

НАРЕДБА

ЗА ЕКСПЕРТИЗАТА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Приета с Постановление № 133 на Министерски съвет от 2000 г.,
обн., ДВ, бр. 61 от 25 юли 2000 г., в сила от 29.07.2000 г.

ГЛАВА ПЪРВА

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. (1) С наредбата се определят принципите и критериите на експертизата на работоспособността и редът за нейното установяване.

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

Чл. 2. (1) Експертизата на временната неработоспособност се извършва от лекуващите лекари и стоматолози, лекарските консултативни комисии (ЛКК), териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и от Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК).

(2) Експертизата на трайната неработоспособност се осъществява от ТЕЛК и НЕЛК.

(3) Експертните решения на ТЕЛК и НЕЛК се съставят на бланки по образец, утвърден от министъра на здравеопазването и от управителя на Националния осигурителен институт (НОИ).

Чл. 3. Експертизата на работоспособността в лечебните заведения към Министерството на вътрешните работи, Министерството на отбраната, Министерството на транспорта и съобщенията, Министерския съвет и Министерството на правосъдието се извършва по реда на наредбата.

Чл. 4. (1) Дейността на лечебните заведения, свързана с изясняването и уточняването на здравословното състояние на лицата и с подготовката им за освидетелстване от ТЕЛК, се осигурява от съответната здравноосигурителна каса. Допълнителните консултации и изследвания, включително и при болнични условия, по искане на ТЕЛК и НЕЛК се осигуряват от държавния или от общинския бюджет.

(2) Лица, които не са осигурени по Закона за здравното осигуряване, заплащат консултациите и изследванията, свързани с експертизата на временната неработоспособност.

ГЛАВА ВТОРА

ОРГАНИЗАЦИЯ НА РАБОТАТА НА ОРГАНИТЕ, ИЗВЪРШВАЩИ ЕКСПЕРТИЗАТА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Раздел I

Правомощия на лекуващия лекар или стоматолог

Чл. 5. (1) При извършване на експертизата на временната неработоспособност лекуващият лекар или стоматолог:

1. прави точна преценка на здравословното състояние на болния и неговата работоспособност въз основа на клиничен преглед, резултатите от направените изследвания, заключенията на консултантите, характера на работата и на условията на труд на болния;

2. вписва в личната амбулаторна карта (ЛМК) на болния, издадена по образец, утвърден от министъра на здравеопазването, при всеки преглед:

а) данните от анамнезата, обективния статус, направените изследвания, предписаното лечение и диагнозата; епикризите от болничното лечение и талоните с консултативните мнения на специалистите се прилагат в ЛАК;

б) своята преценка за работоспособността на болния (“работоспособен” или “неработоспособен”);

в) номера и серията на болничния лист, началото и продължителността на временната неработоспособност;

г) подписва се под посочените данни и поставя личния си печат;

3. описва болничния лист в контролния лист към ЛАК по следните реквизити: №, начало и продължителност на временната неработоспособност, органът, който го е издал (лекуващ лекар или стоматолог, ЛКК, по решение на ТЕЛК), и диагноза;

4. изпраща служебно болничния лист на работодателя, при условие че болният заяви писмено, че липсва възможност болничният лист да бъде предоставен на работодателя най-късно до следващия ден от началото на разрешения отпуск;

5. трудоустроява работника с болничен лист, когато здравословното му състояние налага леки облекчения в трудовия му процес, но за не повече от един месец;

6. насочва болния към ЛКК, когато:

а) осигуреният е ползвал непрекъснат отпуск за временна неработоспособност в продължение на 10 календарни дни, разрешени от един или повече лекуващи лекари или стоматолози; преценката за непрекъснатост на отпуска за временна неработоспособност се извършва съгласно чл. 59, ал. 3;

б) осигуреният е ползвал 60 дни отпуск за временна неработоспособност в една календарна година с прекъсване, разрешен еднолично, от един или повече лекари;

в) състоянието налага продължителен отпуск по болест;

г) здравословното състояние на болния налага трудоустрояване за повече от един месец;

д) приема, че е настъпила трайна загуба на работоспособността;

7. подготвя необходимата медицинска документация и вписва своето становище в ЛАК при насочване на болния към ЛКК по даден повод.

(2) Болничен лист не се издава, ако болният не представи ЛАК на лекуващия лекар или стоматолог.

Раздел II

Лекарски консултативни комисии

Чл. 6. (1) Лекарската консултативна комисия освидетелства лицата:

1. за продължаване на отпуск по болест над 10 дни;
2. за трудоустрояване за повече от един месец;
3. за снабдяване с ортопедични средства, уреди, апарати и консумативи;
4. за професионално ориентиране;
5. чиито болнични листове са издадени еднолично и са обжалвани;
6. подали жалба срещу лекуващия лекар или стоматолог по повод неправилна оценка на работоспособността им и отказ да се издаде болничен лист;
7. за подготовка на документи и насочване към ТЕЛК;
8. за изготвяне на документи съгласно други нормативни актове.

(2) Лекуващите лекари или стоматолози докладват случаите, но не участват при вземането на решението, с изключение на случаите, когато са членове на ЛКК.

Чл. 7. (1) Общите лекарски консултативни комисии освидетелстват всички случаи, посочени в чл. 6, при положение че не са изградени специализирани ЛКК или създадените в момента не работят.

(2) Когато към лечебното заведение за извънболнична помощ на територията на дадено населено място не е изградена ЛКК, експертизата на работоспособността се извършва от общата или от специализираната ЛКК на лечебното заведение, оказващо болнична помощ.

Чл. 8. (1) Лекарските консултативни комисии разрешават еднократно отпуск поради

временна неработоспособност за не повече от 30 календарни дни.

(2) Лекарските консултативни комисии към амбулаториите за групова практика за първична медицинска помощ разрешават непрекъснат отпуск за временна неработоспособност за не повече от 60 календарни дни, след което при необходимост осигуреният се насочва към специализирана ЛКК по профила на заболяването му.

(3) Лекарските консултативни комисии към амбулаториите за групова практика за специализирана медицинска помощ разрешават отпуск по болест само за заболявания от техния профил. Те разрешават непрекъснат отпуск по болест до шестия месец от началото на отпуска, след което при необходимост насочват болния към ТЕЛК.

Чл. 9. (1) Лекарските консултативни комисии вземат решения по здравословното състояние и работоспособността на лицата след задължителен клиничен преглед. Изключения се допускат при:

1. вземане на решение за отпуск по болест за минало време, при положение че прегледът няма да допринесе за изясняване на здравословното състояние на лицето към дадения период;

2. проведено лечение в чужбина;

3. отказ на лицето да се яви за преглед по повод обжалвани болнични листове.

(2) Когато по преценка на ЛКК направените изследвания не са достатъчни за изясняване на характера или степента на заболяването, болните се изпращат за допълнителни амбулаторни или болнични изследвания и наблюдения.

(3) Когато се налага продължаване на срока на отпуска за временна неработоспособност на тежко болни, чието здравословно състояние не позволява да се движат, освидетелстването се извършва в дома на болния.

(4) При издаване на болничен лист ЛКК вписва в ЛАК на болния всички реквизити, посочени в чл. 5, ал. 1, т. 2 и 3.

Чл. 10. (1) Лекарските консултативни комисии насочват болните към ТЕЛК в следните случаи:

1. след изтичане на 6 месеца непрекъснат отпуск поради временна неработоспособност;

2. преди изтичане на 6-месечен отпуск, ако има признаци за настъпила трайна неработоспособност;

3. когато лицето е ползвало 12 месеца отпуск за временна неработоспособност с прекъсване в две предходни години и в годината на боледуването;

4. когато лицето е трудоустроявано от ЛКК в продължение на 2 години и работоспособността му не е възстановена;

5. когато лицето е станало неработоспособно за работата, на която е трудоустроено от ЛКК.

(2) Лекарската консултативна комисия насочва болните за освидетелстване от ТЕЛК с "Медицински протокол на ЛКК" по образец, утвърден от министъра на здравеопазването, в който се вписват: трите имена, адресът, ЕГН, професията на лицето и работи ли в момента, ползваният отпуск за временна неработоспособност до момента (колко дни и в кой период), анамнезата, обективната находка, диагнозата на водещото и на придружаващите заболявания, мнение относно работоспособността (временна или трайна) на лицето. Към медицинския протокол на ЛКК се прилагат резултатите от направените изследвания, които се вписват в утвърдени от министъра на здравеопазването образци, подписват се от извършителя и задължително се отбелязва датата, на която са направени. При неспазване на посочените изисквания протоколът се връща на ЛКК за допълване.

(3) Ако болният пожелае, ЛКК е длъжна да го насочи към ТЕЛК, независимо от своята преценка за работоспособността му, която следва да впише в медицинския протокол.

(4) Лекарската консултативна комисия насочва болния към ТЕЛК не по-рано от 5 дни преди изтичането на отпуска по последния болничен лист.

Раздел III

Териториални експертни лекарски комисии

Чл. 11. (1) Териториалните експертни лекарски комисии освидетелстват лицата по повод на:

1. временна неработоспособност;
2. трайно намалена или загубена работоспособност;
3. искане на застрахователни компании и на застраховани лица в тях;
4. други поводи, предвидени в нормативни актове.

(2) Териториалните експертни лекарски комисии освидетелстват и преосвидетелстват лицата в 40-дневен срок от датата на постъпването на документите. При временна неработоспособност, която продължава, срокът за освидетелстване е 10 дни.

(3) Когато за изясняване на отделни случаи се изискват допълнителни документи или изследвания, срокът по ал. 2 започва да тече от деня на тяхното представяне.

(4) В случай че ТЕЛК прецени, че не е в състояние да вземе решение в деня на клиничния преглед на лицето, експертното решение се изпраща с писмо с обратна разписка, в която се отбелязват номерът и датата на експертното решение.

(5) Освидетелстването от ТЕЛК по повод искане на застрахователни компании и застраховани лица в тях се извършва срещу заплащане.

(6) Срокът на временната неработоспособност по всяко решение на ТЕЛК е до 2 месеца от датата, на която изтича срокът, определен с последния болничен лист, ако в решението не е посочен по-кратък срок.

Чл. 12. (1) Освидетелстването и преосвидетелстването на лицата се извършва от ТЕЛК по района на постоянния им адрес, което се доказва с документ за самоличност. Изключение се допуска, когато лицето се намира на продължително (повече от 30 дни) болнично или домашно лечение и не е в състояние да се яви в ТЕЛК по района на постоянния си адрес.

(2) Лицата, които по медицински показания не са в състояние да се явят в ТЕЛК, се освидетелстват на място (в дома, болнично или друго заведение). Това обстоятелство се доказва с медицинско удостоверение, издадено от лекуващия лекар или вписано в протокола на ЛКК.

(3) Освидетелстването на лицето по повод на обжалвани болнични листове се извършва от ТЕЛК по района на лечебното заведение, издало болничните листове.

Чл. 13. Общините поемат разходите за командироване на експертите от ТЕЛК от друга община при освидетелстване на лица, живеещи на територията на тяхната община.

Чл. 14. (1) Ръководителите на лечебните заведения, към които са разкрити ТЕЛК, осигуряват своевременно цялостно амбулаторно или болнично изследване на освидетелстваните лица, както и необходимите условия за нормална работа на ТЕЛК - работни помещения, инвентар, пособия, канцеларски материали, транспорт, както и заместване на отсъстващите членове на ТЕЛК.

(2) Ръководителите на лечебните заведения са задължени да предоставят на ТЕЛК и на НЕЛК необходимата медицинска документация, касаеща здравословното състояние на освидетелстваното лице.

Чл. 15. (1) Работодателите при поискване предоставят на ТЕЛК и на НЕЛК производствена характеристика, която включва информация за квалификацията, трудовия маршрут, условията на труд.

(2) Бланката на производствената характеристика се одобрява от министъра на здравеопазването и се предоставя на работодателя от ТЕЛК или от НЕЛК с писмо или чрез освидетелстваното лице.

Чл. 16. (1) За изясняване на отделни случаи и конкретни въпроси, свързани с освидетелстването на дадено лице, в заседанията на ТЕЛК след покана на председателя могат да участват представители на съответното териториално поделение на Националния осигурителен институт, на работодателя, на Министерството на труда и социалната политика и на неговите поделения, на съюзите на инвалидите, както и други длъжностни лица, имащи отношение по конкретните въпроси, свързани с освидетелстването.

(2) В своята дейност ТЕЛК може да ползва консултативната помощ на други специалисти: психолози, социални работници, специалисти по трудова медицина и др.

(3) При снемането на анамнезата и при клиничния преглед на освидетелстваното лице участват само лекари.

Чл. 17. (1) В извършването на клиничния преглед и при вземането на решение участват всички членове на ТЕЛК. При липса на единодушно становище експертното решение се подписва с “особено мнение” от лекаря, изразил мотивирано несъгласие с останалите членове на ТЕЛК.

(2) Експертните решения на ТЕЛК, подписани с “особено мнение”, се изпращат в НЕЛК за окончателно решение.

Чл. 18. (1) Председателят на ТЕЛК има следните задължения:

1. осигурява цялостното изследване и прегледа на болния от всички специалисти в комисията, колективното обсъждане на данните от клиничния преглед и наличната медицинска и друга документация;

2. контролира пълното и точно попълване на експертното решение;

3. връчва срещу подпис експертните решения на ТЕЛК, като изяснява на лицата решенията на комисията, дава указания за предприемането на съответни действия, свързани с тяхното пенсиониране или трудоустрояване, среда за обжалването на решенията на ТЕЛК и др.;

4. организира освидетелстването на лицата на място;

5. работи в сътрудничество със съответното териториално поделение на НОИ;

6. организира проверки в лечебните заведения по експертизата на временната неработоспособност и работата на ЛКК по подготовката на медицинските документи за ТЕЛК; уведомява ръководствата на лечебните заведения за констатираните пропуски и грешки и предлага мерки за отстраняването им;

7. съвместно с експертите по експертиза на работоспособността към Районния център по здравеопазване (РЦЗ), към Картотеката за медицинските експертни досиета (КМЕД) и към териториалното поделение на НОИ предлага и провежда мероприятия за повишаване на квалификацията на лекарите от района по проблемите на експертизата на работоспособността;

8. организира и провежда мероприятия за повишаване квалификацията на лекарите в ТЕЛК.

9. Председателят на ТЕЛК изготвя:

а) графика за работа на ТЕЛК, като определя един ден от седмицата за домашни посещения;

б) отчетите за работата на ТЕЛК, като един екземпляр от годишния отчет изпраща на НЕЛК;

10. съвместно с експертите към КМЕД, РЦЗ и ТП на НОИ организира обсъждане на решенията на НЕЛК, касаещи обжалвани решения на ръководената от него ТЕЛК, и взема съответни мерки за недопускане на констатираните пропуски и грешки;

11. организира мероприятия за изучаване на условията и особеностите на професионалния труд в района;

12. участва в заседанията на медицинския съвет на лечебното заведение;

13. отговаря за организацията и качеството на работата на ТЕЛК пред директора на РЦЗ и директора на лечебното заведение, към което е разкрита ТЕЛК.

(2) Лекарите в ТЕЛК:

1. извършват клиничен преглед и при необходимост назначават допълнителни изследвания и консултации със специалисти извън ТЕЛК с оглед най-правилна преценка на работоспособността на освидетелстваните лица;

2. извършват клиничен преглед на място;

3. участват в проверки в лечебните заведения по организацията и качеството на експертизата на работоспособността;

4. осъществяват методична помощ на ЛКК по подготовката и изпращането на болните за освидетелстване от ТЕЛК;

5. изучават условията и особеностите на професионалния труд в района;

6. при покана от страна на работодателите участват в комисиите за определяне на работните места за трудоустроени лица.

Чл. 19. Териториалната експертна лекарска комисия може да вземе решение само по документи, без преглед на лицата в следните случаи:

1. когато има сключени спогодби с други страни, в който е установен такъв ред;

2. при посмъртно освидетелстване и предсрочно преосвидетелстване за влошено състояние, когато лицето е подало молба в КМЕД приживе или е подлежало на редовно преосвидетелстване за получаване на пенсия;

3. когато лицето, редовно призовано, откаже да се яви за освидетелстване, с изключение на случаите, при които по здравословни причини не може да ръководи постъпките си и да отговаря за тях;

4. при продължително (над 2 месеца) лечение в чужбина с разрешение на Комисията за лечение в чужбина.

Чл. 20. (1) След вземане на решение ТЕЛК връща в КМЕД медицинското експертно досие заедно с експертни решения за досието за работодателя (ако лицето работи), за териториалното поделение на НОИ, за Националния център за здравна информация и за други заинтересувани лица и органи съобразно конкретния случай. Ако срокът на инвалидността е пожизнен, един екземпляр от решението на ТЕЛК (НЕЛК) се предоставя на териториалния орган по социално подпомагане.

(2) Медицинската документация на лица, които, редовно призовани, не са се явили за освидетелстване и редовно преосвидетелстване от ТЕЛК, се връща в КМЕД.

(3) Картотеката за медицинските експертни досиета уведомява писмено ТП на НОИ за неявилите се за преосвидетелстване пенсионери, редовно призовани с обратна разписка.

Чл. 21. Решенията на ТЕЛК се обжалват пред НЕЛК в 14-дневен срок чрез КМЕД. По отношение на освидетелстваните лица този срок започва да тече от датата на връчването на експертното решение, а по отношение на контролните органи по експертиза на работоспособността, на териториалните органи на НОИ, на работодателя и други заинтересувани органи - от датата на узнаването му. В случаите, когато жалбата е подадена чрез друг орган, тя се изпраща до съответната КМЕД, като срокът за обжалване се приема за спазен.

Чл. 22. Всички решения на ТЕЛК се проверяват от експертите към КМЕД (РЦЗ) и към ТП на НОИ. На обжалваните се поставя параф "за НЕЛК", дата и подпис, а на останалите "Няма основание за обжалване", дата и подпис.

Раздел IV

Национална експертна лекарска комисия

Чл. 23. Специализираните състави на НЕЛК имат следните задължения:

1. разглеждат и решават:

а) обжалваните решения на ТЕЛК по установения ред;

б) немотивирани решения на ТЕЛК, установени при контролно-методичните проверки в КМЕД;

в) решенията на ТЕЛК по сигнал за нарушения, свързани с експертизата на работоспособността;

2. оказват методична помощ и контрол по организацията и качеството на експертната дейност на ТЕЛК;

3. участват в разработването на нормативната уредба по експертизата на работоспособността;

4. провеждат производствена практика на работещите в ТЕЛК;

5. освидетелстват на място лица, които по медицински показания не са в състояние да се явят в НЕЛК; освидетелстване на лица на място може да се направи и по преценка на директора на НЕЛК;

6. участват в проверки по експертизата на временната неработоспособност в лечебните заведения в страната;

7. оказват методична помощ и контрол на дейността на КМЕД; извършват системни проверки на медицинската документация, която се съхранява в медицинските експертни досиета на лицата.

Чл. 24. Председателите на съставите на НЕЛК имат следните задължения:

1. планират, организират и ръководят цялостната дейност на състава;

2. осигуряват клинично-експертното изясняване на отделните случаи и колективното им обсъждане и решаване от състава;

3. носят отговорност за своевременността и качеството на експертните решения;

4. организират и провеждат мероприятия за повишаване квалификацията на лекарите от състава;

5. осигуряват условия за добра производствена практика за членовете на състава.

Чл. 25. (1) При всички случаи на обжалвани решения на ТЕЛК Националната експертна лекарска комисия задължително се произнася по всички поводи, предвидени в чл. 91, включително и по състоянието на работоспособността на лицето в момента на освидетелстването му.

(2) При обжалване на решения на ТЕЛК по експертизата на временната неработоспособност НЕЛК се произнася по всички приложени от жалбоподателя болнични листове независимо от това, дали са обсъждани в решенията на ТЕЛК, както и по състоянието на работоспособността на лицето в момента на освидетелстването му.

Чл. 26. (1) Националната експертна лекарска комисия може да събира допълнителни данни за заболяването и работоспособността на лицата, както и да иска мнението на лечебни заведения, научноизследователски институти и на националните консултанти.

(2) Лекарите от ТЕЛК и НЕЛК насочват директно болните за диагностично уточняване в лечебни заведения по своя преценка независимо от определения район на обслужване.

Чл. 27. Националната експертна лекарска комисия взема решение в срок 45 дни от датата на получаването на необходимите документи. При временна неработоспособност, която продължава, срокът е 15 дни. В случаите, когато се провеждат допълнителни амбулаторни или болнични изследвания или се изискват допълнителни документи, срокът започва да тече от датата на получаването им.

Чл. 28. Спорните в клинично-експертно отношение случаи се обсъждат от експертен съвет в НЕЛК, в който участват председателите на специализираните състави. В заседанията на експертния съвет могат да участват като консултанти националните консултанти и водещи специалисти по профила на разглежданите случаи, представители на НОИ, на съюзите на инвалидите и на други заинтересувани инстанции. Експертният съвет има консултативни функции.

Чл. 29. (1) Националната експертна лекарска комисия може да се произнася въз основа на медицинската и друга документация без клиничен преглед в случаите, посочени в чл. 19. По изключение НЕЛК може да се произнесе по документи, когато случаят не налага клиничен преглед на лицето и не са необходими нови данни и документи.

(2) Когато дадено лице, обжалвало решението на ТЕЛК, откаже да се яви за преглед, жалбата му остава без уважение.

Чл. 30. Националната експертна лекарска комисия може да потвърди решението на ТЕЛК, да го отмени и да върне за ново освидетелстване лицето с указание за отстраняване на допуснатите грешки и пропуски в решението или да го отмени и да даде ново решение.

Чл. 31. (1) Националната експертна лекарска комисия изпраща по един екземпляр от решението си на освидетелстваното лице и на Националния център по здравна информация, а един екземпляр съхранява в своя архив в продължение на 40 години. Останалите екземпляри (за медицинското досие на лицето, за ТП на НОИ, за работодателя, ако лицето работи, и за друга инстанция съобразно конкретния случай) изпраща в КМЕД заедно с медицинското досие. Картотеката за медицинските експертни досиета предоставя получените екземпляри от решението на НЕЛК на посочените адресати.

(2) Експертното решение на освидетелстваното лице се изпраща с писмо с обратна

разписка, на която са записани номерът и датата на експертното решение.

Чл. 32. Технически грешки и непълноти в решенията на ТЕЛК и НЕЛК се коригират с ново решение.

Чл. 33. Националният център по здравна информация към Министерството на здравеопазването обработва данните от експертните решения на ТЕЛК и НЕЛК и предоставя информацията на Министерството на здравеопазването и на Националния осигурителен институт.

Раздел V

Картотеки за медицинските експертни досиета

Чл. 34. (1) Съставянето, съхраняването и движението на медицинската документация на освидетелстваните лица от ТЕЛК (НЕЛК) се осъществява от картотеките за медицинските експертни досиета.

(2) В КМЕД се съхраняват медицинските експертни досиета, подредени по единен граждански номер (ЕГН).

(3) За всяко лице, което ще се освидетелства за първи път от ТЕЛК, се попълва контролен картон.

Чл. 35. (1) Лицата подават молба в КМЕД за:

1. освидетелстване;
2. редовно преосвидетелстване, когато, служебно повикано, лицето не се е явило в ТЕЛК;
3. преосвидетелстване, когато се иска промяна на датата на инвалидизирането, срока на инвалидизирането, противопоказаните условия на труд или причинната връзка;
4. предсрочно преосвидетелстване за влошено или подобро състояние;
5. преосвидетелстване по повод социални придобивки и други поводи, предвидени в нормативни актове.

(2) Явяването за редовно преосвидетелстване по повод получаване на пенсия става след служебно повикване.

(3) Лицата по ал. 1 заедно с молбата представят в КМЕД и медицинска документация, доказваща тяхното здравословно състояние, а тези, които се явяват за освидетелстване - и протокол на ЛКК.

(4) Когато в КМЕД се получи молба, протокол на ЛКК или друга медицинска документация, се проверява има ли медицинско досие или друга документация на името на това лице, за да се свърже с нея.

(5) Експертите в КМЕД изпращат документите за освидетелстване или преосвидетелстване на лицата на съответната ТЕЛК в срок 3 дни от получаването им.

Чл. 36. (1) Медицинските експертни досиета се образуват и съхраняват в картотеката по постоянния адрес на лицата.

(2) В медицинското експертно досие се съхраняват:

1. медицинските протоколи на ЛКК;
2. резултатите от направените изследвания;
3. експертните решения на ТЕЛК;
4. експертните решения на НЕЛК;
5. експертните решения на комисиите по професионални болести;
6. производствена характеристика (ако е изисквана);
7. други медицински документи, допълнително изискани от ТЕЛК (НЕЛК) - преписи от истории на заболяването, епикризи, преписи от съдебномедицински протоколи и др.

Чл. 37. (1) Когато лицето подлежи на освидетелстване или преосвидетелстване от специализирана ТЕЛК или ТЕЛК извън района на постоянния му адрес, картотеката изпраща медицинското експертно досие на съответната ТЕЛК.

(2) Когато лицето е освидетелствано от ТЕЛК извън района на постоянния му адрес, медицинската документация се изпраща в картотеката по постоянния му адрес за

образуване на медицинско експертно досие.

(3) В случаите, когато лицето е било освидетелствано от ТЕЛК в друг район за продължаване на отпуска по болест и са изминали повече от 2 месеца от срока на разрешения отпуск и лицето не се е явило за ново освидетелстване, цялата му медицинска документация се изпраща на картотеката по постоянния му адрес.

Чл. 38. (1) Медицинските експертни досиета се изпращат в НЕЛК не по-късно от следващия работен ден от подаване на жалбата срещу решението на ТЕЛК.

(2) Когато НЕЛК е отменила решението на ТЕЛК и е върнала преписката за ново освидетелстване или преосвидетелстване на лицето, медицинското експертно досие се изпраща от картотеката в двудневен срок на съответната ТЕЛК.

(3) Картотеката по постоянния адрес на лицето изпраща в ТП на НОИ първия екземпляр от експертното решение на ТЕЛК след изтичането на срока за обжалване по чл. 21, а на НЕЛК - на следващия ден след получаването му.

Чл. 39. Медицинските експертни досиета се предоставят за служебно ползване при поискване на Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика, НОИ и НЕЛК.

Чл. 40. (1) Медицинските експертни досиета и азбучните картони на лицата, на който е определен процент намалена работоспособност, се съхраняват в картотеката за срок 40 години от последното решение на ТЕЛК (НЕЛК).

(2) Медицинските експертни досиета на лицата, на които не е определен процент намалена работоспособност, се съхраняват в картотеката за срок от 5 години.

(3) След изтичането на сроковете по ал. 1 и 2 комисия, назначена по чл. 11 от Закона за Държавния архивен фонд, извършва подбор и определя за постоянно запазване медицинските експертни досиета, които имат научна стойност.

(4) Документите, определени за постоянно запазване по ал. 3, се описват и предават за съхранение в съответния държавен архив, а останалите се предават за вторични суровини.

(5) Медицинските експертни досиета на починалите инвалиди се изпращат на наследниците, а ако няма такива, се унищожават.

(6) В азбучния картон се вписва къде и кога са предадени за съхранение медицинските експертни досиета.

Раздел VI

Ръководство и контрол във връзка с осъществяване на експертизата на работоспособността

Чл. 41. Началниците на отделения ръководят и контролират цялостната дейност по експертизата на временната неработоспособност в отделението. Във връзка с това:

1. оказват помощ и контрол на лекуващите лекари за своевременна диагностика, правилно лечение и рехабилитация на болните, както и за обосновани и законосъобразни заключения за състоянието на тяхната работоспособност;

2. вписват в историята на заболяването (в ЛАК) дадената консултация и мнението си за работоспособността на болните;

3. консултират всички болни, за които лекуващият лекар е преценил, че следва да бъдат освидетелствани за трайна неработоспособност;

4. организират ежемесечно обсъждане с лекарския състав качеството на експертизата на временната неработоспособност и вземат мерки за отстраняване на допуснатите грешки;

5. създават необходимата организация, помощ и контрол при изучаване и прилагане на нормативните документи по експертизата на работоспособността;

6. осъществяват контрол на работата на ЛКК, когато не я председателстват, и качеството на нейните протоколи;

7. проверяват и докладват на ръководителите на лечебните заведения жалбите на гражданите срещу решения на лекуващите лекари и ЛКК;

8. проверяват и подписват епикризите, в които следва да се мотивира и отразява

продължителността на следболничния отпуск за временна неработоспособност.

Чл. 42. (1) Ръководителите на лечебните заведения носят цялостна отговорност за правилната организация, качеството и контрола на експертизата на работоспособността. За целта:

1. осигуряват необходимите материали и създават организация за своевременно изучаване на действащите нормативни документи по експертизата на работоспособността;

2. осъществяват системен контрол по своевременността и качеството на експертизата на работоспособността и воденето на медицинската документация и вземат мерки за отстраняване на допуснатите пропуски и грешки;

3. осигуряват възможност за своевременно амбулаторно или болнично изследване на болните, които ще бъдат освидетелствани от ЛКК, ТЕЛК и НЕЛК;

4. осъществяват контрол върху организацията и качеството на работата на ЛКК и на ТЕЛК, ако има такава в лечебното заведение;

5. разглеждат жалбите на заинтересуваните лица и органи, отнасящи се до експертизата на работоспособността и вземат съответни мерки за отстраняване на причините, които ги пораждат;

6. един път на полугодие съвместно с главните експерти по експертизата на работоспособността към Районния център по здравеопазване, към картотеката за медицинските експертни досиета, към териториалното поделение на НОИ и с председателите на ТЕЛК организират провеждане на общ колегиум, в който се прави анализ на допуснатите пропуски и грешки при осъществяване на експертизата на работоспособността.

(2) Ръководителите на лечебните заведения могат да възложат дейността по ал. 1 на един от заместниците си или на един от началниците на отделения с основна медицинска специалност.

Чл. 43. Главните експерти по експертизата на работоспособността към районните центрове по здравеопазване, към териториалните поделения на НОИ и към картотеките на медицинските експертни досиета осъществяват методична помощ и контрол по експертизата на временната и трайната неработоспособност на всички лечебни заведения на територията на района, като:

1. правят проверки по: създадената организация на работа и кадровото състояние на ЛКК и ТЕЛК; качеството на експертизата на работоспособността, осъществявана от лекуващите лекари, ЛКК и ТЕЛК, и воденето на медицинската документация;

2. информират ръководителите на лечебните заведения, директорите на районните центрове по здравеопазване, директорите на териториалните поделения на НОИ и на районните здравноосигурителни каси за констатираните грешки и пропуски и предлагат мерки за отстраняването им;

3. организират и провеждат мероприятия за повишаване квалификацията на лекарите от района по проблемите на експертизата на работоспособността;

4. участват в обсъждането на решенията на НЕЛК относно правомерността на решенията на ТЕЛК на лица, живеещи на територията на района;

5. докладват на директорите на РЦЗ и на директорите на ТП на НОИ жалби във връзка с експертизата на работоспособността и предлагат мерки за отстраняване на причините, които ги пораждат;

6. при покана от страна на работодателите участват в комисиите за определяне на работни места за трудоустроени;

7. обжалват неправилно издадени болнични листове и експертни решения на ТЕЛК при условията и по реда на чл. 16, ал. 1 от Кодекса за задължително обществено осигуряване (КЗОО).

ГЛАВА ТРЕТА

ЕКСПЕРТИЗА НА ВРЕМЕННАТА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ

Раздел I

Условия и ред за разрешаване на отпуск поради временна неработоспособност

Чл. 44. (1) Временна неработоспособност е налице в случаите, при които осигуреното лице не може или е възпрепятствано да работи поради: общо заболяване, злополука, професионална болест, лечение в чужбина, санаторно-курортно лечение, належащ медицински преглед или изследване, карантина, отстраняване от работа по предписание на здравните органи, гледане на болен или на карантиниран член от семейството, належащо придружаване на болен член от семейството за медицински преглед, изследване или лечение в същото или в друго населено място, в страната или в чужбина, бременност и раждане, гледане на здраво дете, върнато от детско заведение поради карантина в заведението.

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

Чл. 45. (1) Болничните листове се издават от лекуващите лекари или стоматолози и ЛКК. Стоматолозите издават болнични листове само за заболявания от тяхната специалност. Лекарите от центровете за спешна медицинска помощ могат да издават болнични листове за домашно лечение до 3 календарни дни, като предоставят на болния талон, в който описват обективния статус, даденото лечение и разрешения отпуск. Талонът се съхранява в ЛАК на лицето.

(2) Болничните листове за временна неработоспособност се издават от лекуващите лекари или стоматолози и ЛКК при лечебните заведения, където осигурените са упражнили правото си на избор на лекар или стоматолог, или при ведомствените лечебни заведения, които обслужват осигурения по месторабота. При спешни случаи болничен лист може да се издаде и от друго лечебно заведение, но само за времето, през което лицето трябва да спазва домашен режим.

(3) Болничните листове, издадени от центровете за спешна медицинска помощ, се обжалват пред ЛКК към лечебните заведения, където осигурените са упражнили правото си на избор на лекар, съответно на стоматолог.

Чл. 46. (1) По искане на лицата, които са осигурени за всички осигурителни социални рискове и работят при повече от един работодател, се издава повече от един екземпляр болничен лист за представяне пред всеки от работодателите.

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

(3) Екземплярите на болничния лист, издадени по реда на ал. 1, се извеждат под един и същ номер в книгата за регистриране на издадените болнични листове и в книгата за решенията на ЛКК - отчетни форми по образец, утвърден от министъра на здравеопазването.

Чл. 47. (1) Болничният лист се издава в деня, в който се установи временната неработоспособност. Не се допуска издаване на болничен лист, в който датата на започването на отпуска е по-късна от датата на издаването му. Изключение се допуска само в случаите, когато временната неработоспособност е констатирана в деня, в който лицето е било на работа, независимо от отработените часове или след изтичане на работното му време, както и когато болничният лист е продължение. В тези случаи отпускът, даден за временна неработоспособност, започва задължително от следващия календарен ден независимо, че той може да е неработен за болния.

(2) Осигуреният е длъжен да представи болничния лист на работодателя или да го уведоми за него непосредствено след издаването му, най-късно до следващия ден от началото на разрешения отпуск за временна неработоспособност.

(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, където работи

осигуреният. Ако осигуреният желае да ползва платен годишен отпуск за времето, включено в болничния лист, подава съответна молба до работодателя. В този случай болничният лист се съхранява в предприятието, като към него се прикрепя копие от молбата на осигурения.

(4) Болничен лист за минало време без предварителен преглед на болния не се издава. Изключение се допуска най-много до 3 дни в случаи с тежки остри или изострени хронични заболявания, когато при прегледа обективната находка, отразяваща естеството и стадия на даденото заболяване, доказва, че лицето е боледувало и е било в състояние на временна неработоспособност, но прегледът не е могъл да бъде извършен. За лица, които поради заболяването си не носят отговорност за действията си, този срок с 10 дни. При издаване на болничния лист денят на прегледа не се включва в посочените 3 или 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 се прецени, че лицето през това време е било временно неработоспособно. В тези случаи болничен лист за отпуск до 10 дни се издава от лекуващия лекар, до 6 месеца - от ЛКК, а за повече от 6 месеца след решение на ТЕЛК. Целият отпуск за минало време се включва в един болничен лист.

Чл. 48. (1) Всички решения на ЛКК и ТЕЛК по експертизата на временната неработоспособност, както и издадените болнични листове задължително се вписват в личната амбулаторна карта, а за лекуващите се в лечебно заведение за болнична помощ - и в историята на заболяването (ИЗ), и в епикризата.

(2) Решенията и мненията на ЛКК се вписват под номер в Книга за решенията на ЛКК по образец, утвърден от министъра на здравеопазването, и се подписват от председателя и членовете на комисията. Всяка ЛКК води отделна книга за решенията. Издадените болнични листове от лекуващите лекари и от ЛКК се регистрират в Книга за регистриране на издадените болнични листове по образец, утвърден от министъра на здравеопазването. Във всяко лечебно заведение се води само една такава книга.

Чл. 49. (1) Болничен лист се издава и при следните случаи:

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

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

(3) Неработоспособните хронични алкохолици се третира 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 по чл. 46 КЗОО".

Чл. 50. Не се издава болничен лист за временна неработоспособност:

1. когато при прегледа се установи, че осигуреният е работоспособен; в този случай в служебната бележка, ако се поиска такава, се отбелязват датата и часът на явяването и на напускането на лечебното заведение;
2. при кръводаряване, освен в случаите, когато поради кръводаряването настъпи временна неработоспособност;
3. за гледане на хронично болен и на инвалид, на който е определена и чужда помощ, освен в случаите, когато се прибавя ново заболяване, което утежнява състоянието и налага

гледане на болния с цел да се предотвратят сериозни усложнения, а също така и в терминалния стадий.

Чл. 51. (1) Болничен лист за временна неработоспособност на един осигурен се издава еднолично от лекуващите лекари и стоматолози до 10 дни непрекъснато независимо, дали той се разрешава от един или повече лекари, но за не повече от 60 дни с прекъсване в една календарна година.

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

(3) Когато болничният лист е издаден в нарушение на ал. 1 и 2, въпросът за временната неработоспособност се решава по реда на чл. 16, ал. 1 КЗОО.

Чл. 52. (1) Болничен лист за цялото време на болничното лечение се издава еднолично от лекуващия лекар или стоматолог. В случаите, когато след болничното лечение болният се нуждае и от домашно лечение, при изписването се издава един болничен лист от ЛКК, в който се включват дните за болничното лечение, както и не повече от 30 дни за домашно лечение. В историята на заболяването и в епикризата се отразява издаденият болничен лист и се обосновава необходимостта от отпуск за домашно лечение.

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

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

Чл. 53. (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.

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

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

Чл. 54. Всички лабораторни изследвания и лечебни процедури (физиотерапия, рентгенова терапия и др.) на работоспособни осигурени се извършват в извънработно време или в работно време с разрешението на работодателя, без да се издава болничен лист. В тези случаи лекарят (стоматологът), който прави изследването или консултацията, издава служебна бележка на осигурения, в която отразява часа на явяването и часа на приключването на изследването. Болничен лист може да бъде издаден само в случаите, когато процедурите или изследванията могат да се извършат единствено през работното време на осигурения, както и в случаите, когато времето, необходимо за отиване и връщане до лечебното заведение, и извършването на изследванията и процедурите, ангажират цялото му работно време. В тези случаи болничният лист се издава от лекаря (стоматолога), изпратил болния за съответното изследване и лечебни процедури.

Чл. 55. На осигурени с ампутирани крайници или други ортопедични дефекти, повикани, за да им бъде взета мярка за направа на ново ортопедично средство или за поправка на старо, както и за обучение при ползването му, болничен лист за необходимото

време се издава от лекаря в съответния център за протезиране.

Чл. 56. Осигуреният не може по своя преценка, без разрешение от лекуващия лекар или ЛКК, издали болничния лист, да се върне на работа преди изтичане на разрешенния отпуск. Осигурителите не допускат на работа осигурени, които се намират в отпуск поради временна неработоспособност. В случаите, когато осигуреният въпреки разрешения му отпуск за временна неработоспособност е постъпил на работа, за дните, през които е работил, се лишава от обезщетение.

Чл. 57. (1) Когато лицето, което ползва отпуск по болест, заяви, че работоспособността му е възстановена преди изтичане на разрешенния отпуск и ако лекуващият лекар, стоматолог или ЛКК, издали, болничния лист, установят това, те могат да прекратят отпуска, като отбележат в болничния лист датата, от която осигуреният трябва да постъпи на работа. В тези случаи ЛКК може да прекрати отпуск, даден еднолично от лекар.

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

(3) Споровете между осигурения, лекуващите лекари и други заинтересувани лица и органи се разрешават по реда на чл. 16, ал. 1 КЗОО.

Чл. 58. Лекуващите лекари или стоматолози и ЛКК са длъжни:

1. да уведомяват осигурените за деня, в който трябва да се явят на преглед или на работа;
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 болест, трудова злополука, професионална болест, аборт, при належащи медицински прегледи и изследвания и трудоустрояване

Чл. 59. (1) Болничен лист за временна неработоспособност поради общо заболяване, трудова злополука и професионална болест се издава за времето от първия ден на настъпване на временната неработоспособност до нейното възстановяване или до установяване на трайна нетрудоспособност от ТЕЛК независимо от това, дали по него ще се плати парично обезщетение.

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

(3) Неработните дни, както и ползването на друг законоустановен отпуск не прекъсват временната неработоспособност по смисъла на ал. 2. Прекъсване на временната неработоспособност се приема само когато лицето се е явило на работа със съгласието на органа, разрешил отпуска по болест (лекуващите лекари, ЛКК или ТЕЛК). Това обстоятелство се отразява в ЛАК и в издадения болничен лист по реда на чл. 5, ал. 1, т. 2, буква "б".

(4) По изключение за отделни случаи след мотивирано решение на ТЕЛК отпускът за временна неработоспособност може да се продължи и след завършване 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. 60. При злополука лекуващият лекар или стоматолог определя вида ѝ - трудова или

битова, според данните от анамнезата и неговите лични констатации, като задължително вписва в личната амбулаторна карта 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 протокол на комисията по професионални болести”.

Чл. 61. Болничен лист за аборт по желание или по медицински показания се издава по общия ред.

Чл. 62. (1) Болничен лист на осигурен, изпратен за консултация или изследване, се издава от лекуващия лекар или стоматолог или ЛКК, които са го изпратили. Консултантът издава болничен лист в случаите, когато поеме лечението, приеме болния в лечебно заведение за болнична помощ или му осигури системно домашно-амбулаторно наблюдение и лечение. Еднократното даване на рецепта не се счита за поемане на лечение.

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

(3) Когато осигуреният не е бил изпратен за консултация от лекуващия лекар или ЛКК, но представи консултативно мнение от по-висококвалифицирано лечебно заведение, което е констатирало състояние на временна неработоспособност, въпросът за работоспособността при несъгласие с мнението на консултанта се решава по реда на чл. 16, ал. 1 КЗОО. В този случай лечебните заведения, извършили консултацията, са длъжни да издават официален документ, в който да отразяват обективната находка, параклиничните изследвания, лечението и мотивирано мнение за работоспособността на осигурения.

(4) При представяне на консултативни мнения за временна неработоспособност от лечебни заведения, които не са сключили договор със съответната здравноосигурителна каса, въпросът за временната неработоспособност се решава по реда на ал. 3.

Чл. 63. (1) Когато няма данни за трайно намалена работоспособност, но здравословното състояние на осигурения налага да работи при облекчени условия, включително и при намален работен ден, той се трудоустроява с болничен лист.

(2) Лекуващият лекар трудоустроява за срок 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. Ако здравословното състояние на лицето не е довело до установяване на трайна нетрудоспособност и се налага то да продължи да работи при облекчени условия, срокът на трудоустрояването се продължава от ЛКК.

Раздел III

Издаване на болничен лист за временна неработоспособност поради бременност, раждане и осиновяване

Чл. 64. (1) Отпускът поради бременност и раждане на осигурената в размер 135 календарни дни за всяко дете се разпределя в три болнични листа, както следва:

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

2. за 42 календарни дни непосредствено след раждането - от лекаря, който е водил раждането; ако раждането е станало без медицинско наблюдение - от лекар в лечебното заведение, в чийто район е станало раждането, или от избрания лекар;

3. за 48 календарни дни - продължение на предходния болничен лист - от лекаря, при който с регистрирано детето.

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

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

Чл. 65. (1) Когато раждането не стане в рамките на 45-те дни отпуск по бременност, той се продължава с нов болничен лист до деня на раждането, но за не повече от 93 дни.

(2) Когато поради неточно предвиждане на лекарите раждането е станало преди изтичането на 45-дневния отпуск по бременност, а също и при преждевременно раждане, когато не е съществувала възможност да се започне ползването на 45-дневния отпуск по бременност, осигурената има право на остатъка или на неизползвания отпуск поради бременност. В тези случаи отпускът се включва в третия болничен лист, като се вписва размерът на неизползвания отпуск поради бременност. В случаите, при които осигурената няма право на отпуск за времето след 42-рия ден от раждането, от 43-тия ден след раждането се издава нов болничен лист от лекаря, наблюдавал бременната за целия неизползван отпуск поради бременност.

Чл. 66. (1) 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.

(2) Ако работоспособността на майката вследствие на раждането не е възстановена след 42-рия ден, срокът на временната неработоспособност се продължава по преценка на здравните органи до нейното възстановяване.

Чл. 67. 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 болничния 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 реда на чл. 66, ал. 2.

Чл. 68. (1) В случай, при който бременната не се е явила своевременно за оформяне на отпуска си по бременност, но има определен термин на раждане, болничният лист се издава, както следва:

1. ако до явяването ѝ при лекаря е работила - само за времето от датата на прекратяване на работата до термина на раждането;

2. ако до явяването ѝ при лекаря не е работила - за целия период от 45 дни, предхождащ термина на раждането.

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

1. за целия период от 45 дни преди раждането, ако не е работила, болничният лист се антидатира и се издава за целия период до датата на раждането от лекаря, водил раждането;

2. ако е работила част от периода от 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, трябва да представи на здравните органи документ от предприятието за датата, до която е работила. Документът се съхранява в ЛАК заедно с картон на бременната.

Чл. 69. (1) На осигурената или осигурения за всички осигурени социални рискове, които осиновят дете, се издава болничен лист за временна неработоспособност в размер разликата от възрастта на детето в деня на предаването му за осиновяване до изтичането на срока, определен по чл. 50 КЗОО.

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

Чл. 70. (1) В случаите, при които вземането на дете за осиновяване е станало от дома на родилката, болничният лист се издава еднолично от личния лекар на осиновителя въз

основа на акта за раждане на детето и декларация по образец, подписана от осиновителя. Декларацията на осиновителя се прилага към личната му амбулаторна карта.

(2) Отпускът се разрешава и болничният лист се издава от деня на явяването на осиновителя пред здравните органи и представяне на декларацията за срока по чл. 69, ал. 1.

Раздел IV

Издаване на болничен лист за санаторно-курортно лечение

Чл. 71. (1) Болничен лист за отпуск за санаторно-курортно лечение се издава само на временно неработоспособен осигурен, чието заболяване е показано за такова лечение.

(2) Санаторно-курортно лечение на лица с хронични заболявания със запазена работоспособност се провежда за сметка на друг законоустановен отпуск.

(3) При непосредствено изпращане на временно неработоспособен осигурен от болнично на санаторно-курортно лечение болничният лист се издава от ЛКК на лечебното заведение, което го е изпратило.

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

Чл. 72. В болничния лист за санаторно-курортно лечение 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 здравните органи

Чл. 73. (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 заболее 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 здравните органи като преболедувал от заразна болест, като бацилоносител или поради контакт със заразоболен, болничният лист се издава еднолично от лекуващия лекар за сроковете, установени за съответните заразни болести. В трите случая лицето трябва да представи служебна бележка от администрацията на предприятието, че не може да се трудоустрои на друга подходяща работа.

Раздел VI

Издаване на болничен лист за гледане на болен член от семейството

Чл. 74. (1) Болничен лист за гледане на болен член от семейството в дома се издава:

1. от лекуващия лекар (стоматолог) - еднолично до 10 дни непрекъснато, независимо дали се отнася за едно или различни заболявания;

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

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

(3) При издаване на болничен лист за гледане на болно дете до 18 години се вписват задължително трите имена, рождената дата, родствената връзка и диагнозата на болното дете.

Чл. 75. (1) Болничен лист за гледане на болни деца от семейството се издава еднолично от лекуващия лекар и в следните случаи:

1. за гледане на заразено болно дете в лечебно заведение за болнична помощ или в дома - до изтичане на болничното или домашното лечение, както и на дете, посещаващо детско заведение, контактно със заразено болно, 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 отпуски.

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

Чл. 76. (1) Болничен лист за гледане на болен член от семейството в лечебно заведение за болнична помощ се издава еднолично от лекуващия лекар при наличност 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 стационара.

Раздел VII

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

Чл. 77. (1) Болничен лист за придружаване на болен член от семейството, включително на болно дете до 18-годишна възраст, в същото или в друго населено място се издава от лекуващия лекар или ЛКК, изпратили болния за консултация, изследване или постъпване за лечение, след като осигуреният представи документи от лечебното заведение, към което е насочен болният, от който 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 това болничен лист може да се издаде по реда на чл. 76.

(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. 78. (1) Болничен лист за гледане или придружаване на болен член от семейството се издава при условие, че в мястото, където пребивава болният, няма друг незаает на работа член от семейството му, годен да гледа или придружава болния. Това обстоятелство се установява с декларация на осигурения, на когото се издава болничният лист, която се прилага към болничния лист. Лекуващият лекар или ЛКК вписва в личната амбулаторна

карта на болния на кого е издаден болничният лист за гледането му, името, местоработата, постоянния адрес, родствената връзка с болния, размера на отпуска, номера на болничния лист и обстоятелството, че е приложена декларация към него. Данните от болничния лист - номер, серия, начало и продължителност на отпуска, се нанасят и в ЛАК на лицето, на което е издаден болничният лист.

(2) За деца до 7-годишна възраст не се изисква декларация по ал. 1.

Чл. 79. (1) Не се издава болничен лист за гледане или 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 става от едно и също лице.

Раздел VIII

Издаване на болничен лист за лечение и изследване в чужбина

Чл. 80. 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 Районния център по здравеопазване - София, за целия период на временната неработоспособност, срещу представяне на документ от лечебното заведение, в което е извършено лечението или изследването.

Чл. 81. (1) Болничен лист на изпратените за лечение и изследване в чужбина от Комисията за лечение в чужбина към Министерството на здравеопазването се издава от ЛКК при лечебното заведение по техния постоянен адрес срещу представяне на преведен и легализиран документ от лечебното заведение в чужбина, което е извършило лечението или изследването, и разрешителния документ на комисията.

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

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

Чл. 82. (1) На осигурени, на който е проведено болнично лечение или изследване в чужбина, независимо по какъв ред, болничен лист се издава за целия период на лечението или изследването въз основа на представените документи от лечебното заведение.

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

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

(4) Болничен лист по ал. 1, 2 и 3 се издава от ЛКК на лечебното заведение, в което осигуреният е упражнил правото си на избор на лекар, по предложение на директора на съответното ТП на НОИ. Във връзка с това осигуреният е длъжен да представи в териториалното поделение на НОИ документите от лечебното заведение, където е извършено лечението или изследването.

(5) При отказ на териториалното поделение на НОИ да направи предложение за издаване на болничен лист спорът се отнася за решаване от НОИ.

Чл. 83. 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. 84. Болничните листове и други официални документи, установяващи проведено лечение или изследване в страните, с които Република България има сключени спогодби за сътрудничество в областта на социалната политика, са задължителни за компетентните органи в Република България.

Чл. 85. Когато раждането е станало в чужбина, представя се само документ за деня на раждането и за ползвания отпуск по бременност.

Чл. 86. За временно неработоспособни български граждани на работа в други страни, изпратени въз основа на сключени спогодби с тях, при завръщане и за престоя им в страната поради ползването на платен или неплатен отпуск или командировка болничен лист се издава при условията и по реда на наредбата.

Раздел IX

Общи изисквания по отчетността на болничните листове

Чл. 87. 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 личната амбулаторна карта на лицето.

Чл. 88. (1) Органите на експертизата, издали неправомерно болнични листове, имат право сами да ги анулират до изплащане на обезщетения по тях.

(2) Болнични листове след изплащане на обезщетение по тях се анулират само по реда на чл. 16, ал. 1 КЗОО.

(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.

Чл. 89. Повредените по някаква причина болнични листове се съхраняват в лечебните заведения. Унищожават се в края на годината по реда на чл. 88, ал. 4.

Чл. 90. (1) Бланките на болничните листове се отпечатват и разпределят от НОИ. За получените и разходваните бланки на болнични листове за временна неработоспособност в ТП на НОИ и в лечебните заведения се води регистър за получаването, движението и отчитането на болничните листове.

(2) Лекарите и стоматолозите получават бланки на болнични листове от ТП на НОИ след представяне на удостоверение за регистрация на лечебното заведение, издадено от директора на РЦЗ.

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

(4) За съхраняване и опазване на получените бланки на болнични листове лична отговорност носи лекарят или стоматологът, който ги е получил.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

ЕКСПЕРТИЗА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА ИЛИ

ЗАГУБЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ (ИНВАЛИДНОСТ)

Чл. 91. Експертизата на трайно намалената или загубена работоспособност включва определяне на:

1. степента на трайно намалената или загубена работоспособност в проценти спрямо здравия човек;
2. потребността от чужда помощ и за какъв срок;
3. срока на инвалидността и датата, на която изтича определеният срок на инвалидност;
4. началната дата на трайно намалената или загубена работоспособност (дата на инвалидизиране);
5. причинната връзка между увреждането (смъртта) и трудовата злополука, условията на труд, при който е работило освидетелстваното лице, включително и при военна и гражданска инвалидност;
6. противопоказаните условия на труд.

Чл. 92. Степента на трайно намалената или загубена работоспособност се определя въз основа на подробна клиничко- експертна анамнеза, задълбочен клиничен преглед, насочени лабораторни и функционални изследвания и данните от наличната медицинска документация, даващи представа за функционалното състояние на заболялия орган и организма като цяло.

Чл. 93. (1) Установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка от приложение № 1. Ако приетата точка предвижда диапазон "от ... до ...", процентът на намалената работоспособност се съобразява със степента на установения дефицит.

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

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

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

Чл. 94. Критериите за оценката на намалената работоспособност са еднакви независимо от повода, за който се освидетелства лицето (пенсиониране, социално подпомагане, освобождаване от такси и данъци и др.).

Чл. 95. Процентите на трайно намалената или загубена работоспособност по повод увреждане, причинено от общо заболяване, и по повод увреждане, при което се определя причинна връзка (трудова злополука, професионална болест, военна инвалидност и др.), се определят поотделно.

Чл. 96. При внезапно починало лице ТЕЛК и НЕЛК се произнасят само по причинната връзка въз основа на наличната медицинска документация и протокола от аутопсията.

Чл. 97. Когато процентът на намалената работоспособност се завишава при непроменено здравословно състояние, се прави подробна мотивировка със:

1. неправилна оценка при предишното освидетелстване;
2. допуснатата фактическа грешка;
3. други причини.

Чл. 98. (1) При тежка степен на намалена работоспособност (над 90 на сто) ТЕЛК (НЕЛК) се произнасят и по потребността от чужда помощ.

(2) Чужда помощ се определя на лица, които не са в състояние да се самообслужват в битово отношение (ставане, обличане, личен тоалет и поддържане на обща хигиена, самостоятелно ползване на тоалетна, хранене, доставка и подготовка на храна), да се придвижват самостоятелно в района и извън района на жилището си, включително и при

упражняване на трудова дейност и при задоволяване на културните си потребности. Чужда помощ се определя и на психично болни, които не са в състояние да контролират действията си.

Чл. 99. (1) Срокът на инвалидността е от една до 3 години в зависимост от характера на увреждането, динамиката на неговото развитие и възможностите за възстановяване на работоспособността.

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

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

(4) При дефинитивни състояния, посочени със знак “(-)” в приложение № 1, без възможност за пълно или частично възстановяване на работоспособността се определя пожизнен срок.

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

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

Чл. 100. (1) Дата на инвалидизиране се определя, когато се определя процент на загубена работоспособност.

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

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

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

(5) Когато лицето не е ползвало отпуск и 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 на протокола на ЛКК.

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

(7) 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.

Чл. 101. Нова дата на инвалидизиране се определя:

1. на работещите инвалиди, на които при следващото преосвидетелстване е определен по-висок процент загубена 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 загубена работоспособност и са поискали друг вид пенсия - от датата, на която е установена намалената или загубената работоспособност, обусловена от увреждането, даващо основание за друг вид пенсия;

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

Чл. 102. Решение за причинна връзка се взема от ТЕЛК и НЕЛК само при определяне на процент на намалена или загубена работоспособност и при временна неработоспособност по повод трудова злополука, професионална болест и техните усложнения.

Чл. 103. (1) Териториалните експертни лекарски комисии и НЕЛК се произнасят по причинната връзка въз основа на следните документи:

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

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

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

4. при професионална болест - решение на комисията по професионални болести; когато ТЕЛК и НЕЛК установят противоречиви данни относно характера на заболяването, могат да върнат решението на съответните комисии за професионални болести за преразглеждане.

(2) 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 или трудова служба и че са пострадали по време на службата, с документ от съответното поделение или военна болница.

(3) 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. 104. Причинна връзка се признава не само за увреждането по повод злополуката и професионалната болест, но също и за последствията или усложненията, обусловени от тях.

Чл. 105. Причинна връзка се признава и в случаите, когато професионалната болест има прогресиращ характер и се проявява и след прекратяване на работата с вредните професионални фактори.

Чл. 106. (1) При пенсия за военна инвалидност ТЕЛК и НЕЛК вземат решение, дали намалената работоспособност с резултат от това, че лицето с пострадало или заболяло през време на военната служба.

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

(3) Когато в ТЕЛК (НЕЛК) постъпят допълнителни доказателства, показващи друго време, през което лицето е пострадало или заболяло, различно от това, 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. 107. (1) Териториалните експертни лекарски комисии се произнасят по причинната връзка и при освидетелстване на лица по искане на държавни и частни застрахователни институти и компании и на застрахованите лица във връзка със сключена застраховка при спазване условията на застрахователния договор. За злополука се считат внезапните събития, станали не по волята на застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или трайна загуба на работоспособността, а именно: нещастни случаи, произлизащи от движещи се транспортни средства, при работа с машини, използване на оръжие и инструменти или в резултат 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.

(2) Не се считат за злополука по отношение на застрахователни компании случаите, настъпили в резултат 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 в резултат 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 умишлено самоубийство или опит за самоубийство.

Чл. 108. (1) При преосвидетелстване на пенсионери по повод трудова злополука и професионална болест, гражданска или военна инвалидност, ако се констатира, че заболяванията, за който е била призната причинна връзка, не намаляват и работоспособността им и 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 последствие от заболяването, за което е приета причинна връзка.

Чл. 109. (1) В своите решения ТЕЛК и НЕЛК определят условията на труд, противопоказани за здравословното състояние на освидетелстваните лица.

(2) 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.

ДОПЪЛНИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА

§ 1. По смисъла на наредбата:

1. “Лекуващ лекар или стоматолог” е лекарят или стоматологът, който е поел по съответния ред наблюдението и лечението на болния в амбулаторни, домашни или болнични условия.
2. “Членове на семейството” са съпругът, съпругата и техните възходящи и низходящи по права линия.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 2. Определените групи инвалидност до влизането в сила на наредбата се приравняват към следните проценти на загубената работоспособност:

1. първа група инвалидност - над 90 на сто;
2. втора група инвалидност - от 71 до 90 на сто;
3. трета група инвалидност - от 50 до 70 на сто.

§ 3. До утвърждаване на новите образци на бланки на експертни решения и на болничен лист органите, извършващи експертиза на работоспособността, ползват утвърдените до влизането в сила на наредбата образци.

§ 4. Наредбата се приема на основание чл. 14, ал. 3 от Кодекса за задължително обществено осигуряване.

Приложение № 1
към чл. 93, ал. 1
от наредбата

ОТПРАВНИ ТОЧКИ ЗА ОЦЕНКА НА ТРАЙНО НАМАЛЕНАТА РАБОТОСПОСОБНОСТ В ПРОЦЕНТИ

Част първа

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ

Раздел I

Общи правила

Процентът на трайно намалената или загубена 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 пол внимание п 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.

При изявена остеопороза (например при хормонални нарушения, гастроинтестинални резорбтивни смущения, бъбречни увреждания) определянето на процент ограничена работоспособност е в зависимост от функционалното състояние. Към това следва да се оценят и болките, които предизвиква остеопорозата.

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 на 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. При благоприятна характеристика на ампутационния чукан и на съседните стави, адекватно в статично и динамично отношение протезиране, оценките следва да се намалят с 10 на сто.

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

Оценката на намалената работоспособност при псевдоартрозите се базира на това, дали те са стабилни или халтави. Рентгеновият образ дава отговор за вида на псевдоартрозата.

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 с в зависимост от ограничението на движенията и възможностите за натоварване.

Раздел II

Хроничен остеомиелит

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

Забележки:

1. При оценката на намалената работоспособност при това заболяване се имат предвид локализацията и разпространението на процеса, наличните функционални нарушения, съпътстващата активност и нейното значение за общото състояние на организма и възможните последващи заболявания (анемия, амилоидоза и др.).

2. Значително подобрене поради стихване на процеса може да се приеме едва тогава, когато в продължение на 2 до 5 години в зависимост от продължителността на заболяването няма фистули, а от останалите находки, включително рентгеновите и лабораторните, не се откриват белези на активност. При тези случаи по правило степента на намалената работоспособност трябва да бъде с 20 до 30% по-ниска. Изчаква се още от 2 до 4 години за по-нататъшна оценка на оздравяването. Намалената работоспособност се определя по остатъчните увреди.

Раздел III

Мускулни заболявания

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

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

Раздел IV

Гръбначни и тазови увреди

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

2. Фрактури на прешленно тяло:

2.1. без статични отклонения: 0%

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

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

3. Фрактури или деформации на таза:

3.1. слабо затрудняващи движението: 20%

3.2. значително затрудняващи движението: 30 - 40%

4. Дегенеративни промени на гръбначния стълб:

4.1. с ограничени функционални нарушения: 0 - 10%

4.2. с трайни функционални нарушения: 20 - 30% Забележки 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 - 70 градуса, клиновиден прешлен, пеперудовиден прешлен, фиксиран объл гръбнак, блок-прешлен с гибус на гръбнака: 30 - 50%

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

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

Раздел V

Болест на Шоерман

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

1. С леки функционални ограничения: 0 - 10%

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

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

Раздел VI

Болест на Бехтерев (анкилозиращ спондилоартрит)

1. Ранен стадий - без функционални нарушения и без оплаквания: 10%

2. В останалите случаи - според протичането, активността, функционалните нарушения и видимите рентгенови находки на гръбначния стълб, съответно на крайниците:

2.1. ограничено развитие: 20 - 40%

2.2. средно развитие: 50 - 60%

2.3. напреднало развитие: 70 - 100%

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%

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

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

(-)5. Загуба на едната ръка на ниво предмишница: 50%

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

(-)7. Загуба на ръка на ниво радиокарпална става: 50%

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

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

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

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

10.1. вдигане на ръката до 120 градуса: 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. от 4 см до 10 см: 10%

12.3. от 10 см до 20 см: 20%

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

13. Псевдоартроза на мишницата:

13.1. стабилна (ригидна): 30%

13.2. халтава: 50%

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

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

15.1. в благоприятно положение: 30%

15.2. в неблагоприятно положение: 40 - 50%

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

16. Ограничени движения на лакътната става:

16.1. лека степен - екстензия-флексия по 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 пронаторно 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 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: 20%
- (-)29. Загуба на един палец: 30%
- (-)30. Загуба на двата палеца: 60%
- (-)31. Загуба на един палец с метакарпалната кост: 50%
- (-)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 пети пръст: 5%

35. Загуба на два пръста:

- (-)35.1. I+II; I+III; I+IV: 40%
- (-)35.2. I+V: 35%
- (-)35.3. II+III; II+IV; II+V: 35%
- (-)35.4. III+IV; III+V: 30%
- (-)35.5. IV+V: 20%

(-)36. Загуба на три пръста, включително палеца: 50% 37. Загуба на четири пръста:

- (-)37.1. I-IV: 60%
- (-)37.2. в останалите случаи: 50%
- (-)38. Загуба на II, III, IV и V пръст на двете ръце: 80%
- (-)39. Загуба на всичките пет пръста на една ръка: 60%
- (-)40. Загуба на всичките десет пръста: 100%

41. Периферни ентезопатии и болести на мускулите, лигаментите и фасциите - хронично рецидивиращи форми:

- 41.1. лека степен: 10 - 20%
- 41.2. средна степен: 20 - 30%
- 41.3. тежка степен: 40 - 50%

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

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

Раздел IX

Увреди на долните крайници

1. Ендопротезиране на тазобедрена и колянна става:

- (-)1.1. едностранно: 50%
- (-)1.2. двустранно: 75%
- (-)2. Загуба на двата крайника на ниво бедро: 100%
- (-)3. Загуба на единия крайник на ниво бедро и на другия на ниво подбедрица: 100%
- (-)4. Загуба на един крак и ръка на ниво подбедрица и предмишница: 100%
- (-)5. Загуба на един крак в тазобедрената става или много къс чукан на бедрото: 80 - 90%

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

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

(-)7. Загуба на крайник на ниво подбедрица съобразно функционалната стойност на ампутационния чукан и на ставата: 50%

(-)8. Загуба на крак на ниво подбедрица при незадоволително състояние на функцията на ампутационния чукан и колянната става: 60%

9. Загуба на двата крака на ниво подбедрица:

(-)9.1. при двустранно благоприятно състояние на чуканите: 80%

(-)9.2. при едностранно неблагоприятно състояние на чукана: 90%

(-)9.3. при двустранно неблагоприятно състояние на чуканите: 100%

10. Частична загуба на ходилото:

(-)10.1. Ампутация по Пирогов:

(-)10.1.1. едностранно и с добър ампутационен чукан: 50% (-)10.1.2. двустранно с добър ампутационен чукан: 70% (-)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%

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

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

(-)13. Загуба от втори до пети пръст или от първи до трети пръст: 30%

(-)14. Загуба на всички пръсти на двете ходила: 40%

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

16. Контрактура на едната тазобедрена става:

16.1. в благоприятно положение: 30%

16.2. в неблагоприятно положение: 40 - 60%

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

17. Ограничени движения на тазобедрената става:

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

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

17.2.1. едностранно: 20%

17.2.2. двустранно: 50%

17.3. тежка степен:

17.3.1. едностранно: 30 - 50%

17.3.2. двустранно: 50 - 100%

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

18. Вродена луксация на тазобедрената става:

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

18.2. за срока на допълнителното абдукционно лечение: 50% След този период се съобразяват остатъчните функционални нарушения.

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. от 2,5 до 4 см: 10%

- 22.3. от 4 до 6 см: 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. Контрактури (обездвижвания) на двете колена: 80%
- 26. Контрактура (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. костно зараснала 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%
 - 30.3. тежка степен - екстензия-флексия 0 градуса - 30 градуса - 90 градуса: 40 - 50%
- 31. Псевдоартроза на тибията:
 - 31.1. стабилна (ригидна): 30 - 40%
 - 31.2. халтава: 50 - 60%
- 32. Частична загуба или псевдоартроза на фибулата: 0 - 10%
- 33. Контрактура (обездвижване) на горната скочна става в благоприятно положение (плантофлексия от 5 до 15 на сто): 20%
- 34. Контрактура (обездвижване) на долната скочна става в благоприятно положение (неутрално положение): 10%
- 35. Контрактура (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: 10 - 20%

43.2. в неблагоприятно положение - флексия в основната става повече от 10 градуса: 20 - 30%

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

44.1. незначително ограничаване на функцията: 10%

44.2. със значително ограничаване на функцията: 20 - 30% Забележка 4. Вродените заболявания на опорно-двигателния апарат се оценяват съобразно наличния функционален дефицит.

Раздел X

Туморни заболявания на опорно-двигателния апарат

Злокачествени тумори на костите и меките тъкани:

1. Неоперабилни и оперирани след първата година от операцията: 90 - 100%

2. От втората до петата година в зависимост от състоянието и функционалния дефицит: 50 - 100%

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

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): 5 - 20%

2. Органично-мозъчна промяна на характера.

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 психореактивни смущения.

Степен на изразеност:

2.1. леки: 40 - 50%

2.2. средни: 50 - 70%

2.3. тежки: 70 - 100%

(-)2.4. тежки невъзвратими: 100%

Раздел II

Затруднено заучаване, умствена ограниченост

Оценката на намалената работоспособност (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: 0 - 10%

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

3. Ограничени умствени възможности:

3.1. ограничения в умствените възможности, позволяващи обучение само в специални училища, професионално вграждане само в елементарни, т.нар. незаучаеми дейности, леки смущения в развитието на говора, изоставане в интелигентността, отговарящо на интелектуален квотиент (ИК) на около 10 - 12-годишна възраст, отговаряща на лека дебилност (ИК 60 - 70 при възрастни), намален контрол на влеченията и подтиците: 10 - 20%

3.2. по-тежка ограниченост на интелигентността със силно стеснени възможности за обучение, значително ограничение на езиковите умения (беден речников запас), изоставане в интелигентността - ИК под 10-годишна възраст (ИК от 60 до 50), намален контрол на влеченията и подтиците: 20 - 50%

3.3. при относително благоприятно развитие на личността и възможности за социално вграждане (частичен успех в специално училище, самостоятелен живот в определени дейности и вграждане в общия трудов процес с обикновени възможности, елементарни сръчности (ИК под 50): 60 - 80%

(-)3.4. при по-силно изразени ограничения на възможностите за вграждане в обществото, с тежка липса на самостоятелност, при липса на развитие на говор, възможност за занимание само в заведения за лица с психична инвалидност: 80 - 100%

Раздел III

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

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

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

2.1. без затруднения при социалната адаптация: 0 - 10%

2.2. с леки затруднения при социалната адаптация: 20 - 40%

2.3. със значителни затруднения при социалната адаптация: 50 - 100% (-)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

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

Раздел V

Неврози и абнормни развития на личността

1. По-леки невротични смущения - често свързани с вегетативна симптоматика, т.нар. "психовегетативни синдроми": 0 - 10%
2. По-силно изразени смущения със значително ограничаване на преживелищната изобразяваща способност (например някои фобии, патологични развития): 20 - 40%
3. Тежки неврози със значително затруднение на социалната адаптация (например тежка натраплива невроза): 50 - 100%

Раздел VI

Алкохолна болест

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

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

Забележки:

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

Раздел VII

Токсикомания

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

Забележки:

1. Токсикомания има, ако хроничната злоупотреба с наркотични вещества (най-малко една годи на) 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 по правило се приема оценка на НР от 30%.

Раздел VIII

Психични отклонения в детска възраст

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

възрастта методики:

1.1. на 3-годишна възраст в психосоциалното си развитие детето отговаря на 1-годишна възраст: 0 - 10%

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

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

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

И двата теста имат българска стандартизация.

2. Поведенчески отклонения с продължителни значителни трудности за вграждане (интегрирането в нормално училище не е възможно): 40 - 80%

3. Генерализирани разстройства на развитието:

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

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

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

4. Детски психози:

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

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

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

Част трета

УШНИ, НОСНИ И ГЪРЛЕНИ (УНГ) ЗАБОЛЯВАНИЯ

Раздел I

Слухов анализатор

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

2. Намаление или загуба на слуха:

2.1. тежко чуване:

2.1.1. от 35 до 45 дб: 15%

2.1.2. от 45 до 55 дб: 35%

2.1.3. от 55 до 65 дб: 50%

2.2. практическа глухота (от 65 до 90 дб СЗ): 60% Взема се предвид възможността за подобрение 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%

Процентът на трайно намалената работоспособност по повод намалението или загубата на слуха се определя по таблицата на Клодил Портман:

Таблица на Клодил Портман	Глухо ухо или по-малко чуващо ухо				
	P.P(1)	P.P	P.P	P.P	P.P
	4-5 м	2-4 м	1-2 м	0,25	Ад
			до 1 м	кон-	
				хам	
				или	
				не	
				чува	
				прак-	
				тиче-	

ска
пълна
глу-
хота

а) Р.Р. разговорна реч	Ш.Р.	Ш.Р.	Ш.Р.	Ш.Р.	Ш.Р.
б) Ш.Р. шепотна реч	0,50-0,80	0,25-0,50	0,005	ад конх	не чува
в) А.З. акустична загуба м на слуха в дБ	м	м	м	или не чува	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. нор-мално	Ш.Р. нор-мално	А.З. 35 дБ	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	Ш.Р. ад конх	А.З. 50-60%	20% 30%	40% 50%	60%
до 1 м или не чува	Р.Р. Ад конх	Ш.Р. не чува	А.З. не чува	25% 35%	45% 60%
Р.Р. Ад конх	Ш.Р. не чува	А.З. не чува	25% 35%	45% 60%	70%
или не чува	Р.Р. Ад конх	Ш.Р. не чува	А.З. не чува	25% 35%	45% 60%
практически пълна глухота	Р.Р. Ад конх	Ш.Р. не чува	А.З. не чува	25% 35%	45% 60%

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 - 60%

Раздел VI

Злокачествени новообразувания на ларингоото-рино (ЛОР) органите

1. Неоперабилни: 100%

2. Операбилни:

2.1. до една година: 90 - 100%

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

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

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

4. Състояние след частична резекция на ларингса без или със едностранна шийна дисекция; с трайни нарушения на гълтателната функция и/или компенсирани или субкомпенсирани 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: 60 - 80%

10. Парциална резекция на фарингса: 40 - 60%

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

12. Шийна дисекция: 20 - 40%

Част четвърта

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА

Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от:

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

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

Раздел I

Органични сърдечни увреди

(Клапни дефекти - придобити и вродени; Вродени сърдечни малформации; Ишемична (коронарна) болест на сърцето; Заболявания на ендокарда; Заболявания на миокарда; Заболявания на перикарда; Хронична белодробно-сърдечна болест; Хипертонична сърдечна болест и др.)

1. При прояви на сърдечна недостатъчност от I ФК по Нюйоркската кардиологична асоциация (НИХА)

(-)Липсват умора, задух, стенокардия при обичайни физически усилия, липсват оплаквания при бърз ход 7 - 8 км/ч. Нормите при работна проба не се повлияват: 0 - 10%

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

3. При прояви на сърдечна недостатъчност от III ФК по НИХА

- Умора, задух, стенокардия при физически усилия под обичайните - равен ход 3 - 4

км/ч, изкачване до 1 етаж. Патологична работна проба при 50W/3 мин: 50 - 80%

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

5. При прояви на сърдечна недостатъчност от IV ФК по НИХА

- Необратима на фона на лечение сърдечна недостатъчност, умора, задух, стенокардия при най-малки физически усилия и/или в покой: 90 - 100%

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

7. Белодробно-съдова болест при деца: 100%

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

9. Хроничен перикардит при деца: 30 - 50%

10. Хроничен миокардит при деца: 30 - 50%

11. Кардиомиопатии при деца: 50 - 100%

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

Раздел II

Сърдечни вмешателства (без инвазивните диагностични методи)

(Клапно протезирани с механични, или биологични протези; Инфекциозен ендокардит след клапно протезиране; Кориgirани вродени сърдечни малформации; Палиативно коригирани клапни дефекти без протезиране; Състояние след аортокоронарен байпас; Състояние след имплантиране на интракоронарен стент; Състояние след Перкутанна транслуменална коронарна ангиопластика (РТСА); Имплантиране на постоянен кардиостимулатор; Състояние след резекция на сърдечна аневризма; Състояние след хирургическо лечение по повод тумори на сърцето и др.)

(Процентът на трайно намалена работоспособност се определя в зависимост от функционалния клас на сърдечната недостатъчност след интервенцията - по аналогия с раздел I, т. 1 - 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 ритмично-проводни нарушения; наличие на остатъчни хемодинамични отклонения; необходимост от медицинско наблюдение и продължителност на интервала между контролните медицински прегледи.

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

2.2. Без субективни оплаквания, без необходимост от лечение, без прояви на сърдечна недостатъчност, без пулмонална хипертония, но с ЕКГ-ски промени (предоперативен бифасикуларен блок, следоперативен пълен ДББ, ритмични нарушения, регистрирани с Холтер-мониторирание), остатъчни нискостепенни хемодинамични нарушения (остатъчен нискостепенен ляво-десен шънт, систолен градиент на ниво аорта, или пулмонална артерия под 25 мм, установени с Доплер, нискостепенна пулмонална, аортна или митрална

инсуфициенция), необходимост от медицинско наблюдение в интервал 2 - 3 години: 10 - 30%

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

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

Раздел III

Чужди тела в сърдечния мускул или перикарда, оздравели без реакция

Не обуславят процент трайно намалена работоспособност.

Раздел IV

Чужди тела в сърдечния мускул с повлияване на сърдечните функции

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

Раздел V

Ритъмни и проводни нарушения

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

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

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

Раздел VI

Артериална хипертония (АХ)

1. При АХ от I стадий, без обективни белези на органни промени; при лека степен АХ със стойности на систолното артериално налягане 140 - 159 мм Hg и/или стойности на диастолното артериално налягане 90 - 99 мм Hg; при гранична АХ със стойности на систолното артериално налягане 140 - 149 мм Hg и/или стойности на диастолното артериално налягане 90 - 94 мм Hg; при изолирана систолна АХ със стойности на систолното артериално налягане, по-високи или равни на 140 мм Hg, и стойности на диастолното артериално налягане, по-ниски от 90 мм Hg; при гранична, изолирана систолна АХ със стойности на систолното артериално налягане 140 - 149 мм Hg и за

диастолното, по-ниски от 90 мм Hg: 0 - 10%

2. При АХ от II стадий с поне един от следните белези за органно ангажиране: левокамерна хипертрофия; генерализирано или фокално стеснение на ретиналните артерии; протеинурия и/или леко повишен серумен креатинин (1,2 - 2,0 мг/дл до 176 микромола/л); доказани атеросклеротични плаки на каротидни артерии, аорта, илиачна и феморална артерия; при умерена степен АХ 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 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 - 40%

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 палилата;
- г) бъбреци - серумен креатинин над 2,0 мг/дл - над 176 микромола/л; бъбречна недостатъчност;

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

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

Раздел VII

Функционални кардиоваскуларни синдроми

- 1. При ортостатична хипотония с леки оплаквания: 0 - 10%
- 2. При ортостатична хипотония с чести прояви на световъртеж и склонност към колапс: 10 - 20%

Раздел VIII

Неупоменати заболявания на сърцето

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

- 1. При прояви на сърдечна недостатъчност от I ФК по НИХА: 0 - 10%
- 2. При прояви на сърдечна недостатъчност от II ФК по НИХА: 20 - 50%
- 3. При прояви на сърдечна недостатъчност от III ФК по НИХА: 50 - 80%
- 4. При прояви на сърдечна недостатъчност от IV ФК по НИХА: 90 - 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

Ляво око

1,0	0%	0%	0%	0%	5%	7%	10%	12%
0,9	0%	0%	0%	5%	7%	10%	12%	15%
0,8	0%	0%	5%	7%	10%	12%	15%	18%
0,7	0%	5%	7%	10%	12%	15%	18%	20%
0,6	5%	7%	10%	12%	15%	18%	20%	25%
0,5	7%	10%	12%	15%	18%	20%	25%	30%
0,4	10%	12%	15%	18%	20%	25%	30%	35%
0,3	12%	15%	18%	20%	25%	30%	35%	40%
0,2	15%	18%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,15	18%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,10	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	53%
от 0,09	25%	30%	35%	40%	45%	50%	53%	55%
до 0,05 вкл.								
под 0,05	30%	35%	40%	45%	50%	53%	55%	60%

продължение от горната таблица

Дясно око 0,2 0,15 0,10 от 0,09 - Под
0,05 вкл. 0,05

Ляво око

1,0	15%	18%	20%	25%	30%
0,9	18%	20%	25%	30%	35%
0,8	20%	25%	30%	35%	40%
0,7	25%	30%	35%	40%	45%
0,6	30%	35%	40%	45%	50%
0,5	35%	40%	45%	50%	53%
0,4	40%	45%	50%	53%	55%
0,3	45%	50%	53%	55%	60%
0,2	50%	53%	55%	60%	70%
0,15	53%	55%	60%	65%	75%
0,10	55%	60%	65%	70%	80%
от 0,09	60%	65%	70%	80%	90%
до 0,05 вкл.					
под 0,05	70%	75%	80%	90%	100%

Обяснения 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. Концентрично стеснение на зрителното поле:

1.1. до 40 градуса от центъра:

1.1.1. на едното око: 5%

- 1.1.2. на двете очи: 15%
- 1.2. до 30 градуса от центъра:
 - 1.2.1. на едното око: 10%
 - 1.2.2. на двете очи: 30%
- 1.3. до 20 градуса от центъра:
 - 1.3.1. на едното око: 15%
 - 1.3.2. на двете очи: 60%
- 1.4. до 10 градуса от центъра:
 - 1.4.1 на едното око: 25%
 - 1.4.2. на двете очи: 80%
- 1.5. до 5 градуса от центъра:
 - 1.5.1. на едното око: 35%
 - 1.5.2. на двете очи: 100%

2. Концентрично стеснение на зрителното поле при липса на другото око (в единственото око):

- 2.1. до 50 градуса от центъра: 30%
- 2.2. до 30 градуса от центъра: 60%
- 2.3. до 20 градуса: 75%
- 2.4. до 10 градуса от центъра: 95%
- 2.5. до 5 градуса от центъра: 100%

3. Хемиянопии (със запазено централно зрение):

3.1. хомонимна хемиянопия:

3.1.1. дясна: 50%

3.1.2. лява: 40%

3.2. хетеронимна хемиянопия:

3.2.1. биназална: 10%

3.2.2. битемпорална: 30%

3.3. хоризонтална хемиянопия:

3.3.1. горна: 15%

3.3.2. долна: 40%

3.4. квадрантна хемиянопия:

3.4.1. горна: 20%

3.4.2. долна: 30%

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

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

Раздел III

Парализа

- 1. Парализа на акомодацията и на свинктера на ириса: 10 - 20%
- 2. Пълна офталмоплегия:
 - 2.1. едностранна: 25%
 - 2.2. двустранна: 60%

Раздел IV

Мидриаза

- 1. Едностранна (изолирана) мидриаза: 5%
- 2. Двустранна (изолирана) мидриаза: 10%

Раздел V

Смутена адаптация

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

Раздел VI

Болести на придатъците на окото и на очните мускули

1. Дефекти или изкривяване на клепачи или клепачния ръб, възпрепятстващи физиологичните им функции:
 - 1.1. на едното око: 10%
 - 1.2. на двете очи: 20%
- (-)2. Непоправима птоза - при хоризонталното гледане зеницата е напълно закрыта:
 - 2.1. на едното око: 40%
 - 2.2. на двете очи: 90%
- (-)3. Непоправим лагофталмус (съобразно роговичните изменения):
 - 3.1. на едното око: 30%
 - 3.2. на двете очи: 70%
- (-)4. Непоправима парализа на очевдигателните мускули, довели до диплопия: 40%
- (-)5. Непоправимо сълзене:
 - 5.1. на едното око: 0 - 5%
 - 5.2. на двете очи: 10%
6. Съдружно кривогледство: 10%

Раздел VII

Липса на леща

1. Липса на леща:
 - 1.1. на едното око: 10%
 - 1.2. на двете очи: 20%
 - 1.3. липса на леща в единственото око: 30%
2. Имплантирана вътреочна леща на едното или на двете очи: 10%

Раздел VIII

Общи правила

1. При преценката на степента на трайно намалената работоспособност се имат предвид основните функции на зрителния анализатор (централно зрение, периферно зрение, адаптация, акомодация), както и най-характерните, видими и доказуеми клинични изяви, съпътстващи очното заболяване.
2. Зрителната острота се преценява с поносима корекция.
3. Изследването на зрителните функции се извършва само с уреди и методи, официално приети и практикувани в офталмологичните звена на здравната мрежа у нас.
4. При болезнена или пристъпно протичаща глаукома и при субкомпенсирана глаукома към процентите за увредено централно или периферно зрение се прибавят от 10 до 20%.
5. При изразена атрофия на зрителните нерви, напреднала глаукома, обширни разпръснати или конфлуирани дегенеративни огнища на хориоретината, при условие че са засегнати и двете очи, към процентите на намалената работоспособност за централно и периферно зрение се прибавя и процентът за смутена адаптация - по раздел V.
6. При дистрофични или възпалителни хронични процеси, свързани с чести рецидиви и разязвяване на роговицата, към процентите за намалената работоспособност се прибавят от

10 до 20%.

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

8. При невъзвратима пълна или практическа слепота на едното или на двете очи срокът на инвалидността се определя “пожизнено”.

9. При установен злокачествен тумор на едното око процентът на загубената работоспособност е от 50 до 100%: а) до 1 година след диагностицирането му: 100% б) до 2 години след диагностицирането му: 80% в) до 5 години след диагностицирането му: 50%

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

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

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

Част шеста

БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ

Раздел I

Счупвания на ребра и деформации на гръдния кош

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

1.1. до 5 ребра: 0%

1.2. от 5 до 7 ребра: 5%

1.3. над 7 ребра: 10%

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

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

3.1. без функционален дефицит: 10 - 20%

3.2. с функционален дефицит: 30 - 50%

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

Раздел II

Бронхиектазии като самостоятелно заболяване

(доказани бронхологично или с компютърна томография)

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

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

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

3.1. при възрастни: 60 - 80%

3.2. при деца: 80 - 100%

Раздел III

Пневмокониози

1. Силикоза I стадий - ретикуларна или микронодозна форма: 10 - 20%
2. Силикоза II стадий: 30 - 50%
3. Силикоза II към III стадий: 55 - 75%
4. Силикоза III стадий, туморна форма: 80 - 95%
5. Азбестоза плеврална форма - единични шварти и вкалцявания: 10 - 20%
6. Азбестоза с паренхимни промени и функционални нарушения: 30 - 50%
7. Други пневмокониози:
 - 7.1. други пневмокониози с вентилаторни нарушения и дихателна недостатъчност I степен: 30 - 50%
 - 7.2. други пневмокониози с дихателна недостатъчност II - III степен: 60 - 80%

Раздел IV

Бронхиална астма

1. Лека персистираща - епизодични, краткотрайни симптоми 1 - 2 пъти седмично, нощни симптоми 1 - 2 пъти месечно. Симптомите са леки, но персистиращи (Форсиран експираторен обем за една секунда (ФЕО 1) < 80%): 10 - 20%
2. Средно тежка - пристъпи повече от 1 - 2 пъти седмично, нощни симптоми повече от 1 - 2 пъти месечно. Симптомите нарушават активността през деня и съня през нощта (върхов експираторен дебит (ВЕД) - 60 - 80%, върхов експираторен дебит в норма след приложен бронходилататор): 30 - 50%
3. Тежка форма - чести пристъпи, с постоянни симптоми, чести нощни симптоми, ограничена от астмата физическа активност, не по-малко от 2 индикации за стационарно лечение на астмата в предходните 12 месеца на една календарна година, прекарани в миналото застрашаващи живота пристъпи (статус астматикус): 60 - 80%

Раздел V

Злокачествени новообразувания на дихателната система и на гръдните органи

1. Злокачествени новообразувания на трахеята, на бронхите и белите дробове - независимо от терапевтичното поведение се определя трайна нетрудоспособност до 5 години:
 - 1.1. до 1 година от установяване на диагнозата: 100%
 - 1.2. след 1 година в зависимост от състоянието: 75 - 95%
 2. Късните рецидиви (след 5 години): 100%
- Забележка. При всички доброкачествени тумори трайната неработоспособност се определя според засегнатите органи и степента на функционалните нарушения.

Раздел VI

Туберкулоза

1. Активна форма на белодробна туберкулоза: 80 - 100%
 2. Хронична форма на белодробна туберкулоза: 60 - 80%
 3. Отворено оздравяла каверна според степента на функционалните нарушения: 30 - 50%
 4. Торакопластика в зависимост от степента на функционалните нарушения: 50 - 80%
- Забележка. След проведено адекватно лечение на активните форми на извънбелодробната туберкулоза трайната нетрудоспособност се определя според засягането на съответния орган и настъпилите функционални нарушения.

Раздел VII

Саркоидоза

1. Увеличение на торакалните лимфни възли с клинична симптоматика и функционални нарушения: 30 - 50%
2. Паренхимна форма с клинична симптоматика и функционални нарушения според степенната им изразеност: 50 - 75%
3. Разпространен ръбцов стадий според функционалните нарушения: 50 - 100%

Раздел VIII

Белодробен тромбоемболизъм

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

Раздел IX

Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ)

1. ХОББ с 2 - 3 обостряния годишно без дихателна недостатъчност: 10 - 20%
2. ХОББ с 5 - 6 обостряния годишно и дихателна недостатъчност I степен: 30 - 50%
3. ХОББ, усложнена с дихателна недостатъчност II степен: 55 - 75%
4. ХОББ, усложнена с дихателна недостатъчност III степен: 80 - 100%
5. Хроничен бронхит при децата с обструктивен тип на вентилаторна недостатъчност (ВН): 40 - 50%
6. Разпространени белодробни фибрози независимо от причината - според степента на функционалния дефицит: 50 - 100%

Раздел X

Други болести на белия дроб

1. Муковисцидоза: 80 - 100%
2. Липса на един бял дроб: 80 - 100%
3. Частична резекция на белия дроб: 30 - 50%
4. Алергичен алвеолит (при децата)
 - 4.1. С лек рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) 70 - 80% от нормата): 10 - 20%
 - 4.2. С умерено изразен рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) 60 - 70% от нормата): 20 - 50%
 - 4.3. С тежък рестриктивен тип на вентилаторна недостатъчност (витален капацитет (ВК) по-малко от 50% от нормата): 60 - 80%

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) по-малко от 80 - 60%, Тифно 80 - 60%; форсиран експираторен обем за една секунда (ФЕО 1) 80 - 60%; парциално напрежение на кислорода в кръвта (РаО2) - норма според възрастта 96 - 80 мм живачен стълб (Hg) (12,7 до 10,6 килопаскала (kPa); РаСО2 - норма 45 - 35 мм Hg (6 - 4,6 килопаскала (kPa), сатурация на кислорода (О2) норма 95 - 97%

2. Средна степен - задух, превишаващ обикновен при ежедневно леко натоварване, изкачване на стълби до 1 етаж (лека физическа работа), натоварване 50 - 75 вата; форсиран витален капацитет (ФВК) по-малко от 60 - 40%; Тифно 60 - 40%, форсиран експираторен обем за 1 секунда (ФЕО 1) 60 - 40%; РаО2 - норма или намаление от 80 - 60 - 55 мм Hg (10 - 8 - 6 kPa)

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

Част седма

НЕРВНИ БОЛЕСТИ

1. Дефект на черепа - непокрит без неврологичен дефицит: 5%

2. Чуждо тяло в черепното пространство или в гръбначно-мозъчния канал без неврологичен дефицит: 5%

3. Злокачествени новообразувания на главния и на гръбначния мозък:

3.1. до 1 година от установяването им независимо от неврологичния дефицит: 100%

3.2. до 3-ата година в зависимост от стадия и провежданото лечение: 75 - 95%

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

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

Забележка 1. При доброкачествени новообразувания процентът на трайната неработоспособност се определя според неврологичния дефицит.

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

4.1. параплегия (горна, долна): 100%

4.2. парапареза (горна, долна)

4.2.1. латентна: 50 - 60%

4.2.2. лека степен: 60 - 70%

4.2.3. средна степен: 70 - 80%

4.2.4. тежка степен: 80 - 95%

4.3. хемиплегия: 100%

4.4. хемипареза

4.4.1. латентна: 50 - 60%

4.4.2. лека степен: 60 - 70%

4.4.3. средна степен: 70 - 80%

4.4.4. тежка степен: 80 - 95%

4.5. моноплегия

4.5.1. горна: 80%

4.5.2. долна: 90%

4.6. монопареза

4.6.1. латентна: 20 - 35%

4.6.2. лека степен: 40 - 55%

4.6.3. средна степен: 50 - 65%

4.6.4. тежка степен: 70 - 80%

4.7. квадриплегия: 100%

4.8. квадрипареза

4.8.1. латентна: 60 - 70%

- 4.8.2. лека степен: 70 - 80%
- 4.8.3. средна степен: 85 - 95%
- 4.8.4. тежка степен: 100%
- 4.9. пирамидна симптоматика: 10 - 30%
- 4.10. екстрапирамидни синдроми
- 4.10.1. лека степен: 30 - 50%
- 4.10.2. средна степен: 60 - 80%
- 4.10.3. тежка степен: 80 - 100%
- 4.10.4. екстрапирамидни прояви: 10 - 30%
- 4.11. координационни нарушения
- 4.11.1. лека степен: 30 - 50%
- 4.11.2. средна степен: 60 - 80%
- 4.11.3. тежка степен: 80 - 100%
- 4.12. тотална афазия и тежки нарушения на други висши корони функции: 100%
- 4.13. частична афазия и частични нарушения на други висши корони функции: 60 - 80%
- 4.14. лека (остатъчна) афазия и леки нарушения на други висши корони функции: 30 - 50%

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

5. Хронични нервни болести съобразно стадия на развитие и тежестта на симптоматиката (демиелинизиращи процеси, множествена склероза, хередодегенеративни заболявания на нервно-мускулния апарат, миопатии, енцефалопатии, централен отоневрологичен синдром, паркинсонизъм, миастения и миастенни синдроми, сирингомислия, мозъчни атрофии, неврологични увреждания при ХИВ- инфекции, лаймска болест, невролуес, кауда еквина синдром, централна вегетативна симптоматика като проява на дълготрайна мозъчна увреда и др.):

- 5.1. лека степен (форма): 30 - 50%
- 5.2. средна степен (форма): 60 - 80%
- 5.3. тежка степен (форма): 80 - 100%

6. Епилептични припадъци - според вида, тежестта, честотата и времето от денонощието:

6.1. много редки - големи припадъци с интервали повече от 1 година и малки припадъци с интервали от месеци: 30%

6.2. редки - големи припадъци с интервали от месеци и малки припадъци с интервали от седмици: 40 - 50%

6.3. средно чести - големи припадъци с интервали от седмици и малки припадъци с интервали от дни: 60 - 80%

6.4. чести припадъци - ежеседмични: 80 - 90%

6.5. много чести - големи припадъци - серии от генерализирани гърчове, пристъпи, огнищно обусловени или полиморфни припадъци, малки припадъци, ежедневно: 90 - 100%

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

7. Нарколептични припадъци:

7.1. в първата година след пристъпа: 10 - 20%

7.2. във втората година след пристъпа: 0 - 10%

8. Състояние след мозъчен инсулт без остатъчен неврологичен дефицит, до 3 години: 50%

9. Съдово-мозъчни аномалии - аневризми, артерио-венозни (AV) малформации, патологични извивки и стенози на мозъчните съдове, без неврологичен дефицит: 30 - 50%

10. Парези на черепно-мозъчни нерви:

10.1. лека степен: 20 - 30%,

10.2. средна степен: 30 - 40%

10.3. тежка степен: 40 - 50%

10.4. тежки невралгии на черепно-мозъчни нерви (ЧМН): 10 - 20%

11. Псевдобулбарна пареза: 10 - 30%
 12. Булбарна пареза в зависимост от тежестта на симптоматиката: 80 - 100%
 13. Мигрена с чести пристъпи и вторично главоболие, с тежка интензивност (при обективизация на пристъпите): 20 - 40%
 14. Тежки увреждания на периферните нерви:
 - 14.1. нервус аксиларис: 30%
 - 14.2. нервус улнарис: 30%
 - 14.3. нервус радиалис: 30%
 - 14.4. нервус медианус: 30%
 - 14.5. нервус феморалис: 40%
 - 14.6. нервус исшиадикус: 60%
 - 14.7. нервус фибуларис: 20 - 30%
 - 14.8. нервус тибиалис: 20 - 30%
 15. Често рецидивиращи и продължително протичащи радикулопатии, лумбалгичен синдром, рамо-ръка синдром при гръбначно дегенеративни увреждания, с трайни функционални нарушения: 10 - 30%
 16. Дискова херния - неоперирана в зависимост от локализацията: 30 - 50%
 17. Вибрационна болест:
 - 17.1. I - II стадий: 0 - 10%
 - 17.2. II стадий: 20 - 40%
 - 17.3. II - III стадий: 50 - 60%
 - 17.4. III стадий: 60 - 70%
 18. Дефекти в затварянето на невралната тръба - менингоцеле, менингомиоцеле, менингоенцефалоцеле: 50 - 100%
 19. Хидроцефалия: 50 - 80%
 20. Алалия: 80%
- Забележка 4. При увреждане на доминантния горен крайник оценката на трайно намалената работоспособност се завишава с 10%.
- Забележка 5. При увреждания с дефинитивен и невъзвратим характер в зависимост от заболяването може да се определи пожизнен срок.

Част осма

ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Раздел I

Съдови заболявания на горните крайници

1. Артериални и венозни заболявания на горните крайници:
 - 1.1. със слаби хемодинамични нарушения в периферното кръвоснабдяване: 10 - 20%
 - 1.2. с тежки нарушения в кръвоснабдяването, с трофични промени: 30 - 50%

Раздел II

Болести на артериите (стенози и тромбози) на долните крайници

1. I стадий - спастичен (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 - исхемичен (бледа и хладна кожа, леки трофични изменения):
 - 2.1. с интермитиращо клаудикацио от 200 до 500 м

2.1.1. на единия крак: 20%

2.1.2. на двата крака: 30%

2.2. с клаудикацио от 50 до 200 м

2.2.1. на единия крак: 40%

2.2.2. на двата крака: 50%

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

3.1. с клаудикацио до 50 м, с болки при покой

3.1.1. на единия крак: 50%

3.1.2. на двата крака: 60%

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

4.1. на единия крак: 60 - 70%

4.2. на двата крака: 80 - 90%

Раздел III

Варици на долните крайници, посттромбофлебитен
варикозен синдром и лимфедем

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

1.1. на единия крак: 10%

1.2. на двата крака: 20%

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

2.1. на единия крак: 20%

2.2. на двата крака: 30%

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

3.1. на единия крак: 30%

3.2. на двата крака: 50%

4. Посттромботични синдроми на дълбоките вени:

4.1. без съществено ограничаване на функцията, с обемна разлика до 4 см: 10 - 20%

4.2. с обемна разлика, по-голяма от 4 см, ограничаване обема на ставните движения, трофични промени: 20 - 40%

5. Лимфедем:

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

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

5.2.1. на единия крак: 40 - 50%

5.2.2. на двата крака: 50 - 70%

Раздел IV

Аневризми (без мозъчните) и артерио-венозни фистули

1. Аневризми:

1.1. без нарушения във функцията или с нарушения в незначителна степен: 10 - 20%

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

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

2. Артерио-венозни фистули, с изразени хемодинамични и трофични промени: 20 - 30%

Раздел V

Болести на хранопровода

1. Злокачествени тумори на хранопровода:

1.1. радикално отстранен тумор в ранен стадий - T 1 - 2 N0 M0 (с пластика) без усложнения:

1.1.1. до първата година след операцията: 90%

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

1.1.3. след 5-ата година - съобразно функционалния дефицит

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

1.2.1. първата година след операцията: 100%

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

(-)2. Неоезофаг: 80%

3. Иноперабилни тумори или с далечни метастази: 100%

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

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

Раздел VI

Болести на стомашно-чревния тракт

1. Малигнен стомашен тумор:

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

1.2. гастректомия в ранен стадий

1.2.1. първата година: 100%

1.2.2. до 5-ата година: 60 - 90%

1.3. гастректомия в късен стадий: 100%

1.4. иноперабилни или с далечни метастази: 100%

2. Малигнен чревен тумор:

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

2.2. радикални операции в други стадии - до 5-ата година: 75 - 95%

(-)3. Дефинитивен анус претер

3.1. тънкочревен: 90%

3.2. дебелочревен: 80%

4. Иноперабилни тумори или с далечни метастази: 100%

5. Временен анус претер, изведен по друг повод:

5.1. тънкочревен: 80%

5.2. дебелочревен: 70%

6. Аноректални малформации с извеждане на провизорен анус претер - до завършване на етапното лечение; 100%

7. Слабост на аналния сфинктер (вродена или след реконструктивни операции):

7.1. инконтиненция алве - само при физическо натоварване: 10 - 20%

7.2. постоянна инконтиненция: 50 - 75%

8. Перианални фистули с постоянна секреция: 20 - 30%

9. Пролапс на ректума: 10 - 20%

10. Загуба на анален сфинктер с пролапс на черво: 50 - 60%

11. Малигнен тумор на панкреаса: 100%

12. Злокачествени заболявания на перитонеума до 5-ата година: 60 - 90%

Раздел VII

Злокачествени заболявания на черния дроб,
жлъчните пътища и жлъчния мехур

1. Малигнен чернодробен тумор:

1.1. първата година след операцията: 100%

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

1.3. след 5-ата година - съобразно функционалния дефицит

1.4. с метастази: 100%

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

2.1. до 5-ата година: 50 - 80%

2.2. след 5-ата година съобразно функционалния дефицит

Раздел VIII

Хернии

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

2. Диафрагмални хернии, включително релаксация на диафрагмата:

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

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

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

3. Хидро- или фуникулоцеле: до 10%

Раздел IX

Пикочни органи

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

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

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

1.3. с необходимост от редовно катетризиране, постоянен катетър: 50 - 60%

2. След отстраняване на малигнен тумор на пикочния мехур:

2.1. в ранен стадий - T1-2НОМОстрас-уретрална резекция (ТУР) до 5-ата година: 50 -
80%

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

2.2.1. до 5-ата година: 70 - 90%

2.2.2. след 5-ата година: 50%

2.3. иноперабилни тумори или с цистектомия: 100%

3. При отстраняване на малигнен тумор на бъбрека:

3.1. в ранен стадий T 1 - 2 Н0 М0 (нефректомия) - до 5 години: 60 - 90%

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

4. Инконтиненция на урината:

4.1. отделяне на урина при натоварване (стрес-инконтиненция I ст.) 10%

4.2. непълно (частично) отделяне на урина (стрес- инконтиненция II ст.): 20 - 40%

4.3. абсолютна инконтиненция (стрес-инконтиненция III ст.): 50 - 60%

5. Постлъчева склероза на пикочния мехур с намаляване на капацитета му: 20 - 50%

6. Кожно-уретрални фистули (хипоспадия, еписпадия) - до завършване на лечението: 30
- 50%

7. Чревнo-уретерални фистули: 30%

8. Нефростоми, уретероцистостоми: 50%
9. Кутаннауретеростомия, цистостомия: 50 - 70%
10. Ектопия на пикочен мехур: 100%

Раздел X

Мъжки полови органи

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

Раздел XI

Женски полови органи

1. Малигнен тумор на гърдата в първите 5 години:
 - 1.1. при отстраняване в ранен стадий - T 1 - 2 N0 M0: 50 - 80%
 - 1.2. иноперабилни или с далечни метастази: 100%
2. Малигнен тумор на матката или маточната шийка в първите 5 години:
 - 2.1. при отстраняване в ранен стадий - T 1 - 2 N0 M0: 70 - 90%
 - 2.2. иноперабилни или с далечни метастази: 100%
3. Малигнен тумор на яйчника в първите 5 години:
 - 3.1. в начални стадии T 1 - 2 N0 M0 в първите 5 години: 70 - 90%
 - 3.2. иноперабилни или с далечни метастази: 100%
4. Ендометриоза в тежка степен: 20 - 30%
5. Влагалищни фистули:
 - 5.1. пикочно-влагалищни фистули и влагалищно-ректални - до корекцията им: 50 - 60%
 - 5.2. оформена клоака: 100%
6. Десцензус на вагината:
 - 6.1. с инконтиненция на урината: 30%
 - 6.2. пълна инконтиненция на урината (стрес инконтиненция - I ст.): 60%
7. Малигнен влагалищен тумор в първите пет години:
 - 7.1. в ранен стадий T 1 - 2 N0 M0 до 5-ата година: 50 - 80%
 - 7.2. иноперабилни или с далечни метастази: 100%
8. Малигнен тумор на външните полови органи:
 - 8.1. в ранен стадий до 5-ата година: 50 - 60%
 - 8.2. иноперабилни или с далечни метастази: 100%

Раздел XII

Вродени цепки на устни, челюсти и небце до корекцията им: 80 - 100%

Раздел XIII

Изгаряния

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

Част девета

ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ

Раздел I

Захарен диабет

1. Захарен диабет тип 2 (неинсулинозависим):

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

1.2. недобре контролиран с перорално лечение с големи колебания в гликемията, без усложнения: 15 - 20%

1.3. на перорално лечение с късен съдоводегенеративен синдром, без функционален дефицит: 30 - 40%

2. Захарен диабет тип 1 (инсулинозависим):

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

2.2. лабилен захарен диабет, включително диабет на детската възраст, без усложнения: 40 - 70%

2.3. инсулинозависим захарен диабет с усложнения, без функционален дефицит на прицелните органи: 55 - 70%

Забележка. При определяне на окончателния процент на трайно намалена работоспособност за т. 1.3 и 2.3 се вземат предвид и процентите, определени за функционалния дефицит на прицелните органи, следствие на съдово-дегенеративния синдром.

Раздел II

Болести на щитовидната жлеза

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

1.1. лека форма (непълно изявена клинична картина, слабо увредено общо състояние), I епизод: 0%

1.2. средно тежка форма (пулсова фреквенция 100 - 120 удара/мин, в покой, намаляване на телото с 20 - 30%, ритъмни нарушения - пристъпни и с преходен характер), I епизод: 10 - 20%

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

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

Забележка I. При деца до 16 години процентът при всички форми на заболяването се приравнява към т. 1.4.

2. Щитовидна хипофункция (микседем):

2.1. добре компенсирана със заместително лечение: 0%

2.2. при незадоволителна компенсация въпреки заместителното лечение в зависимост от отражението върху общото състояние и усложненията: 40 - 60%

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

3. Карцином на щитовидната жлеза:

3.1. през първата година от установяване на заболяването: 100%

3.2. след отстраняване на папиларен или фоликуларен тумор I - II ст., от втората до петата година: 50%

3.3. след отстраняване на недиференциран и медуларен карцином или на папиларен и фоликуларен карцином в III - IV стадий от втората до петата година: 60 - 80%

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

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

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

5.1. клас 4-5-6 по Европейска тиреоидна асоциация (ЕТА) в активен стадий: 50 - 100%

5.2. клас 4-5-6 (по ЕТА) в неактивен стадий: 50 - 80%

Раздел III

Болести на паращитовидните жлези

1. Хипопаратиреоидизъм:

1.1. лека степен - латентна тетания с леки органични спазми: 0%

1.2. средна степен - манифестна тетания с редки карпопедални и висцерални спазми: 40 - 60%

1.3. тежка степен - манифестна тетания с карпопедални и висцерални спазми и психични нарушения: 70 - 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 Къшинг

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

1.1.1. нелекуван (декомпенсиран): 60 - 100%

1.1.2. компенсиран след лечение: 20 - 50%

1.2. Бенигнен феохромоцитом - оценката е във връзка със стойностите на катехоламиновата хипертония и свързаните с нея органични усложнения до оперативното

лечение: 50 - 100%

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

3. Първичен хипералдостеронизъм:

3.1. 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 ограничената работоспособност се определя от тежестта на остатъчната хипертония.

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

3.3. при деца с хипералдостеронизъм: 70 - 100%

4. Хронична надбъбречна недостатъчност (Адисонова болест)

4.1. лека преходна форма (адисонизъм) с лесна уморяемост, с лек ортостатизъм: 20 - 40%

4.2. средно тежка форма (изявен астено-адинамичен и консумативен синдром):

4.2.1. компенсирана с лечение: 40 - 50%

4.2.2. с незадоволителен ефект от проведеното лечение: 50 - 80%

4.2.3. средно тежка форма с Адисонов кризис: 80 - 100%

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

4.4. при деца - болест на Адисон с неврологична симптоматика (доказани адренолевкодистрофия и адреномиелоневропатия): 100%

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

5.1. до една година след операцията: 100%

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

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

Раздел V

Хипофизарни нарушения

1. Акромегалия:

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

1.2. средно тежка степен-умерена артериална хипертония, лек функционален дефицит на опорно-двигателния апарат: 30 - 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: 60 - 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%

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

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

2.2. телесна височина след приключване на растежа

(-)2.2.1. от 140 до 131 см: 20 - 40%

(-)2.2.2. от 130 до 120 см: 50 - 60%

(-)2.2.3. от 119 до 110 см: 80%

(-)2.2.4. под 110 см: 100%

Забележка 1. Тези стойности касаят лица с хармонично телесно развитие и нормално нервно-психическо развитие. Допълнително към тези проценти следва да се оценяват

свързаните с ниския ръст други нарушения - непропорционално телесно развитие, намалени мнестични възможности и ендокринни нарушения.

3. Безвкусен диабет:

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

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

4. Хипогонадизъм (първичен, вторичен) и гонадна дисгенезия - в зависимост от функционалния дефицит на костната и мускулната система и общото състояние: 20 - 40%

5. Хипопитуитаризъм:

5.1. панхипопитуитаризъм: 60 - 80%

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

Раздел VI

Хипотрофии и дистрофии в детска възраст

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

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

Раздел VII

Рахит

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

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

Раздел VIII

Други болести на обмяната

Смущение на обмяната и на елиминирането на аминокиселините; смущение на обмяната и на елиминирането на въглехидратите; смущение на липидната обмяна; смущение на обмяната на плазмените белтъци; смущение на минералната обмяна; смущение във водния, електролитния и алкално-киселинния баланс; други смущения на обмяната (кистозна фиброза, нарушения на обмяната на порфирина, пурина и пиримидина, амилоидоза, нарушения на екскрецията на билирубина, мукополизахаридоза и др.)

За деца до 16 години процентът на намалената възможност за социална адаптация е от 70 до 100%

Раздел IX

Затлъстяване (независимо от етиологията)

Оценката на степента на трайно намалената работоспособност се основава на усложненията (атеросклероза, чернодробна стеатоза, хронична венозна недостатъчност, дихателни нарушения, ставно- дегенеративен синдром, нарушен въглехидратен метаболизъм) и клиничните форми на затлъстяването, както и неговата степен.

Адипозитас пермагна (Боди-Мас индекс (БМИ) над 58): 40 - 50%

Раздел X

Остеопороза

1. Остеопения T-score 70 - 88%: 0%
2. Остеопороза:
 - 2.1. с висок фрактурен риск (T-score под 64%): 50%
 - 2.2. тежка форма с преживени костни фрактури и висок фрактурен риск (T-score под 64%): 60-100%

Раздел XI

Генетични аномалии

1. Бройни или структурни хромозомни аберации
 2. Наследствени дефекти на метаболизма
 3. Единични и множествени вродени аномалии (дисметрични синдроми) - ако не могат да бъдат отнесени към друг раздел на настоящата таблица
- Забележка. Изброените аномалии за лица до 16-годишна възраст обуславят над 70% намалена възможност за социална адаптация. При възрастни лица процентът намалена обща работоспособност се оценява съобразно трайния функционален дефицит на съответните органи и системи.

Раздел XII

Болести на хранопровода

1. Тракционни и пулсионни дивертикули без задръжка на храна и промени в общото състояние: 0 - 10%
2. Дивертикули със задръжка на храна и усложнения, като възпалителни промени, значителна загуба на тегло и увредено общо състояние: 20 - 30%
3. функционални или органични стенози на хранопровода:
 - 3.1. без изразени трудности в акта на хранене: 0 - 10%
 - 3.2. с изразени трудности в храненето - повръщане, отслабване на тегло, увредено общо състояние, възпалителни промени при неповлияване от консервативно и/или оперативно лечение: 50 - 90%

Раздел XIII

Болести на стомаха

1. Язвена болест с рецидивиращо протичане: 0 - 10%
2. Язвена болест с персистиращо протичане и с усложнения - пилорна стеноза, чести кръвоизливи, перфорации (в зависимост от нарушенията в общото състояние и хемопоезата): 20 - 40%
3. Болест на оперирания стомах - Дъмпинг синдром, синдром на сляпата бримка, пептични язви на йеюнума, тотална гастректомия с развит синдром на витаминен и електролитен недоимък и др.: 50 - 80%

Раздел XIV

Болести на червата

1. Ентероколити, дивертикулити, частична резекция на черво или други чревни смущения:
 - 1.1. без синдром на малабсорбция, без съществени промени в общото състояние: 0 - 10%

- 1.2. с по силно изразени симптоми и леко отражение върху общото състояние: 20 - 30%
- 1.3. ентерити и ентероколити със синдром на малабсорбция и значително снижение на силите и охранеността: 70 - 100%
- 1.4. резистентни на лечение форми у лица в напреднала възраст: 80 - 100%
2. Хроничен улцерохеморагичен колит (ХУХК) и регионален ентерит (Болест на Крон):
 - 2.1. с рецидивиращо протичане без усложнения: 20 - 40%
 - 2.2. с умерено изразен консумативен, анемичен и адинамичен синдром, чести разстройства: 50 - 70%
 - 2.3. с изразен консумативен, астено-адинамичен и анемичен синдром, белтъчно-електролитна дисоциация и усложнения при Болестта на Крон (субилеус, фистули към съседни тъкани и органи): 71 - 100%
3. Цьолиакия:
 - 3.1. без съществени прояви при диетично лечение: 20%
 - 3.2. цьолиакия у деца в началния стадий на лечение до нормализиране на състоянието на детския организъм или с усложнение: 50 - 70%
4. Състояния, характерни за детската възраст:
 - 4.1. синдром на късо тънко черво: 100%
 - 4.2. синдром на късо дебело черво: 70%

Раздел XV

Болести на черния дроб

1. Хроничен персистиращ хепатит: 0 - 10%
 2. Хроничен активен хепатит:
 - 2.1. слаба степен на активност: 20 - 30%
 - 2.2. средна степен на активност: 40 - 60%
 - 2.3. тежка степен на активност: 70 - 100%
 3. Хемохроматоза и Болест на Уилсън без оформена чернодробна цироза и без промяна в общото състояние: 20 - 50%
- Забележка. При болестта на Уилсън с неповлияваща се от лечение неврологична симптоматика инвалидизирането може да достигне 100% съобразно функционалния дефицит, описан в част седма - Нервни болести.
4. Чернодробна цироза:
 - 4.1. I - II стадий по Чайлд: 50 - 70%
 - 4.2. III стадий по Чайлд: 71 - 100%
 5. Възпалителни чернодробни заболявания (абсцеси и др.) със или без холостазата, подлежащи на медикаментозно и/или оперативно лечение: 30 - 50%
 6. Чернодробна стеатоза и токсично чернодробно увреждане без мезенхимна реакция: 0 - 10%
 7. Състояние след трансплантация на черния дроб, идентично с оценката в раздел XX, т. 6.

Раздел XVI

Болести на жлъчния мехур и жлъчните пътища

1. Асимптомна жлъчна калкулоза или загуба на жлъчен мехур без съществени оплаквания: 0%
2. Холелитиаза с кризисно протичане без усложнения и постхолецистектомичен синдром с функционални смущения: 10%
3. Холелитиаза с усложнения - холецистит, механичен иктер, жлъчни фистули и др., подлежащи на медикаментозно, ендоскопско или хирургично лечение: 40 - 50%
4. Необратима първична или следхирургични интервенции, обтурация на жлъчни

пътища, със и без протезиране, в увредено общо състояние и вторична цироза: 91 - 100%

Раздел XVII

Болести на панкреаса

1. Без екзокринна и ендокринна недостатъчност: 10 - 30%
2. С екзокринна недостатъчност, с изразен диаричен синдром и стеатореа, консумативен синдром и увредено общо състояние: 50 - 70%
3. С екзо- и ендокринна недостатъчност, абсцеси, панкреатогенен асцит и др., при значително увредено общо състояние: 91 - 100%
4. След отстраняване на малигнен тумор на панкреаса в рамките на 5 години: 100%

Раздел XVIII

Злокачествени новообразувания на лимфната и хемопоеичната тъкан

1. Неходжкинови лимфоми с ниска степен на злокачественост:
 - 1.1. без оплаквания, ограничено разпространение - I и I A клиничен стадий по Световната здравна организация (СЗО): 30 - 60%
 - 1.2. ограничено разпространение, с данни за клинична и биологична активност (I-II B клиничен стадий): 40 - 70%
 - 1.3. с умерено въздействие върху общото състояние след проведено цитостатично лечение, лъчелечение, спленектомия, в III- IV A и B клиничен стадий по СЗО, повлияни от лечението: 70 - 80%
 - 1.4. при тежко въздействие III-IV B клиничен стадий, неповлияни от лъчелечението: 100%
 - 1.5. при продължителност на ремисията над 5 години: 40 - 60%
2. Неходжкинови лимфоми с висока степен на злокачественост:
 - 2.1. при ограничено разпространение със/без данни за активност I и II A или B клиничен стадий: 60 - 80%
 - 2.2. при разпространение на заболяването без/с данни за активност, отговарящи на III- IV A/B клиничен стадий: 80 - 100%
 - 2.3. при ремисия с продължителност над 5 години: 40 - 60%
3. Болест на Ходжкин (лимфогрануломатоза):
 - 3.1. без оплаквания, ограничено разпространение - I-II A клиничен стадий по СЗО: 40 - 60%
 - 3.2. ограничено разпространение с данни за клинична и биологична активност (I-II B клиничен стадий): 50 - 70%
 - 3.3. с умерено въздействие върху общото състояние след проведено химиолечение, лъчелечение, спленектомия, III и IV A или B клиничен стадий по СЗО, повлияни от лечението: 70 - 90%
 - 3.4. при тежко въздействие върху общото състояние III-IV B клиничен стадий, неповлияни от лечението: 100%
 - 3.5. при пълна ремисия с продължителност над 5 години, потвърдено клинично: 20 - 60%
4. Други злокачествени новообразувания на лимфоидната и хистиоцитната тъкан - както при неходжкиновите лимфоми с ниска и висока степен на злокачественост
5. Множествен миелом и имунопролиферативни новообразувания:
 - 5.1. без оплаквания, не е необходимо лечение I клиничен стадий по Салмон за множествения миелом: 30 - 40%
 - 5.2. с умерени прояви, потребност от лечение II клиничен стадий по Салмон за множествения миелом: 50 - 70%
 - 5.3. с тежки прояви, типични болки, остеопороза, анемия (хемоглобин под 100 г/л),

ограничение на бъбречната функция: 80 - 100%

6. Хронична лимфоидна левкемия:

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

6.2. с умерени прояви, необходимост от лечение (II клиничен стадий по Рай): 40 - 70%

6.3. с тежки прояви: анемия - хемоглобин под 100 г/л, тромбоцитопения (тромбоцити под 80 гига/л), наличие на антиеритроцитни антитела (III и IV клиничен стадий по Рай): 80 - 100%

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

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

7.2. при продължителност на ремисията над 5 години: 30 - 80%

8. Хронична миелоидна и моноцитна левкемия:

8.1. в хронична фаза: 50 - 80%

8.2. в остра фаза: 100%

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

10. Първичен миелодиспластичен синдром (MDS) до 5 години от установяването му:

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

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

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

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

10.5. хронична миеломоноцитна левкемия: 100%

Раздел XIX

Други болести на кръвта и кръвотворните органи

1. Желязо- и други недоимъчни анемии:

1.1. при стабилизирано състояние, след чести кръвоизливи или рецидиви: 10 - 30%

1.2. при трайно задържане на хемоглобина под 100 г/л, необходимост от кръвопреливане: 60 - 80%

2. Наследствени и придобити хемолитични анемии:

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

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

2.3. при значително увредено общо състояние, необходимост от периодични кръвопреливания, вторична хемосидероза, трайно имunosупресивно лечение: 80 - 100%

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

4. У деца с таласемия майор (анемия на Кулей), с кръвопреливане през 20 дни и ежедневно лечение с Десферал: 100%

5. Дефекти на коагулацията:

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

5.2. средно тежка форма - с редки повтарящи се кръвоизливи (АХГ 1 - 5%): 40 - 50%

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

6. Пурпура и други хеморагични състояния

Оценката се прави както по т. 5.

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

7.1. при леки стабилизирани състояния: 20 - 30%

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

7.3. при тежки, неповлияващи се от лечението форми: 80 - 100%

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

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

8.2. при по-късна загуба в първата година от отстраняването: 30 - 50%

8.3. след изтичане на едногодишен период: 10%

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

10. Костно-мозъчна трансплантация - оценката е както в раздел XX, т. 6.

Раздел XX

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. рецидивирани уроинфекции, нефролитиаза и т.н:

2.2.1. при възрастни: 40 - 50%

2.2.2. при деца: 50 - 80%

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, артериална хипертония, анемичен синдром): 30 - 50%

5. Функционални нарушения на бъбреците:

5.1. лека степен - серумен креатинин под 140 микромол/л, бъбречна функция намалена, но компенсирана, общо състояние запазено или леко нарушено: 20 - 30%

5.2. умерена степен - серумен креатинин до 300 микромол/л, общо състояние леко увредено: 40 - 60%

5.3. тежка степен - серумен креатинин до около 600 - 800 микромол/л, общо състояние силно увредено: 70 - 90%

5.4. много тежка степен - серумен креатинин над 800 микромол/л, тежко общо състояние, необходимост от постоянно лечение с изкуствен бъбрек (диализа): 80 - 100%

6. Състояние след бъбречна трансплантация:

6.1. в първите 2 години: 100%

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

7. Хроничен гломерулонефрит (със и без нефротичен синдром) без хронична бъбречна недостатъчност (ХБН):

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. Метабритни нарушения (цистинурия, оксалурия, тубулна ацидоза, нефрокалциноза, хиперкалциурия и др.) - у деца: 30 - 50%

9. Вродени аномалии на отделителната система (бъбречна дисплазия едностранна или двустранна, хипоплазия, поликистозен бъбрек, нефроптоза, двоен 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%

Раздел XXI

Паразитни болести

1. Ехинококоза:

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

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

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

2. Трихинелоза:

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

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

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

4. Шистозоматози - хроничен стадий

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

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

Раздел XXII

Инфекциозни болести

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

2. Синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН) - разгърната форма: 100%

Раздел XXIII

Хронични професионални отравяния

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

1.1. лека степен: 0 - 10%

1.2. лека към средна степен: 20 - 30%

1.3. средна степен: 30 - 50%

1.4. средна към тежка и тежка степен: 50 - 80%

2. Остатъчни прояви на прекарано остро отравяне:

2.1. леки: 0 - 10%

2.2. умерени органни обратими увреждания: 20 - 40%

2.3. тежки трайни увреждания: 60 - 100%

Раздел XXIV

Заболявания на опорно-двигателния апарат

1. Инфекциозни артрити:

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

1.2. полиартикуларно засягане на големи и малки стави на крайниците, чести тендосиновити, хронично рецидивиращо протичане: 30 - 50%

2. Синдром на Райтер и реактивни артрити:

2.1. след овладяване на острия стадий при рецидивиращо протичане (редки рецидиви): 10 - 20%

2.2. чести рецидиви - съобразно функционалния дефицит: 30 - 50%

3. Псориатичен артрит:

3.1. симетричен полиартрит на малките стави на горни и долни крайници:

3.1.1. начално развитие: 10 - 20%

3.1.2. в останалите случаи - съобразно функционалния дефицит

3.2. моно-олигоартрит, сакроилеит, спондилит - в зависимост от функционалното нарушение, разгледано в част първа "Ортопедични болести"

4. Ревматоиден артрит:

4.1. начален стадий (оток на меките тъкани без рентгенови промени, с незначителен функционален дефицит на ставите): 10 - 20%

4.2. втори стадий (нарушени активни движения, остеопороза, мускулна атрофия, с лек функционален дефицит): 30 - 40%

4.3. трети стадий (стеснени ставни цепки, субхондрална деструкция (кости), ерозии, ставни деформации, нарушени активни движения): 50 - 60%

4.4. четвърти стадий - напреднали ставни деформации, сублуксации, изразена мускулна атрофия, фиброзна и костна анкилоза, луксации, силно нарушени активни движения: 80 - 100%

Забележка 1. Процентът на намалена работоспособност се определя в зависимост от трайния функционален дефицит на опорно-двигателния апарат. Промените във висцералните органи се оценяват отделно.

5. Големи колагенози (системен еритематоден лупус, прогресивна склеродермия, полимиозит и дерматомиозит, възлест периартрит и алергични васкулити и други системни аутоимунни болести) в зависимост от формата, протичането, засягането на отделните системи и функционалния дефицит:

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

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

5.3. при продължаващо имunosупресивно 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: 80 - 100%

6. Обменни артропатии:

6.1. подагра - в зависимост от локализацията и честотата на пристъпите; нефролитиазата и нейните усложнения, както и артропатията се оценяват отделно: 10 - 20%

Забележка 2. Функционалният дефицит на опорно-двигателния апарат и бъбречните усложнения се оценяват в съответните раздели. При хронични ставни възпаления успоредно с функционалните нарушения следва да се определи активността на процеса и влиянието му върху общото състояние.

Част десета

КОЖНИ БОЛЕСТИ

1. Екзема:

1.1. обикновена екзема, професионална екзема (дерматит):

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

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

2. Атопичен дерматит (конституционен невродермит) с генерализирани кожни прояви и необходимост от многократно клинично лечение в течение на годината: 50 - 70%

3. Хронично рецидивираща уртикария:

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

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

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

5. Розацея - кератит: 30 - 40%

6. Кожни промени при автоимунни заболявания (еритематоиди, дерматомиозит, прогресивна 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: 10 - 20%

6.2. ограничени в предилекционното място, широко разпространени, съобразно козметичните и функционалните въздействия: 20 - 40%

6.3. преминаващи извън предилекционните места, включително улцерации: 50 - 60%

Забележка 1. Ограничението на ставните движения и въвличането на вътрешните органи се оценяват допълнително.

7. Булзни дерматози (пемфигус, пемфигоид и морбус Дюринг):

7.1. при ограничени кожни и лигавични поражения и ограничено разпространение: 20%

7.2. при ограничени кожни и лигавични промени с трудно постигаща се ремисия: 30 - 50%

7.3. при разпространени кожни и лигавични поражения, при невъзможност за постигане на ремисия въпреки адекватното лечение: 60 - 80%

7.4. в напреднал стадий, с траен функционален дефицит на органи и системи, настъпил вследствие на лечението с кортикостероиди: 90 - 100%

8. Епидермолизис булоза дистрофика:

8.1. автономно-доминантна (хиперпластична форма): 40 - 100%

8.2. автономно-рецидивна (полидиспластична форма): 50 - 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.

9. Псориазис вулгарис:

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

9.2. при продължително протичане, разширено разпространение и пустулозни промени: 30 - 50%

Забележка 3. Ставното и гръбначното участие следва да се оцени допълнително.

10. Еритродермии:

10.1. при ниска интензивност на възпалителния процес: 50%

10.2. при средна интензивност на възпалителния процес без значително повлияване на общото състояние: 60%

10.3. при силно повлияване върху общото състояние: 70 - 80%

11. Ихтиозис:

11.1. лека форма - със суха кожа, с умерена десквамация, но без значителна пигментация: 0 - 10%

11.2. средно тежка форма със силна десквамация и пигментация: 20 - 40%

11.3. тежка форма при участие на цялата кожа, особено по сгъвките на тялото и лицето: 50 - 80%

12. Ограничени кератози:

12.1. с ограничени кожни лезии: 10%

12.2. с разширени кожни лезии: 20 - 40%

12.3. с разпространени кожни лезии и усложнения, довели до трайно намалени двигателни възможности: 50%

13. Дерматомикози

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

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

14. Хронично-рецидивиращ еризипел:

14.1. без остатъчен лимфедем: 10%

14.2. извън това съобразно разпространението на лимфедема: 20 - 40%

15. Невуси и невоидни образувания и други състояния, водещи до обезобразяване на лицето: 30 - 50%

16. Пигментни нарушения, разпространени по откритите части: 0 - 10%

17. След отстраняване на един злокачествен кожен тумор (епиноцелуларен карцином, злокачествен меланом, сарком на Капоши, дерматофибросаркома) с изключение на малките базалиоми в следващите пет години до доказване на клиничното оздравяване следва да се определи процент на трайно загубена работоспособност:

17.1. след отстраняване на меланом в стадий I A, T 1-2, N0, MO или друг кожен тумор в стадий T 1-2, N 1-2, MO: 50%

17.2. в останалите стадии: 80%

Приложение № 2

към чл. 93, ал. 3

от наредбата

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 следва да работят органите на експертизата на работоспособността. Ръководейки се от тях и правейки сравнение със сродни страдания и състояния, те ще могат правилно да определят във всеки отделен случай степента на намалената или загубената работоспособност и няма да допуснат голямо различие в оценката при приблизително еднакви увреждания.

При ползването на отправните точки следва да се има предвид следното:

I. Водещо при определяне степента на намалената работоспособност е експертната оценка на функционалния дефицит, обусловен от заболяването. Посочените проценти са ориентировъчни и не се налага спазването им с математическа точност.

II. Констатираното заболяване, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка от приложение № 1 към чл. 93, ал. 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността. Когато няма визирана отправна точка, намереното здравно състояние се отнася към най-близката по съдържание точка, като в решението се вписва "във връзка с точка ..." и се прави подробна обосновка.

III. Когато са налице няколко увреждания, за всяко от които в приложение № 1 към чл. 93, ал. 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността е посочен отделен процент, но не е посочена такава комбинация от увреждания, общата оценка на намалената работоспособност се определя, като за основа се взема най- високият процент по съответната опорна точка и към него се прибавят останалите, изчислени последователно и

пропорционално спрямо процента на остатъчната работоспособност.

Приема се, че напълно запазената работоспособност е 100%.

Пример: лицето страда от:

а) недоминантна моноплегия - 30% намалена работоспособност по приложение № 1 към чл. 93, ал. 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността;

б) нарушаване на тазовите резервоари - 40% намалена работоспособност по приложение № 1 към чл. 93, ал. 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността;

в) тежко чуване - 15% намалена работоспособност по приложение № 1 към чл. 93, ал. 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността.

Общият процент на инвалидността се изчислява, по следния начин:

1. За основа се взема процентът, определен за нарушаването на тазовите резервоари (40%), тъй като е най-висок.

2. Остатъчната работоспособност след елиминиране на нарушението на тазовите резервоари е равна на $100\% - 40\% = 60\%$.

3. Процентът на намалената работоспособност по повод недоминантната моноплегия е равен на 60% (остатъчната работоспособност), умножена по 30% (процентът, посочен в приложение № 1 за недоминантната моноплегия), което прави 18%.

Остатъчната работоспособност след елиминиране и на втората увреда е равна на $60\% - 18\% = 42\%$.

4. Процентът на намалената работоспособност по повод тежко чуване е равен на 42% (остатъчната работоспособност след елиминиране на първите две увреждания), умножена по 15% (процентът, посочен в приложение № 1 за тежко чуване), което прави 6,3%.

Общият процент на инвалидността, обусловен от трите увреждания, е равен на $40\% + 18\% + 6,3\% = 64,3\%$.

IV. При единични и множествени увреждания на чифтни органи, когато в приложение № 1 към чл. 93, ал. 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността не е предвидена съответна комбинация, крайният процент на намалената работоспособност се изчислява по принципа на пропорционалността, посочен в предходната точка, за всеки орган поотделно, след което се изчислява и крайният процент.

Пример: Лицето страда от:

а) псевдоартроза на лявата предмишница 30% по приложение № 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността;

б) ограничена подвижност на лявата китка тежка степен 20% по приложение № 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността;

в) халтавост на дясната лакетна става 50% по приложение № 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността;

г) загуба на палеца на дясната ръка 25% по приложение № 1 от Наредбата за експертизата на работоспособността.

Общият процент на намалената работоспособност в този случай се изчислява по следния ред:

1. За лява ръка

След елиминиране на по-високия процент на работоспособността (30% за псевдоартрозата) остатъчната работоспособност остава 70% ($100 - 30 = 70\%$).

Процентът на намалената работоспособност по повод на второто увреждане (ограничената подвижност на лявата китка) е равен на $70\% \times 20\% = 14\%$.

Общо за лявата ръка процентът на намалената работоспособност е равен на $30\% + 14\% = 44\%$.

2. За дясна ръка

След елиминиране на по-високия процент на намалената работоспособност (50% за халтавост на лакетната става) остатъчната работоспособност остава 50%.

Процентът на намалената работоспособност по повод второто увреждане (загуба на палеца на дясната ръка) е равен на $50\% \times 25\% = 12,5\%$.

Общо за дясната ръка процентът на намалената работоспособност е равен на $50\% + 12,5\% = 62,5\%$.

Определянето на крайния процент на намалената работоспособност в тези случаи може да стане по два начина:

1. Чрез прилагане на посочения пропорционален метод; в посочения пример крайният процент е равен на: $62,5\% + (100\% - 62,5\%) \times 44\% = 62,5\% + 16,5\% = 79\%$.

2. Към процента на намалената работоспособност на по-тежко увредения орган се прибавя една трета от определения процент на намалената работоспособност за по-леко увредения орган. В посочения пример крайният процент е равен на $62,5\% + (44\% : 3) = 62,5\% + 14,7\% = 77,2\%$.

V. За облекчаване на изчисленията при намиране на общия процент на намалената работоспособност и множествени увреждания първият процент (множимото) се приема условно за цяло число, а полученото произведение - за процент.

VI. 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.

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