ПРАВНО-МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ЕКСПЕРТИЗАТА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА - МИНАЛО И НАСТОЯЩЕ

Параскева Манчева

Медицински колеж - Варна, Медицински университет
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна

LEGAL, MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE EXPERTISE FOR WORKING CAPACITY - PAST AND PRESENT

Paraskeva Mancheva

Medical College - Varna, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Нарастването на броя на българските граждани, желаещи да получат степен на инвалидност, е „огледало“ на демографската ситуация у нас. Влошеното здраве на населението и неговите уязвими групи допълнително допринася за претоварването на териториално експертните лекарски комисии и увеличава изплащаните от Националния осигурителен институт инвалидни пенсии. Определянето на степента на инвалидността обаче се явява най-значимата правна последица за човека с увреждане. В този смисъл визията за развитието на експертизата на работоспособността в България все повече се свързва с нарастващото медико-социално, икономическо и юридическо значение на изследваната система. В изпълнение на принципа на управленска отговорност е необходимо разработването на концепция за нов модел на експертиза на работоспособността с цел изготвяне и приемане на стратегически план за бъдещо развитие.

Ключови думи: медицинска експертиза на работоспособността, инвалидност, териториално експертни лекарски комисии

ABSTRACT

The increase in the number of Bulgarian citizens, willing to receive a degree of disability, is a reflection of the demographic situation in the country. The poor health of the population and its vulnerable groups further contributes to overloading the Territory Expert Medical Commissions and increases the pensions paid by the National Insurance Institute pensions. The determination of the degree of disability, however, appears to be the most important legal consequence for people with disabilities. In this sense, the vision for the development of the expertise for working capacity in Bulgaria is increasingly linked with the growing medical, social, economic and legal significance of the studied/investigated system. In accordance with the principle of managerial responsibility, it is necessary to develop a concept for a new model expertise for working capacity in order to be prepared and adopted a strategic plan for future development.

Keywords: Medical Expertise for working capacity, Handicap, Territory Expert Medical Commission

ВЪВЕДЕНИЕ

Специалният интерес на социолозите към проблемите на инвалидността датира от средата на шестдесетте години на XX век, когато американската социологическа асоциация организира първата конференция (Кармел, Калифорния), изцяло посветена на социологическите аспекти на този въпрос (11). За това допринася и развитието на общия антропоцентризъм, с което „инвалидността“ започва да придобива „човешко лице“. Практико-приложният аспект на медицинската експертиза обаче налага детайлното разглеждане не само на нейната същност и границите на компетентност, но и на структурата, методичното ръководство и организационните проблеми на тази толкова значима за обществото медико-социална дейност.

Медицинската експертиза на работоспособността (МЕР), от своето създаване досега, претърпява множество промени, както в структурно-методологично отношение, така и в развитието си като научно-практическа дисциплина. Нейният предмет е състоянието на трудоспособността на заболялите лица – наличие на временна, продължителна или постоянна – частична или пълна, загуба на трудоспособност, вследствие на заболяване, болестно състояние или телесен недъг. При осъществяването на МЕР се използват целенасочени клинично-експертни изследвания с оглед на прецизната оценка на функционалния дефицит при съобразяване с противопоказаните условия на труд.

До средата на XIX век с инвалидността са се занимавали предимно военните. С възникване на модерната медицина се установяват и структурите на експертизата на работоспособността. Основите се изграждат за първи път в Бисмаркова Германия и постепенно нейният опит обхваща целия цивилизован свят. С първите български трудови закони, приети през периода 1903-1907 г., правно регулиране получават и медицинските експертизи на пострадалите и заболялите работници по време на трудовия процес. След 1924 г., когато се въвежда първото здравно осигуряване, към всеки фонд за обществени осигуровки се образуват лекарски комисии с правото да признават неработоспособност и инвалидност.

След 1944 г. основните теоретични, методични и организационни принципи на тази експертиза в България се поставят съобразно опита на съветската трудово-експертна школа, оценяваща инвалидността в проценти. След 1950 г. се създават централни и регионални комисии – Централна трудово-експертна лекарска коми-

сия (ЦТЕЛК), трудово-експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и лекарски консултативни комисии (ЛКК), за определяне временна и трайна нетрудоспособност, издават се много помагала, справочници и монографии на тази тема, включително и специален бюлетин с интересни казуси, а работещите в тези комисии са с безспорен авторитет.

Следващият етап от развитието на МЕР (след 1952 г.) започва със създаването на новите за тогавашното време принципи и критерии за оценка на трудоспособността, които отхвърлят „органно-локалистичния“ принцип, според който болният е бил освидетелствал независимо от характера и динамиката на заболяването, от професията и условията на труд. Една от основните функции на експертизата на този етап е разработката на индивидуални програми за рехабилитация на инвалидите, в това число определяне на вида, формата, срока и обема на мероприятията по медицинската, социалната и професионалната рехабилитация.

Целта на статията е да изследва и представи правните и медицинските аспекти на медицинската експертиза и оценката на инвалидността в български условия от 1952 г. до наши дни.

Същност

Експертизата на трайната нетрудоспособност в България след 1952 г. се е разглеждала като неразделна част от лечебно-профилактичната дейност и се е осъществявала от ЦТЕЛК и ТЕЛК (5). ЦТЕЛК е била структурирана към Републикански институт по трудово-лекарска експертиза (РИТЛЕ) и Министерство на народното здраве (МНЗ), а ТЕЛК – към лечебно-профилактичните заведения, определени от министъра на народното здраве. Организацията, методичното ръководство и контролът върху работата на ТЕЛК се осъществяват от съответните отдели „Народно здраве“ при Окръжните народни съвети (ОНС), а за цялата страна – от лечебно-профилактичното управление при МНЗ и от РИТЛЕ. В административно отношение ТЕЛК са били подчинени на главните лекари на съответните лечебно-профилактични заведения. Началникът на отдел „Народно здраве“, съгласувано с МНЗ, определял какви лекари специалисти ще участват в ТЕЛК. Най-често те са били терапевт, хирург, невролог или специалист по гръдни заболявания, като е съществувало изискване в едно заседание да не могат да присъстват повече от трима лекари (1). Така към 1978 г. в България са работили над 100 щатни трудово-експертни лекарски комисии, сред които: общи ТЕЛК, съставени

от интернист, невролог и хирург; специализирани ТЕЛК за психични, очни, фтизиатрични и неспецифични белодробни заболявания; осем специализирани ЦТЕЛК към РИТЛЕ при МНЗ за нервни, психични, сърдечно-съдови, вътрешни, хирургични, ортопедични, фтизиатрични и неспецифични белодробни и очни заболявания (8).

През този период оценката на инвалидността се е извършвала от трудово-лекарска експертиза (ТЛЕ) съобразно професията, вида и условията на труд с определяне на *група инвалидност* и със следните задачи: трудово-лекарска оценка на състоянието на трудоспособността с оглед на експертно заключение, дали е настъпило или не състояние на инвалидност и установяване на етиологичните и социалните причини на инвалидността; изучаване и установяване характера на етиологичните и социалните причини на инвалидността; системно динамично наблюдение и контрол върху състоянието на трудоспособността и инвалидността; съдействие на клиничната и социалната рехабилитация с оглед на профилактиката на заболяемостта, свързана с временната и трайната нетрудоспособност, за понижаване на показателите на инвалидността като медицинско-социално понятие; научна разработка

Фиг. 1. Степен на значимост на нарушението на функцията на организма

на принципите и критериите за оценка на трудоспособността и др.

Съществен момент в експертното решение на ТЕЛК е била трудовата препоръка и причинната връзка, защото правилно дозираният и добре избран труд може и трябва да играе ролята на лечебно-профилактичен фактор. Важно звено в системата на профилактиката на инвалидността са били динамичното наблюдение и контролът върху състоянието на трудоспособността на работещите с трета група инвалидност. Това е една твърде специфична задача пред тогавашната ТЛЕ, включваща и проучване на характера и динамиката на инвалидността. Степента на из-

Табл. 1. Класифициращи признаци по групи инвалидност

Група инвалидност	1-ва	2-ра	3-та
Степен на разстройство на функцията на организма	Устойчиво, значително изразено	Устойчиво изразено	Устойчиво, умерено изразено
Количество на ограничените ДЕЖ	Наличие на не по-малко от едно ограничение	Наличие на не по-малко от едно ограничение	Наличие на не по-малко от две ограничения или ограничение на способностите за труд 1-ва степен
Способност за самообслужване	3	2	1
Способност за придвижване	3	2	1
Способност за ориентация	3	2	1
Способност за общуване	3	2	1
Способност за самоконтрол на поведението	3	2	1
Способност за обучение	3	2	1
Способност за трудова дейност	3	2	1
Необходимост от мерки за социална защита и помощ	Да	Да	Да

губената трудоспособност се е определяла от медицински и социални фактори (9).

Работоспособността се е преценявала по отношение на професията, при която са настъпили трайни нарушения на функциите, довели до нейната пълна или частична загуба, отнасящи се към групите инвалидност по следния начин (Фиг. 1):

Според гореспоменатата зависимост колкото по-голямо е нарушението на здравето, толкова по-значимо е ограничението на функционирането в дейностите от ежедневието (ДЕЖ) и необходимостта от включване на мерки за социална защита (Табл. 1):

С промяната в политическа система и начало на прехода към нова, демократична и пазарна държава България навлезе с утвърден и добре действащ трудово-медицински модел на социална политика - експертиза на инвалидността, основана върху принципи и норми, закрепени в Наредба № 36 за експертиза на трайната нетрудоспособност (7). Най-важните основни характеристики на този модел се свеждат до следното: основа на модела е експертизата на трайната нетрудоспособност, а нейна „сърцевина“ е принципът „квалификация-деквалификация“ при трудоустройването; трудоустройство в специализирани предприятия (стратифициран подход) и фактически отказан достъп до пазара на труда; изолация и – в определени случаи (особено при лица с умствени увреждания) – институционализация; моделът представлява социален механизъм (система от политики) за изграждане на паралелно пространство и въвеждане на инвалидите в него (сепариране) и за социално изключване от основното русло на живота и др. (4).

След 2000 г. териториално експертните лекарски комисии и Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК) определят степента на инвалидност по нов начин, а именно - чрез изчисляване на *процент трайно намалена работоспособност (ТНР)*. Методиката на неговото определяне изисква подробна клинично-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. В следващите години нормативната уредба се променя още два пъти (Табл. 2):

Според сега действащата Наредба на МЕР установеното увреждане, стадият на неговото развитие и обусловеният функционален дефицит се съобразяват със съответната отправна точка съ-

гласно Приложение №1 към Наредбата (3). Ако приетата точка предвижда диапазон „от... до...“, процентът на намалената работоспособност се съобразява със степента на установения дефицит. 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. При наличие на множествени увреждания, посочени като отправни точки в Приложение №1, крайният процент на ТНР/СУ се определя по Методиката за прилагане на отправните точки за оценка в проценти съгласно Приложение №2 към Наредбата. Увреждания, които не са посочени като отправни точки и не обуславят функционален дефицит или дефицитът е незначителен, не се вземат предвид при определяне процента на ТНР/СУ. Тази законова постановка изяснява същността на методиката за оценка на увреждането, а именно че се касае за математическа формула, която много прецизно (до дробно число) определя процента ТНР/СУ. При тази математическа точност обаче се загубват индивидуалните (социални, здравни, рехабилитационни и др.) потребности на човека с инвалидност, тъй като на измерване подлежат само функционалните увреждания.

Процедурата за изготвяне на експертно решение от ТЕЛК започва с инициативата на лицето чрез заявяване на желание за освидетелстване пред общопрактикуващия лекар (ОПЛ) от страна на лицето, получило увреждане. ОПЛ, според законодателството на Р България, има задължението да издаде „Медицинско направление за ТЕЛК“. Изключение от този принцип се явява казусът с изтичането на определената от лекарската консултативна комисия (ЛКК) временна неработоспособност - 6 месеца или два пъти по 6 месеца с прекъсване между тях, при който пациентите следва да се явят пред ТЕЛК по инициатива на ЛКК. В тази ситуация ТЕЛК има правото да прецени дали да продължи временната неработоспособност още три пъти по 2 месеца или да определи процент трайно намалена работоспособност.

Изготвеното експертно решение, подписано от всички членове експерти в комисията, се връчва на лицето, като се обясняват неговите права и задължения. Комплексността на проблемите в доболничната и болничната помощ при подготовката на пациентите за ТЕЛК и заплахата от финансов начет, налаган от страна на НОИ

Табл. 2. Сравнителна характеристика на съдържанието на медицинската експертиза за периода 1975-2010 г.

Наредба №36 от 1975 г. за експертиза на трайната нетрудоспособност	Наредба за експертиза на работоспособността от 2000 г.	Наредба за медицинска експертиза на работоспособността от 2005 г.	Наредба за медицинската експертиза от 2010 г. (действаща)
Определяне вида на изгубената трудоспособност (временна и трайна), както и на нейната тежест (<i>групи инвалидност</i>)	Определяне степента на трайно намалената или загубена работоспособност в проценти спрямо здравия човек	Определяне степента на ТНР в проценти спрямо здравия човек	Определяне степента на ТНР в проценти спрямо здравия човек
Посочване на датата на инвалидизирането (начална дата на настъпването на инвалидността)	Определяне потребността от чужда помощ и за какъв срок	Определяне на потребността от чужда помощ и срока	Определяне потребността от чужда помощ и срока
Определяне на срока на инвалидността	Определяне срока на инвалидността и датата, на която изтича определеният срок на инвалидност	Определяне срока на инвалидността и датата, на която изтича определеният срок на инвалидност	Определяне на срока на инвалидността и датата, на която изтича определеният срок на инвалидност
Установяване на причината за инвалидността (причинна връзка)	Определяне на началната дата на трайно намалената или загубена работоспособност (дата на инвалидизиране)	Определяне на началната дата на трайно намалената работоспособност (дата на инвалидизиране)	Определяне на началната дата на трайно намалената работоспособност (дата на инвалидизиране)
Даване на препоръка за медицинска и трудова рехабилитация на инвалидите, чрез която се оказва положително въздействие за възстановяване на трудоспособността	Определяне причинната връзка между увреждането (смъртта) и трудовата злополука, условията на труд, при които е работило освидетелстваното лице, включително и при военна и гражданска инвалидност	Определяне причинната връзка между увреждането (смъртта) и трудовата злополука, условията на труд, при които е работило освидетелстваното лице, включително при военна и гражданска инвалидност	Определяне на причинната връзка между увреждането и настъпилата неработоспособност по повод на трудова злополука, професионална болест, военна инвалидност, гражданска инвалидност
Установяване на противопоказаните и подходящите условия на труд	Определя противопоказаните условия на труд	Определяне на противопоказаните условия на труд	Определяне на причинно-следствената връзка между увреждането и условията на труд
-	-	Установяване трудоспособно ли е лицето за работното си място и необходимостта от трудоустрояване	Определяне на противопоказаните условия на труд

-	-	Определяне характера на заболяването – професионален или общ	Определяне трудоспособно ли е лицето за работното си място / трудоустрояване
-	-	Даване на препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация	Определяне на характера на заболяването – професионален или общ

на лекарите експерти, доведоха до забавяне и изкуствено намаляване на оценката на инвалидността (6).

От 2005 г. НОИ и АСП имаха представители в съставите на ТЕЛК, което се отчете като утежняваща работата на комисиите мярка, вследствие на което АСП се оттегли от ТЕЛК, а лекарите на НОИ продължиха своята контролна работа до 31.12.2011 г. и също се оттеглиха. Контролът след 2011 г. върху дейността на ТЕЛК остана в комисиите към НОИ. Следващото съществено реструктуриране на комисиите на МЕР се извърши през юли 2014 г., когато се премахнаха специализираните ТЕЛК и специалистите от тях се включиха в съставите на Общите ТЕКК с мотива, че така ще бъде преодоляно „разкарването“ на пациентите от една в друга комисия за консултации (10). Вследствие на тази промяна се натовариха Общите ТЕЛК и се увеличи потокът на чакащи да бъдат освидетелствани и преосвидетелствани от тях.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От гореизложените данни може да се направи изводът, че през периода 1952-2000 г. МЕР (тогава ТЛЕ) се развива като клон на медицинската наука и практика във връзка с цялостната система на мероприятия по охраната на труда и профилактиката на заболяемостта, свързана с временна работоспособност и група инвалидност. Промените в нормативната уредба на МЕР след 2000 г. поставят тази експертиза на нова основа, като съществената отлика се състои в това, че оценката на инвалидността се определя в проценти. Степента на значимост на нарушението на функцията на организма се явява отправна точка за определяне на инвалидността.

При сравнителен анализ на нормативната база през периода 1975-2010 г. се вижда, че с малки изключения същността и съдържанието на медицинската експертиза по същество остава същата от 1975 година насам (2). Мнозинството от политиките продължават да бъдат насочвани към един или друг вид социално подпомагане на

хората с увреждания, което свидетелства за съществуването на криза в публичните политики в сферата на инвалидността.

Акцентирането върху множество „помощи и облекчения“ за хората с увреждания, представени като привилегии, внушава представа за хората с увреждания като привилегирована социална категория, към която изтича значим социален и финансов ресурс, срещу който нищо не се получава и който може да бъде редуциран в условия на криза, т.е. насаждат се *социални представи за инвалидите като „не-ценност“ за обществото.*

Съществен извод от изследването представлява липсата на проучвания за влиянието на инвалидността върху икономиката и социалната сфера.

Правно-медицинският преглед на развитието на нормативната уредба на медицинската експертиза у нас свидетелства за дългия път, който изминава българското законодателство в стремежа за адаптиране към динамичните политически, социални и прочие промени. Необходимостта от адаптиране на българското законодателство към европейското налага широко обществено обсъждане на проблемите на тази експертиза у нас и промяна на нормативната уредба. В този смисъл нерешените въпроси относно структурата, организацията и нормативната осигуреност на системата на оценката на инвалидността са от съществено медико-социално и правно значение за държавата, обществото и личността.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанасова Л. Участие на профсъюзите при експертизата на нетрудоспособността. НИПП „Г.Димитров“ при ЦС на БПС, София. 1976.
2. Наредба за медицинската експертиза на работоспособността. Държавен вестник (официално издание на народното събрание), бр.47 от 07.06.2005 (отм.2010).
3. Наредба за медицинската експертиза. Държавен вестник (официално издание на

- Народно събрание), бр.36 от 14.05.2010/последни промени: ДВ, бр. 67 от 12.08.2014 г., в сила от 1.01.2015.
4. Ивков Б. Експертиза на инвалидността – социални последствия за личността. Кратка ретроспекция и съвременно състояние. Асклепий. ИК„ГорексПрес“, София. 2006; том XIX:90–97.
 5. Инструкция №3 931 за работата на трудово-експертните лекарски комисии (обнародвана в „Известия“, бр.90/9.11.1962 г.)
 6. Кодекс за социално осигуряване. Държавен вестник (официално издание на Народно събрание), бр. 110 от 17.12.1999, в сила от 01.01.2000/последни промени: ДВ, бр. 61 от 11.08.2015.
 7. Пенчев П. Труд, трудоспособност, трудоустрояване. София: Профиздат, библи. „Трудово-правни знания“, кн. 2. 1987.
 8. Пенчев П, Влаева П. Проблеми на трудово-лекарската експертиза. 1976; 2:25-41.
 9. Пенчев П, Каменов Л. Трудово-лекарска експертиза в неврологията и психиатрията. Медицина и физкултура, София. 1978.
 10. Постановление на МС №179 от 27.06.2014. Държавен вестник (официално издание на Народното събрание) бр.55 от 04.07.2014.
 11. Bérubé M. The Cultural Representations of People with Disabilities Affects Us All. Chronicle of Higher Education. May 30. 1997.

Адрес за кореспонденция:
Доц. д-р Параскева Манчева, д.м.
УНС по рехабилитация, МК
Медицински университет
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна
гр. Варна, бул. „Цар Освободител“ 84
e-mail: p_mancheva@abv.bg