист за необходимото време се издава от лекар специалист или от специализирана ЛКК във връзка с протезирането на лицето.

Чл. 18. (1) Осигуреният не може по своя преценка без разрешение от лекуващия лекар или ЛКК, издали болничния лист, да се върне на работа преди изтичане на разрешения отпуск. Осигурителите не допускат на работа осигурени, които се намират в отпуск поради временна неработоспособност.

(2) При определен домашен амбулаторен или свободен режим осигуреният е длъжен, ако е необходимо, да се яви пред разследващите органи и пред органите на съдебната власт през периода на разрешения отпуск поради временна неработоспособност, освен ако представи "Медицинско удостоверение" по образец, утвърден от министъра на здравеопазването и министъра на правосъдието, в което е отбелязано, че заболяването на лицето не позволява явяването му пред разследващите органи и пред органите на съдебната власт.

Чл. 19. (1) Когато лицето, което ползва отпуск по болест, заяви, че работоспособността му е възстановена преди изтичане на разрешения отпуск, и ако лекуващият лекар/лекарят по дентална медицина или ЛКК, издал болничния лист, установи това, той може да прекрати отпуска. В тези случаи издаденият болничен лист и данните в електронния регистър по чл. 33, ал. 5, т. 12 от Кодекса за социално осигуряване се анулират, след което се издава нов болничен лист.

(2) Нарушаването на режима, определен в издаден болничен лист, не се приема като самостоятелно основание за прекратяване на отпуска за временна неработоспособност.

(3) Споровете между осигурения, лекуващите лекари/лекарите по дентална медицина и други заинтересувани лица и органи се разрешават по реда на чл. 112 и 113 от Закона за здравето.

Чл. 20. Лекуващите лекари/лекарите по дентална медицина и ЛКК са длъжни:

1. да уведомяват осигурените за деня, в който трябва да се явят на преглед;

2. да дават указания на осигурените за реда, начина и сроковете за обжалване на техните решения;

3. да осведомяват осигурените по всички въпроси, възникнали във връзка с уреждане на

временната или трайната им неработоспособност.

Раздел II.
Издаване на болничен лист при общо заболяване, трудова злополука, професионална болест, аборт, при належащи медицински прегледи и изследвания и при трудоустрояване

Чл. 21. Болничен лист поради общо заболяване, трудова злополука и професионална болест се издава при условията и по реда, определени в чл. 7.

Чл. 22. При злополука лекуващият лекар/лекарят по дентална медицина 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/лекаря по дентална медицина 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 или еднократната консултация не се считат 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/лекаря по дентална медицина или ЛКК, които издават болничния лист.

(3) Когато осигуреният не е бил изпратен за консултация от лекуващия лекар/лекаря по дентална медицина 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/лекарят по дентална медицина 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 от 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):

а) след изписване от болничното лечебно заведение - от личния лекар на детето или от личния лекар на родилката;

б) в случаите, когато детето по медицински индикации е оставено за гледане в болнично лечебно заведение - болничният лист се издава от ЛКК на АГ отделението на болничното лечебно заведение, където се гледа болното дете.

(2) 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 по ал. 1, т. 3 не се издава.

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

(4) 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 поради бременност по чл. 26, ал. 1, т. 1, 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 поради бременност, а също и при преждевременно раждане, когато не е съществувала възможност да се започне ползването на 45-дневния отпуск поради бременност, осигурената има право на остатъка или на неизползвания отпуск поради бременност. В тези случаи отпускът се включва в третия болничен лист, като се вписва размерът на неизползвания отпуск поради бременност.

(3) В случаите, при които осигурената няма право на отпуск за времето след 42-рия ден от раждането, се издава болничен лист само за неизползвания отпуск поради бременност.

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-рия ден от раждането.

Чл. 29. Когато детето почине, настанено е в детско заведение на пълна държавна издръжка или е дадено за осиновяване след 42-рия 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, като обстоятелството, че неработоспособността е вследствие на раждането, задължително се отразява в болничния лист.

Чл. 30. (1) В случай, при който бременната не се е явила своевременно за оформяне на отпуска си поради 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 поради 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) При тежко заболяване на майката на дете до 2-годишна възраст, поради което тя не може да се грижи за детето, независимо кога е настъпило и независимо дали е довело до неработоспособност, ЛКК на лечебното заведение, което осъществява лечението и наблюдението на майката, издава протокол.

(2) Протоколът на ЛКК съдържа трите имена на майката, пълната диагноза на заболяването ѝ, срока (от - до) за целия период, за който майката не може да се грижи за детето, трите имена и датата на раждане на детето и повода за освидетелстването - ползване на отпуск по чл. 167 от Кодекса на труда (КТ).

(3) Протоколът на ЛКК се съставя в два екземпляра, единият от които се прилага към ЛАК на майката, а другият се предава на лицето, което ще ползва отпуска по чл. 167 КТ. Протоколът на ЛКК се извежда в книгата за решенията на ЛКК.

(4) Когато възможността за гледане на детето от майката не се възстанови в срока по ал. 2, определен от ЛКК, той се продължава с нов протокол на ЛКК след ново освидетелстване.

(5) При спорове и отказ за издаване на протокол се процедира съгласно разпоредбата на чл. 112 ЗЗ.

(6) Алинеи 1 - 5 се прилагат и за осиновителка на дете от 2- до 5-годишна възраст в случаите по чл. 167, ал. 1 КТ.

Чл. 32. (1) При заболяване на майката по чл. 31, ал. 1, настъпило в периода на остатъка от раждането до 135-ия ден, на лицето, което ще ползва отпуск по чл. 167 КТ, се издава и болничен лист.

(2) Болничният лист се издава за периода по чл. 31, ал. 2, но за не повече от остатъка до 135-ия ден, от личния лекар на детето или от личния лекар на лицето, което ще ползва отпуск по чл. 167 КТ, въз основа на следните документи:

1. протокол на ЛКК по чл. 31, ал. 1;

2. декларация, че детето е живо и не е дадено за осиновяване.

Чл. 33. (1) Когато майката почине, на лицето, което ще ползва отпуск по чл. 167 КТ, се издава болничен лист за временна неработоспособност в размер на разликата от деня на смъртта на майката до изтичане на срока по чл. 26, ал. 1.

(2) Болничният лист се издава от личния лекар на детето или от личния лекар на лицето, което ще ползва отпуск по чл. 167 КТ, въз основа на следните документи:

1. акт за смъртта на майката;

2. декларация, че детето е живо и не е дадено за осиновяване.

(3) Когато отпускът се ползва от настойник, болничният лист се издава по реда на ал. 2 въз основа на:

1. документ за настойничество;

2. акт за смъртта на двамата родители.

Чл. 34. (1) На осигуреното лице, което осиновява 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. 26, ал. 1, т. 2 и 3.

(2) Болничният лист по ал. 1 се издава еднолично от ръководителя на лечебното заведение, където е отглеждано детето до датата на осиновяването, или от личния лекар на осиновителя.

(3) На осигуреното лице, при което е настанено дете по реда на чл. 26 от Закона за

закрила на детето, се издава болничен лист за временна неработоспособност в размер на разликата от възрастта на детето в деня на настаняването му до изтичането на срока по чл. 26, ал. 1, т. 2 и 3.

(4) Болничният лист по ал. 3 се издава еднолично от ръководителя на лечебното заведение, където е отглеждано детето до датата на настаняването, или от личния лекар на осигуреното лице въз основа на заверен препис от влязлото в сила решение на съда за настаняване на детето, а в случай че съдът не се е произнесъл по искането за настаняване на детето - въз основа на заверено копие от влязлата в сила заповед на директора на дирекция "Социално подпомагане" по настоящия адрес на детето за временно настаняване по административен ред.

Раздел IV.
Издаване на болничен лист за балнеолечение, климатолечение и таласолечение

Чл. 35. (1) Болничен лист 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 изпращане на временно неработоспособен осигурен непосредствено 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 с определен домашен режим и през този отпуск осигуреният по препоръка на лекуващия лекар или ЛКК се изпрати на балнеолечение, климатолечение и таласолечение, промените в режима се извършват, като издаденият болничен лист и данните в електронния регистър по чл. 33, ал. 5, т. 12 от Кодекса за социално осигуряване се анулират, след което се издава нов болничен лист.

(5) 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 документ за балнеолечение, климатолечение и таласолечение, срокът на който 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. Промените на режима по предходния болничен лист се извършват по реда на ал. 4.

Чл. 36. 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. 37. (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 заразноболен, 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. 38. (1) Болничен лист за гледане на болен член от семейството в дома, както и за гледане на болно 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/лекаря по дентална медицина - еднолично до 14 дни непрекъснато за едно или повече 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 по ал. 1 се издават от лечебните заведения, в които се осъществяват лечението и наблюдението на болния.

(3) В болничния лист за гледане на болен член се вписват имената на болния, единният граждански номер, родствената връзка и диагнозата.

(4) При издаване на болничен лист за гледане на болен член от семейството лекуващият лекар или ЛКК вписва в личната амбулаторна карта на болния името на лицето, на което е издаден болничният лист за гледането му, местоработата, постоянния адрес, родствената връзка с болния, размера на отпуска и номера на болничния лист. В ЛАК на болния се отразяват прегледът, изследванията, назначеното лечение и диагнозата. Данните от болничния лист - номер, серия, начало и продължителност на отпуска, се нанасят и в ЛАК на лицето, на което е издаден болничният лист.

Чл. 39. (1) Болничен лист за гледане на деца от семейството се издава еднолично от лекуващия лекар и в следните случаи:

1. за гледане на дете, посещаващо детско заведение, контактно със заразноболен, 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 наличността 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 отпуска, на което се издава болничен лист за гледане.

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

Чл. 40. (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. 41. (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 от Закона за закрила на детето (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. 40.

(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. 42. (1) В болничния лист за придружаване на болен член се вписват имената на болния, единният граждански номер, родствената връзка и диагнозата.

(2) При издаване на болничен лист за придружаване на болен член от семейството лекуващият лекар или ЛКК вписва в личната амбулаторна карта на болния името на лицето, на което е издаден болничният лист за придружаването му, местоработата, постоянния адрес, родствената връзка с болния, размера на отпуска и номера на болничния лист. В ЛАК на болния се отразяват прегледът, изследванията, назначеното лечение и диагнозата. Данните от болничния лист - номер, серия, начало и продължителност на отпуска, се нанасят и в ЛАК на лицето, на което е издаден болничният лист.

Чл. 43. (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. 44. 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 Регионалната здравна инспекция - София, за целия период на временната неработоспособност срещу представяне на документ от лечебното заведение, в което е извършено лечението или изследването.

Чл. 45. (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) Болничен лист за амбулаторно лечение или изследване в чужбина се издава само ако от представената документация се установи, 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. 46. 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. 47. 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. 45, освен ако в спогодбите е уговорено друго.

Чл. 48. 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. служебна бележка от осигурителя, че лицето работи и се осигурява, или осигурителна книжка.

Чл. 49. 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.

Чл. 50. Разпоредбите на чл. 44 - 49 не се прилагат по отношение на лица, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност на Европейския съюз (ЕС) или международните договори в областта на социалната сигурност, по които Република България е страна.

Чл. 51. (1) За удостоверяване на временна неработоспособност на лица, по отношение на които се прилага законодателството на друга държава съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност на ЕС или международните договори в областта на социалната сигурност, по които Република България е страна, се издава болничен лист по реда на тази наредба.

(2) Болничният лист, издаден по реда на ал. 1, се връчва на лицето за представяне пред осигурителната институция и/или работодателя в държавата, където лицето е осигурено.

Чл. 52. В случаите, когато на лица, подчинени на българското законодателство съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност на ЕС или международните договори в областта на социалната сигурност, по които Република България е страна, са издадени в чужбина утвърдените с тях формуляри или аналогични на тях документи, се прилага разпоредбата на чл. 43 от Наредбата за паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 188 на Министерския съвет от 2015 г. (ДВ, бр. 57 от 2015 г.). В случаите, когато институцията на съответната държава откаже да издаде утвърдените формуляри, се прилага общият ред на чл. 44 - 49.

Раздел IX.
Общи изисквания по отчетността на болничните листове

Чл. 53. 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. 54. (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, което се удостоверява с подпис в ЛАК.

(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. Корекциите се извършват по ред, предвиден в акта на Министерския съвет по чл. 103а от Закона за здравето.

(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. 55. (1) За получаване на уникални номера на болнични листове от електронния регистър по чл. 33, ал. 5, т. 12 от Кодекса за социално осигуряване лечебните заведения подават еднократно заявление в териториалното поделение на Националния осигурителен институт по седалището си. Към заявлението се прилага удостоверение за регистрация на лечебното заведение съгласно чл. 40, ал. 10 от Закона за лечебните заведения или разрешение за осъществяване на дейност на лечебното заведение съгласно чл. 46, ал. 2 от Закона за лечебните заведения.

(2) Ръководителите на лечебните заведения отговарят за:

1. получаването на уникалните номера по ал. 1;

2. предоставянето на уникалните номера по ал. 1 на осъществяващите дейност в лечебното заведение лекари/лекари по дентална медицина и ЛКК с оглед издаване на болнични листове;

3. представянето на данните в електронния регистър по чл. 33, ал. 5, т. 12 от Кодекса за социално осигуряване;

4. изготвянето на справки за издадени/анулирани болнични листове.

(3) Лекарите/лекарите по дентална медицина и ЛКК отговарят за въвеждането и съхраняването на данните при издаването/анулирането на болничните листове и за представянето на данните от издадените/анулираните болнични листове по реда, предвиден в акта на Министерския съвет по чл. 103а от Закона за здравето.

Чл. 56. Работодателите/осигурителите/самоосигуряващите се лица са длъжни да съхраняват представените им болнични листове за срок 3 години считано от 1 януари на годината, следваща годината, в която са издадени.

Глава трета.
ОПРЕДЕЛЯНЕ ХАРАКТЕРА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА - ПРОФЕСИОНАЛЕН ИЛИ ОБЩ

Чл. 57. (1) Териториалната експертна лекарска комисия (ТЕЛК) 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. 61.

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

Чл. 58. 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. 59. 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. 60. (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 наредбата.

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

(4) При преосвидетелстване ТЕЛК и НЕЛК могат:

1. да потвърдят или да вземат ново решение по характера на болестта;

2. да признаят причинна връзка за късни последици и усложнения, обусловени от признатата професионална болест;

3. да установят пълно излекуване на професионалната болест.

Глава четвърта.
ЕКСПЕРТИЗА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА РАБОТОСПОСОБНОСТ И НА ВИДА И СТЕПЕНТА НА УВРЕЖДАНЕ

Чл. 61. (1) 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 и настъпилата неработоспособност (смърт) по повод на трудова злополука, професионална болест, военна инвалидност, гражданска инвалидност;

6. причинната връзка между увреждането (смъртта) и условията на труд (извършваната работа) по време на злополуката, включително при военна и гражданска инвалидност;

7. противопоказаните условия на труд;

8. трудоспособно ли е лицето за работното си място и необходимостта от трудоустрояване;

9. характера на заболяването - професионален или общ.

(2) Експертизата на вида и степента на увреждане включва определянето на:

1. степента на увреждане 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. дата на инвалидизиране;

5. препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация.

(3) На лицата, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, които не работят, не се определят противопоказани условия на труд.

Чл. 62. Видът и степента на увреждането/степента на трайно намалената работоспособност се определят въз основа на подробна клинико-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. 63. (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 трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) 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 трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) се определя по Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) в проценти съгласно приложение № 2.

(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 трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане).

Чл. 64. Критериите за оценка на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) са еднакви независимо от повода, за който се освидетелства лицето (пенсиониране, социално подпомагане, освобождаване от такси и данъци и др.).

Чл. 65. Процентите на трайно намалената работоспособност (вида и степента на увреждане) по повод увреждане, причинено от общо заболяване, и по повод увреждане, при което се определя причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна инвалидност и други), се определят поотделно.

Чл. 66. (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 причинна връзка, но постановяват експертно решение.

Чл. 67. Когато процентът на трайно намалената работоспособност/вида и степента на увреждане 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. 68. (1) При степен на трайно намалена работоспособност (степен на увреждане) над 90 на сто ТЕЛК и НЕЛК се произнасят и по потребността от чужда помощ.

(2) Чужда помощ се определя на лица, които не са в състояние да се обслужват самостоятелно при задоволяване на ежедневните си потребности.

(3) При децата чужда помощ може да се определи и при степен на увреждане под 90 на сто в зависимост от естеството на заболяването и възможността за отглеждането им извън семейството (детска ясла, детска градина, училище и други).

(4) Определянето на чужда помощ при децата се обуславя от вида и степента на заболяването, а не от възрастта на детето.

Чл. 69. (1) Срокът на инвалидността е от една до три години в зависимост от характера на увреждането, динамиката на неговото развитие и възможностите за възстановяване.

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

(7) При лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, 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. 70. (1) Дата на инвалидизиране се определя, когато се определя процент трайно намалена работоспособност (вид и степен на увреждане).

(2) Когато лицето е било във временна неработоспособност и е преминало непосредствено в инвалидност, за дата на инвалидизиране се приема денят, от който е приключила временната неработоспособност по болничните листове.

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

(4) Когато лицето не е ползвало отпуск по болест или не работи, датата на инвалидизиране 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 инвалидизиране се определя датата на издаване протокола на ЛКК.

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

(6) Датата на инвалидизиране 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.

(7) 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 инвалидизиране.

Чл. 71. Нова дата на инвалидизиране се определя:

1. на работещите лица с трайно намалена работоспособност/степен на увреждане, 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/степен на увреждане 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/степен на увреждане, както и на лицата, които след изтичането на срока, за който е определен процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане, не са се явили за преосвидетелстване 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. 72. Решение за причинна връзка се взема от ТЕЛК и НЕЛК само при определяне на процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане и при временна неработоспособност по повод трудова злополука, професионална болест и техните усложнения.

Чл. 73. (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; при нетравматично увреждане и по искане на ТП на НОИ в случаите на увреждане, при което неработоспособността (смъртта) е настъпила по-късно от деня на злополуката - 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 внезапно увреждане на здравето по смисъла на чл. 55 КСО патологични състояния вследствие на заболяване от каквото и да е естество, включително епилепсия, хронична исхемична болест на сърцето (всички клинични форми, включително миокарден инфаркт), мозъчен инсулт, захарен диабет, атеросклероза, високо кръвно налягане, душевни болести.

(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. 74. (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. 75. (1) При пенсия за военна инвалидност ТЕЛК и НЕЛК вземат решение дали трайно намалената работоспособност/степен на увреждане 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. 76. (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 срещу заплащане.

(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. 77. (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. 78. (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 (вид и степен на увреждане на работещите лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО) 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 (вид и степен на увреждане на работещи лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО) или без определен процент трайно намалена работоспособност се насочват към ЛКК за преценка на 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 (лекар по дентална медицина)" е лекарят (лекар по дентална медицина), който в момента е установил заболяването и е поел наблюдението и лечението на болния в амбулаторни, домашни или болнични условия.

2. "Чужбина" е всяка държава, за която не се прилагат правилата на координация за системите на социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от допълнителните разпоредби на Закона за здравното осигуряване.

3. "Нетравматично увреждане" е болест в резултат на различни причини извън травма (инфаркти, инсулти, душевни болести, атеросклероза, високо кръвно налягане, диабет и други).

4. "Трудов маршрут" е хронологията на заеманите длъжности, които лицето е заемало до момента на освидетелстването от органите на медицинската експертиза, включващо продължителността на трудовия стаж за всяка от тях.

5. Сроковете, определени в месеци, се превръщат в брой календарни дни, като един месец се приравнява на 30 календарни дни.

Заключителни разпоредби

§ 2. Министърът на здравеопазването утвърждава образците по чл. 4 в едномесечен срок от влизането в сила на наредбата.

§ 3. Наредбата се приема на основание чл. 101, ал. 7 от Закона за здравето.

Приложение № 1 към чл. 63, ал. 1

ОТПРАВНИ ТОЧКИ ЗА ОЦЕНКА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА РАБОТОСПОСОБНОСТ И НА ВИДА И СТЕПЕНТА НА УВРЕЖДАНЕ В ПРОЦЕНТИ

ЧАСТ ПЪРВА

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ

Раздел I

Общи правила

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Раздел II

Хроничен остеомиелит

1. Лека степен - ограничен, ниска активност, незначителни гноящи фистули: 20 - 50 %

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 подобрение 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 обл 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.

Забележка 3. Увреждания на междупрешленните дискове без ортопедичен функционален дефицит се оценяват според неврологичните усложнения по част 7.

Раздел V

Болест на Шоерман

До края на растежа (обичайно до 18-годишна възраст)
1. С леки функционални ограничения - 0 - 10 %
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 %

3. Злокачествени тумори без рецидив след петата година: 30 %.

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: 75 %

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

7. Загуба на ръка на ниво радиокарпална става: 70 %

8. Анкилоза (обездвижване) на раменната става в благоприятно положение при запазени движения на раменния пояс: 30 %.

Забележка 2. Анкилоза (обездвижване) в рамото при абдукция до 45 градуса и лека антепозиция се счита функционално изгодно.

9. Анкилоза (обездвижване) на раменната става в неблагоприятно положение или при нарушена подвижност на раменния пояс: 40 - 50 %

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

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

10.2. 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. Анкилоза (обездвижване) 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. Анкилоза (обездвижване) в ъгъл между 65 и 90 градуса при средно просупинационно положение на предмишницата се оценява като благоприятно.

16. Ограничени движения и контрактури на лакътната става:

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

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:

36.1. без палеца: 50 %

36.2. два пръста и 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 %.

41. Ендопротезиране на раменна, лакътна и гривнена става:

41.1. едностранно: 50 %

41.2 двустранно: 75 %.

Раздел IX

Увреди на долните крайници

1. Ендопротезиране на тазобедрена, колянна и глезенна става:

1.1. едностранно: 50 %

1.2. двустранно: 75 %

2. Загуба на двата крайника на ниво бедро: 100 % СЧП

3. Загуба на единия крайник на ниво бедро и на другия на ниво подбедрица: 100 % СЧП

4. Загуба на един крак и ръка на ниво подбедрица и предмишница: 100 % СЧП

5. Загуба на един крак в тазобедрената става или много към чукан на бедрото: 95 % БЧП

6. Загуба на крак на ниво дистално от малкия трохантер на бедрото или дезартикулация на коляно: 90 %

7. Загуба на крайник на ниво подбедрица съобразно функционалната годност на ампутационния чукан и на ставата: 75 %

8. Загуба на крак на ниво подбедрица при незадоволително състояние на функцията на ампутационния чукан и колянната става: 80 %

9. Загуба на двата крака на ниво подбедрица:

9.1. при двустранно благоприятно състояние на чуканите: 95 % БЧП

9.2. при едностранно неблагоприятно състояние на чукана: 80 %

9.3. при двустранно неблагоприятно състояние на чуканите: 100 % СЧП

10. Частична загуба на ходилото:

10.1. ампутация по Пирогов:

10.1.1. едностранно и с добър ампутационен чукан: 50 %

10.1.2. двустранно с добър ампутационен чукан: 75 %

10.2. Ампутация по Шопарт:

10.2.1. едностранно при добър ампутационен чукан: 30 %

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

10.2.3. двустранно с добър ампутационен чукан: 60 %

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

10.3.1. едностранно с добър ампутационен чукан: 30 %

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

10.3.3. двустранно: 50 - 60 %

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 и възможността за самостоятелно придвижване:

15.1. с възможност за самостоятелно придвижване с помощни средства: 70 - 90 %

15.2. с невъзможност за самостоятелно придвижване: 91 - 100 %

16. Анкилоза на едната тазобедрена става:

16.1. в благоприятно положение: 30 %

16.2. в неблагоприятно положение: 40 - 60 %.

Забележка 1. 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 - с флексионни контрактури по Томас над 30 градуса:

17.3.1. едностранно: 30 - 50 %

17.3.2. двустранно:

17.3.2.1. с възможност за самостоятелно придвижване с помощни средства: 70 - 90 %

17.3.2.2. с невъзможност за самостоятелно придвижване: 91 - 100 %.

Забележка 2. 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 %.

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 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 компенсируема: 10 %

27.2. недостатъчно компенсируема, 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 сращане 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 %

30.4. тежка степен двустранно - екстензия-флексия 0 градуса - 30 градуса - 90 градуса: 75 %

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

ЧАСТ ВТОРА

ПСИХИЧНИ БОЛЕСТИ

Раздел I

Органично-мозъчни психични смущения

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

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

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

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

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

Степен на изразеност:

2.1. леки: 50 %

2.2. средни: 70 %

2.3. тежки:

2.3.1. сравнително тежки - 80 %

2.3.2. значително тежки - 90 %

2.3.3. много тежки - 95 %

2.4. тежки невъзвратими: 100 %.

Раздел II

Затруднено заучаване, умствена ограниченост

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

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

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

3. Ограничени умствени възможности:

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

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

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

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

Раздел III

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

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

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

2.1. с умерени затруднения при социалната адаптация: 60 %

2.2. със значителни затруднения при социалната адаптация: 80 %

2.3. с тежки затруднения при социалната адаптация: 95 %

2.4. 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 монополарно протекла депресивна фаза, която се е проявила като първа фаза на болестта или се проявява след повече от 10 години от предишната болестна фаза.

Раздел V

Неврози и абнормни развития на личността

1. Тежки невротични състояния, тежки страхови състояния, затегнати тревожно-депресивни състояния, много чести (ежеседмични и по-чести) психогенни кризи и прилошавания, астазия - абазия (всички доказани документално преди освидетелстването): 50 - 80 %

2. Много тежки натрапливи състояния (невротични развития), с много тежки затруднения в социалната адаптация: 100 %.

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

Раздел VI

Алкохолна болест

Оценката на НР зависи преди всичко от трайните органни 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 обуславя по-висока оценка.

Раздел VII

Токсикомания

Намалена работоспособност/степен на увреждане при токсикоманите се оценява според психичните промени и трудностите за социално вграждане - от 50 до 100 %.

Забележки:

1. Токсикомания има, ако хроничната злоупотреба с наркотични вещества (най-малко една година) е довела до соматична и/или психична зависимост със съответна психична промяна и трудности за социално вграждане.

Зависимостта се счита за доказана само ако е било проведено компетентно лечение за отказ от злоупотреба и въпреки усилията на засегнатия за въздържане никакъв траен резултат не е бил постигнат.

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

Раздел VIII

Психични отклонения в детска възраст

1. Ограничения в умствените възможности и нивото на функциониране, оценени (вкл. психометрично) чрез възрастово подходящи методики:

1.1. лека умствена изостаналост (F70) - 10 - 30 %

1.2. умерена умствена изостаналост (F71) - 30 - 80 %

1.3. тежка умствена изостаналост (F72) - 80 - 100 %

1.4. дълбока умствена изостаналост (F73) - 100 %

2. Генерализирани разстройства на развитието (F84.0 - F84.9):

2.1. леки форми - 40 - 80 %

2.2. със значително нарушено ниво на функциониране - 80 - 100 %

2.3. тежки форми - 100 %

3. Психични разстройства в детско-юношеската възраст:

3.1. с минимални затруднения в социалната адаптация и обучението - 50 - 70 %

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

3.3. с невъзможност за социална адаптация и обучение - 100 %

4. Непсихотични разстройства в детско-юношеската възраст - от F80 до F83 и F90 до F98 (без F91 Разстройства на поведението) - с продължителни значителни затруднения в социалната адаптация и интегриране в училищната среда - 20 - 90 %.

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 20 дб, като се ползва таблицата на Клодил Портман. При трудова злополука и професионални увреждания, доказани с Протокол за професионално разследване от НОИ, не се прави корекция с КПД, а се изчислява направо от таблицата.

Таблица на Клодил Портман	Глухо ухо или по-малко чуващо ухо				Р.Р. ад конхам или не чува, практически пълна глухота
	Р.Р. (1) 4 - 5 м	Р.Р. 2 - 4 м	Р.Р. 1 - 2 м	Р.Р. 0,25 до 1 м	
а) Р.Р. разговорна реч	Ш.Р.	Ш.Р.	Ш.Р. 0,005 м	Ш.Р. ад	Ш.Р. не чува

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

Пояснение към таблицата:

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

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

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

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

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

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

4. Загуба или обезобразяване на аурикулата - според степента:

4.1. на едното ухо: 1 - 10 %
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. 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; Исхемична (коронарна) болест на сърцето; Заболявания на ендокарда; Заболявания на миокарда; Заболявания на перикарда; Хронична белодробно-сърдечна болест; Хипертонична сърдечна болест и др.

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

2. При прояви на сърдечна недостатъчност от II ФК по НИХА - лицата са с умерено ограничен капацитет. При обичайни физически усилия се появяват умора, задух, стенокардия. Патологична работна проба при 75 W/3 мин: 30 - 50 %

3. При прояви на сърдечна недостатъчност от III ФК по НИХА - умора, задух, стенокардия при физически усилия под обичайните, изкачване до 1 етаж. Патологична работна проба при 50 W/3 мин: 60 - 80 %

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 %.

Забележка. При оценка на сърдечната недостатъчност при деца в предучилищна възраст (от 3 до 7 години) и в училищна възраст (над 7 години) се ползва скалата по НИХА. За кърмачета (до 12 месеца) и малки деца (от 1 до 3 години) се ползва скалата на Росс, създадена за степенуване на СН при кърмачета и малки деца.

5.1. при сърдечна недостатъчност I клас по Росс (асимптоматични) - 0 - 10 %

5.2. при сърдечна недостатъчност II клас по Росс (умерено изразена тахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета, диспнея при малки деца) - 30 - 50 %

5.3. при сърдечна недостатъчност III клас по Росс (изразена тахипнея и изпотяване при хранене на кърмачета, удължено време за хранене и задръжка на тегловен прираст, изразена диспнея при усилие при малки деца) - 60 - 80 %

5.4. при сърдечна недостатъчност IV клас по Росс - тахипнея, пъшкане и умора в покой - 91 - 100 %

6. Вродени сърдечни малформации без хемодинамични отклонения, които не се нуждаят от лечение (хирургично и/или медикаментозно), а само от клинично наблюдение: 0 - 10 %

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

Раздел II

Сърдечни вмешателства (без инвазивните диагностични методи), клапнопротезирани с механични или биологични протези; инфекциозен ендокардит след клапно протезиране; коригирани (оперирани или след интервентни процедури) вродени сърдечни малформации;

палиативно коригирани клапни дефекти без протезиране; състояние след аортокоронарен байпас; състояние след имплантиране на интракоронарен стент; състояние след перкутанна транслуменална коронарна ангиопластика (PTCA); имплантиране на постоянен кардиостимулатор; състояние след резекция на сърдечна аневризма; състояние след хирургическо лечение по повод тумори на сърцето 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) 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 промени (предоперативен бифасцикуларен блок, следоперативен пълен ДББ, ритъмни нарушения, регистрирани с холтерско мониториране), остатъчни нискостепенни хемодинамични нарушения (остатъчен нискостепенен ляво - десен шънт, систолен градиент на ниво аорта, или пулмонална артерия под 25 мм, установени с Доплер, нискостепенна пулмонална, аортна или митрална инсуфициенция), необходимост от медицинско наблюдение в интервал 2 - 3 години: 10 - 30 %

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 клапнопротезирани, както и всички тежки, сложни, сърдечни малформации, при които оперативното лечение не може да постигне физиологичен анатомичен ефект: 40 - 80 %

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

Раздел III

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция, не обуславят процент трайно намалена работоспособност (намалена възможност за социална адаптация).

Раздел IV

Чужди тела в сърдечния мускул с повлияване на сърдечните функции

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

Раздел V

Ритъмни и проводни нарушения

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

2. Леки хемодинамични нарушения от I - II ФК при надкамерни и камерни екстрасистоли, пароксизмални надкамерни тахикардии, нормофреквентно предсърдно мъждене и т.н., като се има предвид степента на изразеност на основното заболяване: 30 - 50 %

3. Значителни хемодинамични нарушения от II - III ФК при тахи- и брадиформи на предсърдно мъждене, атрио-вентрикуларен (A-V) блок от II и III степен, Моргани - Адамс - Стокс (МАС) и негови еквиваленти при ритъмни и проводни нарушения, екстрасистоли с лоша прогноза и т. н., като се има предвид степенната изразеност на основното заболяване: 60 - 80 %.

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: 20 - 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: 30 - 50 %
3. При прояви на сърдечна недостатъчност от III ФК по НИХА: 60 - 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	Под 0,05

												до 0,05 вкл.	
Ляво око													
1,0	0 %	0 %	0 %	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	35 %	45 %
0,9	0 %	0 %	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	38 %	48 %
0,8	0 %	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	38 %	40 %	50 %
0,7	5 %	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	37 %	40 %	45 %	55 %
0,6	7 %	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	37 %	40 %	45 %	50 %	60 %
0,5	10 %	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	36 %	40 %	45 %	50 %	53 %	63 %
0,4	12 %	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	36 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	66 %
0,3	15 %	18 %	20 %	25 %	30 %	36 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	70 %
0,2	18 %	20 %	25 %	30 %	37 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	65 %	75 %
0,15	20 %	25 %	30 %	37 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	65 %	70 %	80 %
0,10	25 %	30 %	38 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	65 %	70 %	80 %	85 %
От 0,09 до 0,05 вкл.	35 %	38 %	40 %	45 %	50 %	53 %	55 %	60 %	65 %	70 %	80 %	85 %	90 %
Под 0,05	45 %	48 %	50 %	55 %	60 %	63 %	66 %	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %	100 %

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 %	35 %
до 50 °	0 %	0 %	5 %	10 %	15 %	25 %	40 %
до 40 °	5 %	5 %	15 %	20 %	25 %	30 %	45 %
до 30 °	10 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	65 %
до 20 °	15 %	15 %	25 %	40 %	50 %	65 %	80 %
до 10 °	25 %	25 %	30 %	50 %	65 %	80 %	95 %
до 5 °	35 %	40 %	45 %	65 %	80 %	95 %	100 %

Пояснение към таблицата:

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

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

3. Хемианопсии (със запазено централно зрение):

3.1. хомонимна хемианопсия:

3.1.1. дясна: 50 %

3.1.2. лява: 40 %

3.2. хетеронимна хемианопсия:

3.2.1. биназална: 10 %

3.2.2. битемпорална: 30 %

3.3. хоризонтална хемианопсия:

3.3.1. горна: 20 %

3.3.2. долна: 40 %

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

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

Раздел III

Парализа

1. Придобита липса на акомодация (афакия, артифакия):

1.1. на едното око: 10 %

1.2. на двете очи: 20 %

2. Смущение във функцията на сфинктера на ириса:

2.1. на едното око: 5 %

2.2. на двете очи: 10 %

3. Офталмоплегия:

3.1. едностранна: 25 %

3.2. 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: 15 - 20 %.

Забележка. Процентът е общ за зрителния анализатор, а не се определя за всяко око поотделно.

Раздел VI

Болести на придатъците на окото и на очните мускули

1. Дефекти или изкривяване на клепачи или клепачния ръб, възпрепятстващи физиологичните им функции:
1.1. на едното око: 10 %
1.2. на двете очи: 20 %
2. Непоправима птоза - при хоризонталното гледане зеницата е напълно закрита:
2.1. на едното око: 40 %
2.2. на двете очи: 90 %
3. Непоправим лагофталм:
3.1. на едното око: 20 %
3.2. на двете очи: 40 %
4. Диплопия: 20 %
5. Непоправимо сълзене:
5.1. на едното око: 5 %
5.2. на двете очи: 10 %
6. Кривогледство:
6.1. съдружно: 10 %
6.2. паралитично: 20 %
7. Нистагъм: 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 и пристъпно протичаща глаукома към процентите за увредено централно или периферно зрение се прибавят от 10 до 20 %:

а) за едното око - 10 %;

б) за двете очи - 20 %.

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

6. При дистрофични или възпалителни хронични процеси, свързани с чести рецидиви и разязвяване на роговицата, към процентите за намалената работоспособност се прибавят от 5 до 20 %:

а) за едното око - 5 - 10 %;

б) за двете очи - 10 - 20 %.

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

Забележка. Процентът трайно намалена работоспособност се определя за риск от увреждане и не се обхваща от смисъла на раздели III и IV на Методиката за прилагане на отправните точки, поради което оценката е за зрителния анализатор като цяло с един общ процент. Самите увреждания се оценяват по съответните отправни точки.

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

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

а) до 1 година след диагностицирането му: 90 %

б) до 2 години след диагностицирането му: 70 %

в) до 5 години след диагностицирането му: 50 %

г) при наличие на близки и далечни метастази: 100 %, независимо от периода на диагностицирането.

10. При вродени или придобити помътнявания на роговицата, лещата и стъкловидното тяло и промени в зрителния нерв и ретината оценката на трайно намалена възможност за социална адаптация при децата, които не могат да бъдат оценени по функционален дефицит, се определя от степента на помътняването или промените в очните среди:

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

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

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 хронична дихателна недостатъчност: 10 - 20 %

3.2. с хронична дихателна недостатъчност: 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 - III стадий: 60 - 70 %

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

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

6. Азбестоза с паренхимни промени с хронична дихателна недостатъчност (ХДН) I степен: 30 - 50 %

7. Азбестоза с паренхимни промени с ХДН II степен: 60 - 70 %

8. Азбестоза с паренхимни промени с ХДН III степен: 80 - 100 %

9. Други пневмокониози:

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

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

9.3. други пневмокониози с ХДН II степен: 60 - 70 %

9.4. други пневмокониози с ХДН III степен: 80 - 100 %.

Раздел IV

Бронхиална астма

1. Персистираща лека астма
дневни симптоми > 1 път седмично, но < от 1 път дневно
нощни симптоми > 2 пъти месечно
ФЕО1/ВЕД > или = 80 % от предвидената стойност дневна вариабилност на ВЕД 20 - 30 % за тази форма се определят 20 - 30 %

2. Персистираща средно тежка астма
дневни симптоми ежедневно
нощни симптоми > от 1 път седмично
ФЕО1/ВЕД 60 - 80 % от предвидената стойност дневна вариабилност на ВЕД > 30 % за тази форма се определят 40 - 70 %

3. Персистираща тежка астма
дневни симптоми - постоянни
нощни симптоми - чести
ФЕО1/ВЕД < или = 60 % от предвидената стойност
дневна вариабилност на ВЕД > 30 %
за тази форма се определят 80 - 100 %.

Забележка. Дневната вариабилност на ВЕД се определя по формулата:

$$\frac{\text{Вечерен ВЕД (19 - 21 ч.) минус сутрешен ВЕД (7 - 9 ч.)}}{\text{Вечерен ВЕД}} \times 100$$

Взема се средна стойност от 7 - 14 дни.

Раздел V

Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи

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

1.1. при установяване на диагнозата за съкратен срок: 95 %

1.2. при условие че няма данни за рецидив и метастазиране, в зависимост от общото състояние (редукция на тегло, анемия): 60 - 80 % (като процентът се намалява до навършване на 5 години)

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 неработоспособност 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 ръбцов стадий според степента на функционалните нарушения - 50 - 100 %, по реда на т. 5.2, 5.3 и 5.4 от раздел X.

Раздел VIII

Белодробен тромбоемболизъм

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

Забележка. При лица, които работят, се следва временна неработоспособност до овладяване на клиничната симптоматика.

Раздел IX

Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ)

1. ХОББ I ст., с обективизирани тласъци и вентилаторни нарушения, без хронична дихателна недостатъчност: 10 - 20 %
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 III ст. - 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 %, според степента на дихателната недостатъчност

3. Частична резекция на белия дроб (лобектомия, билобектомия), в зависимост от дихателните нарушения - ВН или ХДН: 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): 30 - 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 (ФЕО1) 80 - 60 %; парциално напрежение на кислорода в кръвта (PaO_2) - норма според възрастта 96 - 80 мм живачен стълб (Hg) (12,7 до 10,6 килопаскала (kPa); $PaCO_2$ - норма 45 - 35 мм Hg (6 - 4,6 килопаскала (kPa), сатурация на кислорода (O_2) - норма 95 - 97 %

2. Средна степен - задух, превишаващ обикновен, при ежедневно леко натоварване, изкачване на стълби до един етаж (лека физическа работа), натоварване 50 - 75 вата; форсиран витален капацитет (ФВК) < 60 - 40 %; Тифно 60 - 40 %, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1) 60 - 40 %; PaO_2 - норма или намаление от 80 - 60 - 55 мм Hg (10 - 86 kPa); сатурация на O_2< 90 % според възрастта

3. Тежка степен - задух при най-леко натоварване или в покой. Форсиран витален капацитет (ФВК) < 40 %, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО1) < 40 %; Тифно < 40 %; PaO_2 < 55 мм Hg; $PaCO_2$ > 45; сатурация на кислорода (O_2) < 80 според възрастта.

ЧАСТ СЕДМА

НЕРВНИ БОЛЕСТИ

1. Злокачествени новообразувания на главния и на гръбначния мозък:

1.1. до една година от установяването им независимо от неврологичния дефицит: 100 %

1.2. до 3-тата година, в зависимост от неврологичния дефицит: 75 - 95 %

1.3. до 5-ата година, ако няма неврологичен дефицит: 50 - 80 %

1.4. след 5-ата година оценката е в зависимост от неврологичния дефицит.

Забележка 1. При доброкачествени новообразувания процент на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя:

до 2-рата година от диагностицираното и евентуалното последно оперативно лечение, ако има рецидив: 50 %

след 2-рата година според неврологичния дефицит

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 речево/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 тестуването, 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 стационирани афазийни синдроми тип Брока, Вернике, смесени форми; със/без речева апраксия или дизартрия; 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, наследствено-дегенеративни 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, дискоординационни синдроми, екстрапирамидни синдроми, нарушения на стволовите функции и редки неврологични синдроми):

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

3.2. лека степен (форма): 30 - 40 %

3.3. средна степен (форма): 50 - 80 %

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) - 20 %

4.2. с интервали от месеци - 40 %

4.3. редки - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от месеци и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от седмици - 60 - 70 %

4.4. средно чести - генерализирани пристъпи (конвулсивни или неконвулсивни, парциални пристъпи с вторична генерализация) с интервали от седмици и парциални пристъпи (прости, комплексни) с интервали от дни - 70 - 90 %

4.5. чести припадъци - ежеседмични - 90 %

4.6. епилептични синдроми, резистентна епилепсия с ежедневни и/или еженощни пристъпи - 100 % с чужда помощ (СЧП).

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

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

6. Неоперирани съдово-мозъчни аномалии без неврологичен дефицит:

6.1. аневризми и артериовенозни малформации - 50 %

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

7. Увреждания на ЧМН
7.1. лека степен: 10 %
7.2. средна степен: 20 %
7.3. тежка степен: 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. Увреждания на периферните нерви:
11.1. нервус аксиларис
11.1.1. лека степен: 10 %
11.1.2. средна степен: 20 %
11.1.3. тежка степен: 30 %
11.2. нервус улнарис:
11.2.1. лека степен: 10 %
11.2.2. средна степен: 20 %
11.2.3. тежка степен: 30 %
11.3. нервус радиалис:
11.3.1. лека степен: 10 %
11.3.2. средна степен: 20 %
11.3.3. тежка степен: 30 %
11.4. нервус медианус:
11.4.1. лека степен: 10 %
11.4.2. средна степен: 20 %
11.4.3. тежка степен: 30 %
11.5. нервус феморалис
11.5.1. лека степен: 20 %
11.5.2. средна степен: 30 %
11.5.3. тежка степен: 40 %
11.6. нервус исшиадикус
11.6.1. лека степен: 40 %
11.6.2. средна степен: 50 %
11.6.3. тежка степен: 60 %
11.7. нервус фибуларис
11.7.1. лека степен: 10 %
11.7.2. средна степен: 20 %
11.7.3. тежка степен: 30 %
11.8. нервус тибиалис
11.8.1. лека степен: 10 %
11.8.2. средна степен: 20 %
11.8.3. тежка степен: 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 %

15. Дискогенни заболявания (дискова херния, дискова протрузия и радикулопатии) в зависимост от неврологичния дефицит: 10 - 30 %.

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

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

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 % за всяка ръка

1.3. с акрални некрози - 50 % за всяка ръка.

Раздел II

Болести на артериите (стенози и тромбози) на долните крайници

1. I стадий (отслабен или липсващ пулс на а. тибиалис, 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 (бледа и хладна кожа, леки трофични изменения):

2.1. IIа стадий с интермитиращо клаудикацио от 200 до 500 м - ABI>0,5:

2.1.1. на единия крак: 30 %

2.1.2. на двата крака: 40 %

2.2. IIб стадий с клаудикацио до 200 м - ABI<0,5

2.2.1. на единия крак: 50 %

2.2.2. на двата крака: 60 %

3. III стадий - исхемична болка в покой артериален Доплер под 50 мм - 71 % за една година

4. IV стадий (некротичен) - некроза: 91 % за една година.

Раздел III

Хронична венозна болест (Варици, посттромботичен синдром) Лимфедем

1.1. Варикоза с динамичен оток (II клас по CEAP) - 0 - 10 %

1.2. трайно оточен крак - 10 - 20 %
1.3. траен оток с пигментация и дермолипосклероза: 30 - 40 %
1.4. венозен улкус - 60 %
2. Лимфедем:
2.1. необратим (твърд), индурирани тъкани, фиброскле роза: 20 - 30 %
2.2. елефантиаза (обезформен крайник, тежки изменения на епидермиса) - 71 %
3. Лимфедем на горните крайници - 20 - 30 %.

Раздел IV

Аневризми (без мозъчните) и артерио-венозни фистули

1. Дисекиращи аневризми на гръдната или коремната аорта:
1.1. некоригирани - 91 %
1.2. коригирани - 70 %
2. Аневризма над 7 см - 91 % за една година
2.1. след корекция - 30 %
3. Аневризма 5 - 7 см - 70 - 90 %
3.1. след корекция - 20 %
4. Аневризма 3 - 4 см - 40 %
5. Артерио-венозни фистули, ангиодисплазии, с изразени хемодинамични и трофични промени: 20 - 50 %
6. Аномалии и тромбози на в. порте - 50 - 71 %.

Раздел V

Болести на хранопровода

1. Злокачествени тумори на хранопровода:
1.1. радикално отстранен тумор в ранен стадий - T1-2 H0 M0 (с пластика) без усложнения:
1.1.1. до първата година след операцията: 91 %
1.1.2. до 5-ата година след операцията: 71 - 90 %
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 %
4.2. за деца до края на пубертета - 91 %
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:
1.1.1. през първата година: 95 %
1.1.2. от втората до петата година: 71 - 80 %
1.2. гастректомия:
1.2.1. първата година: 95 - 100 %
1.2.2. от втората до 5-ата година: 80 - 90 %
1.2.3. след 5-ата година - 50 %
1.3. гастректомия в късен стадий: 100 %
1.4. иноперабилни или с далечни метастази: 100 %
2. Малигнен дебелочревен тумор:
2.1. в ранен стадий - T1-2 H0 M0/парциална чревна резекция до 5-ата година:
2.1.1. първите две години: 80 %
2.1.2. от третата до петата година: 50 - 70 %
2.2. в ранен стадий с хемиколектомия:
2.2.1. първите две години: 90 %
2.2.2. от третата до петата година: 70 - 80 %
2.3. радикални операции в други стадии:
2.3.1. първите две години: 95 %
2.3.2. от третата до петата година: 75 %
3. Дефинитивен анус претер:
3.1. тънкочревен: 90 %
3.2. дебелочревен: 80 %
4. Иноперабилни тумори или с далечни метастази: 100 %
5. Временен анус претер, изведен по друг повод:
5.1. тънкочревен: 80 %
5.2. дебелочревен: 70 %
5.3. субтотална колектомия - 70 %
5.4. тотална колектомия - 91 %
6. Аноректални малформации с извеждане на провизорен анус претер - до завършване на етапното лечение: 100 %
7. Слабост на аналния сфинктер (вродена или след реконструктивни операции):
7.1. инконтиненцио алве - само при физическо натоварване: 20 - 30 %
7.2. постоянна инконтиненция: 60 %
8. Перианални фистули с постоянна секреция, след оперативни фистули и декубитуси: 20 - 40 %
9. Пролапс на ректума: 10 - 20 %
10. Загуба на анален сфинктер с пролапс на черво: 60 %
11. Малигнен тумор на панкреаса: 100 %:
11.1. първите две години: 100 %
11.2. от третата до петата година: 70 - 80 %
12. Злокачествени заболявания на перитонеума до 5-ата година: 60 - 90 %
13. Рецидивиращи доброкачествени ретроперитонеални тумори - 50 %
14. Радиационен колит - 30 - 50 %
15. Периториални сраствания с чести илеуси - 30 - 50 %
16. Състояние след мезентериална тромбоза - 50 - 70 %.

Раздел VII

Злокачествени заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и жлъчния мехур

1. Малигнен чернодробен тумор:

1.1. първата година след операцията: 95 - 100 %

1.2. от втората до 5-ата година след операцията: 70 - 90 %

1.3. с метастази: 100 %.

2. Малигнен тумор на жлъчния мехур, екстрахепаталните жлъчни пътища и папила Фатери:

2.1. първите две години след операцията: 91 %

2.2. втората до петата година: 71 - 90 %

2.3. с метастази: 95 - 100 %.

Раздел VIII

Хернии

1. Слабинни, бедрени, пъпни, следоперативни хернии: при липса на противопоказания за оперативна корекция - еднократно - 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 %.

Раздел IX

Пикочни органи

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

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

1.2. резидуална урина до 200 мл: 20 - 30 %

1.3. тежка степен - необходимост от мануално изпразване, резидуална урина над 200 мл, болезнено уриниране: 30 - 40 %

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

2. След отстраняване на малигнен тумор на пикочния мехур:

2.1. в ранен стадий - T1-2 H0 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 %

2.3. иноперабилни тумори или с цистектомия: 100 %

3. При отстраняване на малигнен тумор на бъбрека:

3.1. в ранен стадий T1-2 H0 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 - III ст.): 10 - 20 %
4.2. абсолютна инконтиненция: 50 %
5. Постлъчева склероза на пикочния мехур с намаляване на капацитета му: 30 - 50 %
6. Кожно-уретерални фистули (хипоспадия, еписпадия) - до завършване на лечението: 50 %.
7. Чревно-уретерални фистули: 50 %
8. Кутанна нефростома, уретеростома, цистостома: 71 %
9. Ектопия на пикочен мехур: 100 %
10. Енурезис ноктюрна - 40 %.

Раздел X

Мъжки полови органи

1. Нео на пениса в първите 5 години: 50 - 75 %.
2. Липса на пенис и двата тестиса, с изтичане на урина: 50 %
3. Липса на двата тестиса (до 40-годишна възраст): 30 %
4. След отстраняване на малигнен тумор на тестиса в първите 5 години:
4.1. тератокарцином:
4.1.1. първите две години: 91 %
4.1.2. от третата до петата година: 80 - 90 %
4.2. семином:
4.2.1. първите две години: 91 %
4.2.2. от третата до петата година: 60 - 80 %
4.3. с метастази - 100 %
5. Аденом на простатата, II - III стадий, със задръжка на урината над 50 мл: при липса на противопоказания за оперативна корекция - еднократно - 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:
6.1.1. първите две години: 80 %
6.1.2. от третата до петата година: 50 - 70 %
6.2. локално авансирал процес (кастрация и хормонотерапия):
6.2.1. първите две години: 91 %
6.2.2. от третата до петата година - 60 - 80 %
6.2.3. след петата година: 50 %
7. Тумори на простатата с далечни метастази: 100 %.

Раздел XI

Женски полови органи

1. Малигнен тумор на гърдата в първите 5 години:
1.1. в ранен стадий, както и след екстирпация на локален рецидив или кожни метастази:
1.1.1. първите две години: 80 %
1.1.2. от третата до петата година: 50 - 70 %
1.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 %
2. Малигнен тумор на матката или маточната шийка в първите 5 години:

2.1. при отстраняване в ранен стадий:
2.1.1. първите две години: 90 %
2.1.2. от третата до петата година: 50 - 70 %
2.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 %
3. Малигнен тумор на яйчника в първите 5 години:
3.1. в начални стадии:
3.1.1. първите две години: 91 %
3.1.2. от третата до петата година: 70 - 80 %
3.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 %
3.3. липса на два яйчника (посткастрационен синдром) до 50 години: 50 %
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: 60 - 90 %
7.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 100 %.
8. Малигнен тумор на външните полови органи:
8.1. в ранен стадий до 5-ата година: 60 - 90 %
8.2. иноперабилни или с далечни метастази до 5-ата година: 71 - 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: 71 - 100 %
5. Контрактура на темпороманубуларните стави, с нарушено хранене - 50 %
6. Злокачествени мекотъканни тумори до 5-ата година - 60 - 90 %
7. За злокачествено заболяване инситу - 50 % за една година след санирането.
8. При синхронни или метахронни злокачествени заболявания: 50 % след 5-ата година.
Забележка. При липса на данни за рецидив и дисеминация всички онкологични заболявания след петата година се оценяват с 50 %.

Раздел XIII

Изгаряния

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

ЧАСТ ДЕВЕТА

ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ

Раздел I

Захарен диабет

1. Захарен диабет тип 2 (неинсулинозависим):

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

1.2. захарен диабет на перорално лечение с хронични усложнения на заболяването в зависимост от броя им: 30 - 50 %

1.3. диабет в детската възраст: 50 %

2. Захарен диабет тип 1 (инсулинозависим):

2.1. добре контролиран с инсулин без усложнения: 50 %

2.2. диабет в детската възраст без усложнения: 60 - 80 %

2.3. инсулинозависим захарен диабет с хронични усложнения в зависимост от техния брой: 60 - 80 %.

Забележка. При определяне на окончателния процент на трайно намалена работоспособност/степен на увреждане/степен на увреждане за т. 1.2 и 2.3 се вземат предвид и процентите, определени за функционалния дефицит на прицелните органи вследствие на хроничните усложнения.

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 органни увреждания без траен функционален дефицит: 50 - 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/степен на увреждане 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 компенсирана със заместително лечение: 0 %

2.2. при незадоволителна компенсация (по клинични и лабораторни данни и рефрактерни на лечение форми, доказани в клинична обстановка) въпреки заместителното лечение в зависимост от отражението върху общото състояние и усложненията: 30 %

2.3. при вроден хипотиреоидизъм в зависимост от психосоматичното състояние у деца до 3-годишна възраст: 30 %.

3. Карцином на щитовидната жлеза:

3.1. след отстраняване на папиларен или фоликуларен тумор 1 - 2 стадий:

3.1.1. до втората година: 70 %

3.1.2. до петата година: 50 %

3.1.3. след петата година: 30 %

3.2. след отстраняване на недиференциран и медуларен карцином или на папиларен и фоликуларен карцином в 3 - 4 стадий:

3.2.1. до втората година: 80 %

3.2.2. до третата година: 60 %

3.2.3. след петата година: 30 %.

Забележка 2. При определяне на окончателния процент на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се вземат предвид и процентите, определени за остатъчните органни увреди и усложнения, включително вследствие на проведеното лечение. При деца до 16 години процентът по повод карцином на щитовидната жлеза се движи в границите от 80 до 100 %. След петата година: 30 %.

4. Високостепенна и ретростернална струма, преценена в клинични условия като иноперабилна, с компресивен синдром, съпътстващи заболявания и напреднала възраст, които са контраиндикации за операция: 70 - 100 %.

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

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

5.2. клас 4 - 5 - 6 (по ЕТА) в неактивен стадий: 30 %.

Забележка. В посочения по-горе процент се включва и функционалният дефицит на зрителния анализатор.

Раздел III

Болести на паращитовидните жлези

1. Хипопаратиреоидизъм:

1.1. лека степен - латентна тетания с леки органни спазми: 30 %

1.2. средна степен - манифестна тетания с редки карпопедални и висцерални спазми: 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. компенсиран (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 Кушинг

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

1.1.1. нелекуван (декомпенсиран): 60 - 80 %

1.1.2. тежък нелекуван, при невъзможност за повлияване от симптоматично лечение: 90 - 100 %

1.1.3. компенсиран след лечение: 40 - 50 %

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

Забележка 1. След лечение процентът на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя в зависимост от тежестта на остатъчната хипертония, ако има такава, и усложненията ѝ.

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/степен на увреждане се определя от тежестта на остатъчната хипертония и усложненията ѝ.

2.2. нетуморни форми на първичен хипералдостеронизъм - процентът на намалена работоспособност/степен на увреждане се определя от степента на артериалната хипертония и хипокалиемия: 40 - 60 %

2.3. при деца с хипералдостеронизъм: 100 %.

3. Хронична надбъбречна недостатъчност (Адисонова болест):

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

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

3.2.1. компенсирана с лечение: 40 %

3.2.2. с незадоволителен ефект от проведеното лечение: 60 - 70 %

3.2.3. средно тежка форма с чести Адисонови 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:

4.1.1. до 2-рата година от отстраняване на тумора: 100 %

4.1.2. от 3-тата до 5-ата година: 80 %

4.1.3. след 5-ата година: 30 %

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

Раздел V

Хипофизарни нарушения

1. Акромегалия:

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

1.2. средно тежка степен - умерена артериална хипертония, лек функционален дефицит на опорно-двигателния апарат: 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. за жени от 140 до 131 см, за мъже от 145 до 136 см: 20 - 60 %
2.2.2. за жени от 130 до 120 см, за мъже от 135 до 125 см: 50 - 70 %
2.2.3. за жени от 119 до 110 см, за мъже от 124 до 115 см: 80 % СЧП
2.2.4. за жени под 110 см, за мъже под 115 см: 100 % СЧП.

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. За непропорционално телесно развитие оценката се завишава с 10 % чрез действие събиране.

3. Безвкусен диабет:
3.1. вроден или придобит, компенсиран със заместително лечение: 10 %
3.2. резистентен на лечение безвкусен диабет (състоянието следва да бъде документирано клинично): 30 - 50 %
4. Хипопитуитаризъм:
4.1. панхипопитуитаризъм: 80 - 95 %.

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

5. Хипогонадизъм (първичен, вторичен) и гонадна дисгенезия - в зависимост от функционалния дефицит на костната и мускулната система и общото състояние: 10 - 20 %.

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: 100 %
2. Витамин "Д" резистентен рахит с тежки необратими изменения в костите: 80 %.

Раздел VIII

Други болести на обмяната

1. Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; на въглехидратите; на липидната обмяна; на обмяната на плазмените белтъци; минералната обмяна; във водния,

електролитния и алкално-киселинния баланс; други смущения на обмяната (кистозна фиброза, нарушения на обмяната на порфирина, пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушения на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза, в урейния цикъл и др.). При възрастни в зависимост от функционалния дефицит на прицелните органи. За деца до 16 години процентът е от 50 до 100.

2. Подагра

Степента на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя съобразно функционалния дефицит на прицелните органи - бъбреци и ставен апарат. При хронична подагра с образуване на тофи оценката се определя по т. 4.3, раздел XXIII, част девета.

Раздел IX

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

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

Раздел X

1. Генерализирана остеопороза без реализирани спонтанни фрактури, но с висок фрактурен риск (Т-скор над -2,5), установен чрез остеодезитрометрия на гръбначен стълб или тазобедрени стави - 30 %

2. При генерализирана остеопороза с реализирани спонтанни фрактури процентът на трайно намалената работоспособност/степен на увреждане се определя съобразно установения траен функционален дефицит на опорно-двигателния апарат, отразен в първа част на таблицата.

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 тази таблица.

Забележки:

1. За посочените по-горе генетични аномалии се следват (за възраст над 3 години): 30 %.

2. За деца до 3 години: 50 %.

Раздел XII

Болести на хранопровода

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

2. Органични стенози на хранопровода:

2.1. без изразени трудности в акта на гълтане: 0 %

2.2. с изразени трудности в преглъщането - повръщане, отслабване на тегло, увредено общо състояние и възпалителни промени при неповлияване от оперативно лечение: 30 - 80 %.

Раздел XIII

Болести на стомаха

1. Язвена болест без усложнения: 0 %

2. Язвена болест с усложнения - чести кръвоизливи и перфорации 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. Глутенова ентеропатия, частична резекция на черво, дивертикулити:

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

1.2. със синдром на малабсорбция, при увредено общо състояние: 50 - 70 %

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

2.1. с рецидивиращо протичане без усложнения: 40 %

2.2. персистиращи, трудно влияещи се от лечение форми с консумативен, анемичен и адинамичен синдром: 50 - 70 %

2.3. напреднали форми с усложнения - изразен консумативен, астено-адинамичен и анемичен синдром, белтъчно-електролитни нарушения и усложнения при ХУХК и Болестта на Крон (стенози и резекции): 71 - 100 %

3. Пострезекционни състояния в детската възраст:

3.1. синдром на късо тънко черво: 100 %

3.2. синдром на късо дебело черво: 70 %.

Раздел XV

Болести на черния дроб

1. Хроничен хепатит (вирусен, алкохолен, автоимунен) - след чернодробна биопсия, според хистологичната находка в стадий F3-F4: 10 - 40 %:

1.1. лека степен на активност: 10 %

1.2. умерена степен на активност: 20 - 30 %

1.3. висока степен на активност, преход към цироза: 40 %

2. Чернодробна цироза:

2.1. I стадий по Чайлд: 50 %

2.2. II стадий по Чайлд: 80 %

2.3. III стадий по Чайлд: 95 %

3. Първична билиарна цироза, хемохроматоза, болест на Уилсън:

3.1. без оформяне на чернодробна цироза и без промяна на общото състояние: по аналогия с т. 1

3.2. с чернодробна цироза: по аналогия с т. 2

4. Състояние след трансплантация на черния дроб:

4.1. до 2 години след трансплантацията: 80 - 95 %

4.2. след втората година в зависимост от състоянието на пациента: 20 - 70 %.

Раздел XVI

Болести на панкреаса

1. Хроничен панкреатит с изразен болков синдром с калцификати и/или псевдокисти и с изразено нарушаване на общото състояние (според степенната му изразеност): 30 - 60 %

2. Хроничен панкреатит с изразена екзокринна недостатъчност, консумативен синдром и увредено общо състояние, състояние след резекция на панкреаса: 70 - 90 %.

Раздел XVII

Злокачествени кръвни заболявания

1. Миелоидни неоплазии:

1.1. хронични миелопролиферативни заболявания: хронична миелогенна, еозинофилна, неутрофилна левкемия, хронична идиопатична миелофиброза, полицитемия вера, есенциална тромбоцитемия:

1.1.1. в хронична фаза до 5-ата година: 75 %

1.1.2. в бластна криза: 95 %

1.1.3. от петата до десетата година: 50 %

2. Миелодиспластични (миелопролиферативни) заболявания: хронична миеломоноцитна левкемия, атипична хронична миелогенна левкемия, ювенилна миеломоноцитна левкемия: оценката е като т. 1

3. Миелодиспластични синдроми (рефрактерна анемия със или без ринг сидеробласти, със или без ексцес на бласти, рефрактерна цитопения):

3.1. до постигане на ремисия: 95 %

3.2. до 5 години от постигане на ремисията: 75 %

3.3. при постигната ремисия: 50 %

4. Остра миелоидна левкемия:

4.1. до завършване на лечението, включително консолидационни курсове: 95 %

4.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 75 %

4.3. от 5-ата до 10-ата година: 50 %

В-клетъчни неоплазии

5. Прекурсорни В-клетъчни неоплазми (прекурсорни В-лимфобластна и В-клетъчна остра лимфобластна левкемия):

5.1. до завършване на лечение, вкл. консолидационни курсове - 95 %

5.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 75 %

5.3. от 5-ата до 10-ата година: 50 %

6. Периферни В-клетъчни неоплазии (плазмоклетъчен миелом (плазмоцитом), лимфоцитен лимфом):

6.1. без лечение, до 5-ата година: 50 %

6.2. с умерени прояви до завършване на лечението: 75 %

6.3. с тежки прояви (остеолиза, анемия, хронична бъбречна недостатъчност): 95 %

6.4. при постигната ремисия: 50 %

7. В-клетъчна хронична лимфоцитна левкемия, В-клетъчна полиморфна левкемия, спленален маргинално зонов В-клетъчен лимфом, косматоклетъчна левкемия, екстранодален маргиналнозонов В-клетъчен лимфом, фоликуларен лимфом:

7.1. до завършване на лечението: 50 %

7.2. без лечение, до 5-ата година: 30 %

7.3. при автоимунна хемолитична анемия и/или тромбоцитопения: 95 %

8. Дифузен едро В-клетъчен лимфом, лимфом на Бъркет:

8.1. до завършване на лечението: 95 %

8.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 75 %

8.3. при постигната ремисия: 50 %

8.4. при резистентност към лечението и авансиралост на процеса: 95 %

Т-клетъчни и NK-клетъчни неоплазии

9. Прекурсорни Т-клетъчни неоплазии (прекурсорен Т-лимфобластен лимфом, прекурсорна Т-клетъчна остра лимфобластна левкемия):

9.1. до завършване на лечението, вкл. консолидационни курсове: 95 %

9.2. до 5-ата година от постигане на ремисия: 75 %

9.3. от 5-ата до 10-ата година: 50 %

10. Т-клетъчни неоплазии (Т-клетъчна полиморфна левкемия, Т-клетъчна лимфоцитна левкемия, агресивна NK-клетъчна левкемия, екстранодален Т-клетъчен лимфом, хиперспленална гама-делта Т-клетъчна лимфома, микозис фунгоидес-сезари синдром):

10.1. по време на лечение: 95 %

10.2. след лечение до 5-ата година: 75 %

10.3. при ремисия до 10-ата година: 50 %

10.4. при резистентност и авансиралост на процеса: 95 %

11. Лимфом на Хочкин:

11.1. при I и II клиничен стадий до постигане на ремисия: 75 %

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

11.3. при III и IV клиничен стадий до постигане на ремисия: 95 %

11.4. при постигната ремисия от 5-ата до 10-ата година: 50 %.

Раздел XVIII

Други болести на кръвта и кръвотворните органи

1. Желязо- и други недоимъчни анемии:

1.1. след чести кръвоизливи или рецидиви без възможност за постигане на ремисия при лечението: 20 %

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

2. Наследствени и придобити хемолитични анемии:

2.1. при стабилизирано състояние без изразени общи нарушения: 20 %

2.2. при хемоглобин под 100 г/л, потребност от кръвопреливания, имуносупресия,

умерено увредено общо състояние: 80 %

2.3. при значително увредено общо състояние, необходимост от периодични кръвопреливания, вторична хемосидероза, трайно имуносупресивно 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 %: 95 - 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 стабилизирани 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. за деца при загуба на далака преди навършването на 12-годишна възраст (съобразно склонността към инфекции и протичането им): 75 %

7.2. при по-късна загуба в първата година от отстраняването: 30 %

7.3. след изтичане на едногодишен период: 0 %

8. Разстройства на имунитета в детска възраст - тежка степен (вродени и придобити имунодефицитни болести): 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 1. Състоянието след нефректомия заради малигнен процес се оценява по този раздел след приключване на срока на наблюдение, определен в раздел IX на част осма.

3. Хронични бъбречни инфекции при компенсирана бъбречна функция:

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

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 креатининов 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 в 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): 95 - 100 %.

Забележка 2. Пожизнен срок на инвалидността може да се определи само за случаи, които не подлежат на трансплантация (доказано с медицински документ).

6. Състояние след бъбречна трансплантация:

6.1. в първите 2 години: 100 %

6.2. след този период съобразно функционалното състояние на трансплантата, остатъчните функционални нарушения и настъпилите усложнения от имуносупресивното 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/степен на увреждане се определя според органната локализация и степента на функционалните нарушения и трайните увреждания на засегнатите органи и системи (черен дроб, бели дробове, централна нервна система (ЦНС), слезка, опорно-двигателен апарат, отделителна система, зрителни органи и др.).

2. Трихинелоза:

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

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

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

4. Шистозоматози - хроничен стадий.

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

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

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. разгърната форма: 90 - 100 %.

Раздел XXII

Хронични професионални отравяния

Оценяват се трайните функционални нарушения на засегнатите органи и системи според клиничните прояви (диагнози, синдроми), посочени в Списъка на професионалните болести в част I от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

Раздел XXIII

Заболявания на опорно-двигателния апарат

1. Инфекциозни артрити:

1.1. моноартикуларно или олигоартикуларно засягане на големи и средни стави на крайниците без тендосиновит: 10 - 20 %

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

2. Синдром на Райтер и реактивни артрити:

2.1. полиартикуларно засягане на големи, средни и малки стави на крайниците 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 1. При установяване на траен функционален дефицит на опорно-двигателния апарат от другите отдели, включително гръбначен стълб, състоянието се оценява по част първа. Трайният функционален дефицит, който се оценява по част първа, се включва в посочения по-горе диапазон.

3. Псориатичен артрит

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

4. Ревматоиден полиартрит:

4.1. първи рентгено-анатомичен: 10 %

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

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 имуносупресивно лечение: 80 %

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

5.3. при продължаващо имуносупресивно лечение с усложнения от основното заболяване и от лечението, както и при настъпване на рецидив: 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 отдели на гръбначния стълб, без кифоза и лордоза: 50 - 70 %

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

Забележка. 3. 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/степен на увреждане се изчислява, като се вземат предвид процентите, отразени в т. 4 и 6.2, които се включват в диапазона.

ЧАСТ ДЕСЕТА

КОЖНИ БОЛЕСТИ

1. Екзема:

1.1. обикновена екзема, професионална екзема (дерматит):

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

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: 30 - 50 %

2.2. атопичен дерматит с генерализирани кожни прояви и потребност от многократно болнично или амбулаторно лечение: 70 - 80 %

3. Хронично рецидивираща уртикария:

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

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

4. Акне конглобата и професионално акне (маслено и хлорно) с често развитие на фистули в зависимост от двигателния дефицит, оценен по част първа: 30 - 50 %

5. Акне инверса с тежко засягане и гноене (аксили, ингвинални гънки, перианално пространство) - 100 %

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

6.1. ограничени в предилекционното място, при ограничено разпространение: 30 %

6.2. ограничени в предилекционното място, широко разпространени, съобразно козметичните и функционалните въздействия: 40 - 50 %

6.3. преминаващи извън предилекционните места, включително улцерации: 60 - 80 %.

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: 30 %

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. с ограничени промени 0 - 10 %

8.2. разпространени промени с възможност за постигане на ремисия (за месеци) или засягане ноктите на ръцете: 20 %

8.3. при продължително протичане, разширено разпространение: 30 - 50 %

8.4. с генерализирани кожни промени и пустулозни промени: 80 %.

Забележка 3. Ставното и гръбначното участие следва да се оцени допълнително по раздел XXIII на част девета и се включва в посочения по-горе диапазон.

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 - 100 %

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 - 90 %

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 поразяване на всички пръсти на ръцете и краката, с разрушаване на всички нокти: 20 %.

Забележка 4. При системни микози (кандидомикози, хистоплазмози, кокцидомикози) трябва да бъдат оценени промените и на вътрешни органи.

13. Хронично-рецидивиращ еризипел:

13.1. без остатъчен лимфедем: 10 %

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 следва да се определи процент на трайно намалена работоспособност/степен на увреждане:

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 - 70 %

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 T1в, N0, M0 - 30 %

16.3.2. втори стадий - T2a, N0, M0 и T2в, N0, M0 - 50 %

16.3.3. трети стадий - всяко T, N0, M0 - 70 %

16.3.4. четвърти стадий - всяко T, всяко N, M1 - 100 %

16.4. базоцелуларен карцином:

16.4.1. единичен: 10 %

16.4.2. множествен и рецидивиращ: 30 %.

След 5-ата година от отстраняване на тумора се следват 30 % с изключение на т. 16.2.1, 16.2.2, 16.3.1 и 16.4.1.

Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3

МЕТОДИКА 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 трябва 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 трябва 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. 63, 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 прибавят от 5 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. 63, ал. 1 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.