Трудоспособност, инвалидност и социална подкрепа в България

2026

ИПИ

Съдържание

Използвани съкращения 4
Резюме 5
Въведение 8
Институционална рамка на решенията на ТЕЛК/НЕЛК 9
В каква посока се движат реформите в периода 2020-2025 г.? 9
Какви права произтичат от ТЕЛК? 10
Общи наблюдения върху институционалната рамка 12
Разпределение на ТЕЛК решенията по диагнози: водещи медицински причини за инвалидност и структурни тенденции 13
Решения по диагнози 13
Решения по пол и възраст 15
Обжалвания и дейност на НЕЛК 16
Социални и икономически характеристики на хората на увреждания 20
Основни демографски характеристики 20
Оценки на здравето 25
Хората с увреждания на пазара на труд 27
Хора с увреждания и бедност 29
Пенсии за инвалидност: мащаб, динамика и фискален отпечатък 31
Въведение: защо данните за инвалидните пенсии са ключови за анализа на ТЕЛК 31
Обща картина: мащаб на инвалидните пенсии и тенденции в броя пенсионери 32
Инвалидни пенсии в работоспособна възраст: фокус върху пазара на труда 35
Разходи за пенсии за инвалидност: ускорен ръст и растяща тежест в пенсионната система 36
Среден размер на инвалидните пенсии: бързо нарастване и потенциални ефекти върху стимулите 38
Минимални пенсии и концентрация в ниски размери: таргетиране или механично приравняване? 40
Демографски профил: средна възраст и осигурителен стаж 41
Какво движи разхода и какви са рисковете за устойчивостта? 43
Регионални различия при пенсиите за инвалидност: мащаб, структура и демографски контекст 43
Социална помощ: потребители, разходи и динамика 48
Месечна финансова подкрепа 48
Закон за личната помощ 53

Помощи за здравноосигурявани лица чрез ДСП 55
Месечни помощи за деца с трайни увреждания 56
Помощи, свързани с транспорта 58
Данъчни облекчения за хората с увреждания: обхват, ефект и ограничения 62
Политики на пазара на труда 64
Национална програма за заетост и обучение 64
Насърчителни мерки по ЗНЗ 68
Основни изводи и наблюдения 70
Заключение и препоръки 74
Приложение 1: Институционална рамка 76
Медицинска експертиза – основни принципи 76
Как протичат процедурите? 77
Как функционират обжалванията? 78
Как се формират комисиите и какъв е процесът на вземане на решения? 79
Какви видове нетрудоспособност разпознава българското законодателство? 80
Приложение 2: Списък на графиките и таблиците 82
Приложение 3: Здравен инкубатор на ИПИ 85

Изследването е изготвено с подкрепата на Atlas Network

Използвани съкращения

АЗ	Агенция по заетостта
АСП	Агенция за социално подпомагане
АХУ	Агенция за хората с увреждания
ДСП	Дирекция „Социално подпомагане“
ЕР	Експертно решение
ЕРМД	Европейски регламенти и международни договори
ЗИНЗС	Закон за изпълнение на наказанията и задържането под стража
ЗИХУ	Закон за интеграция на хората с увреждания
ЗМВР	Закон за Министерството на вътрешните работи
ЗНЗ	Закон за насърчаване на заетостта
ЗОВСРБ	Закон за отбраната и въоръжените сили на Република България
ЗОХТУ	Заетост и обучение на хора с трайни увреждания
ЗПЗСК	Закон за пенсиониране на земеделските стопани-кооператори
ЗСПД	Закон за семейни помощи за деца
ИБД	Информационна база данни
КСО	Кодекс за социално осигуряване
ЛКК	Лекарска консултативна комисия
МКБ	Международна класификация на болестите
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
НЕЛК	Национална експертна лекарска комисия
НЗИС	Национална здравноинформационна система
НОИ	Национален осигурителен институт
НП	Национална програма
НПДЗ	Национален план за действие по заетостта
НСИ	Национален статистически институт
ОЗ	Общо заболяване
ПУОРОМЕРКМЕ	Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РКМЕ	Регионална картотека на медицинската експертиза
СВОК на ТПК	Съвет за взаимно осигуряване на членовете на трудово производителните кооперации
ТЕЛК	Териториални експертни лекарски комисии
ТЗПБ	Трудова злополука и професионална болест

Резюме

Системата на медицинската експертиза на работоспособността в България, осъществявана чрез ТЕЛК и НЕЛК, играе централна роля в социалната политика и в разпределението на значителен публичен ресурс. Решенията на медицинските комисии не само определят степента на трайно намалена работоспособност, но и отварят достъп до широк кръг от социални и осигурителни права – инвалидни пенсии, социални помощи, лична помощ, здравно осигуряване и различни преференции. В този смисъл медицинската експертиза функционира като ключов административен механизъм, който влияе както върху доходите на домакинствата, така и върху публичните финанси и участието на хората с увреждания в пазара на труда.

Изследването показва, че системата има значителен обхват. Според данните от преброяването през 2021 г. около 655 хил. души в България имат решение на ТЕЛК, което представлява приблизително 10% от населението на страната. В същото време всяка година се издават около 270 хил. експертни решения на ТЕЛК, като значителна част от тях са свързани с хронични заболявания. Най-често срещаните диагнози са в областта на сърдечно-съдовите заболявания, усложненията на диабета и други хронични заболявания, което показва силна връзка между общественото здраве и системата на медицинската експертиза.

Решенията на ТЕЛК са концентрирани основно в активната и предпенсионната възраст. През 2025 г., например, над 108 хил. решения са издадени за хора между 40 и 59 години, а над 107 хил. – за хора между 60 и 79 години. Това означава, че именно тези възрастови групи формират основната част от медицинската експертиза, което има пряко отражение върху пазара на труда и върху системата на социалното осигуряване. През 2024 г. 272 хил. души в работоспособна възраст получават пенсия за инвалидност.

Анализът показва също така значителни регионални различия. В някои области делът на получателите на инвалидни пенсии достига 30 души на 1000 население, докато в други е около 7–10 на 1000 души. По-високи стойности се наблюдават основно в Северна България и Северозападния регион, което вероятно отразява комбинация от демографски фактори, здравословно състояние на населението и икономически условия.

Системата на социалната подкрепа за хората с увреждания включва широк набор от плащания и услуги. Например през 2025 г. около 31,7 хил. семейства

получават месечна помощ за дете с трайно увреждане, като общият бюджет на тази помощ достига 117 млн. евро. В същото време 246 хил. души получават безплатни годишни електронни винетки, а над 50 хил. души са здравно осигурявани чрез месечни социални помощи, докато около 61 хил. души са осигурявани като полагащи грижи за хора с увреждания.

През последните години се наблюдава и много бързо разширяване на механизма за лична помощ. От въвеждането му през 2019 г. броят на ползвателите нараства от над 15 хил. души до над 94 хил. през 2025 г., а бюджетните разходи се увеличават от около 9,6 млн. евро до приблизително 642 млн. евро. Това превръща личната помощ в едно от най-бързо нарастващите пера в системата на социалната политика, без това да е обусловено от промени в здравния статус на населението. Данните показват и съществени регионални различия в използването на услугата, особено в Северна България и Северозапада, което поставя въпроси за контрола на реалната потребност и устойчивостта на финансирането.

Въпреки значителния обхват на социалната подкрепа, участието на хората с увреждания на пазара на труда чрез активни политики остава ограничено. За периода 2019–2024 г. около 10 700 души с увреждания са участвали в субсидирана заетост, като 60% от тях са работили в едва 10 длъжности, най-често като чистачи, общи работници или технически сътрудници. Това показва, че активните политики на пазара на труда имат ограничен обхват и често са концентрирани в нискоквалифицирани позиции.

Препоръките на ИПИ са:

1. Подобряване на прозрачността и контрола в системата на медицинската експертиза

- развитие на единна електронна информационна система за медицинската експертиза;
- по-добър обмен на данни между НЗИС, НОИ, АСП и други институции;
- ясни и унифицирани методически стандарти за оценка на работоспособността;
- по-силен контрол върху качеството на първоинстанционните решения на ТЕЛК.
- включване на представители на заинтересовани институции в системата на медицинската експертиза, особено на такива на осигурителния институт.

2. По-добра координация между институциите в системата на подкрепа

- създаване на по-интегрирана оценка на потребностите на хората с увреждания;
- по-добра координация между социалните плащания, услугите и програмите за заетост;
- развитие на обща база данни за различните форми на подкрепа.

3. Целенасочени активните политики на пазара на труда

- разширяване на програмите за обучение и преквалификация на хората с увреждания;
- по-силни стимули за частния сектор да наема хора с увреждания;

- насърчаване на гъвкави форми на заетост, включително дистанционна работа;
- по-добра връзка между субсидираната заетост и устойчивата заетост.

4. Подобряване на оценката на потребностите при социалните услуги

- усъвършенстване на методиката за индивидуална оценка на потребностите;
- по-добър мониторинг на регионалните различия в използването на услугите;
- развитие на алтернативни социални услуги, които да допълват личната помощ.

5. По-силен фокус върху превенцията и общественото здраве

- засилване на програмите за превенция на хроничните заболявания;
- по-добър достъп до ранна диагностика и лечение.

6. По-добро наблюдение на фискалната устойчивост на системата

- регулярни оценки на фискалния ефект на различните политики;
- по-добра връзка между разходите и резултатите от политиките;
- анализ на стимулите, които системата създава за участие в пазара на труда.

В крайна сметка системата на медицинската експертиза и свързаните социални политики имат ключово значение за социалната защита на част от населението. За да бъде тя едновременно ефективна и устойчива, е необходимо по-добро балансиране между адекватната подкрепа за хората с увреждания и насърчаването на тяхната социална и икономическа интеграция.

Въведение

Системата за медицинска експертиза на работоспособността, позната най-вече чрез решенията на ТЕЛК и НЕЛК, заема ключово място в социалната политика и публичните финанси в България. Чрез нея се определя степента на трайно намалена работоспособност и се отваря достъп до широк кръг от права и услуги – инвалидни пенсии, социални плащания, здравно осигуряване, данъчни облекчения, транспортни преференции и други форми на подкрепа. По този начин системата има не само медицинско, но и съществено икономическо значение, тъй като решенията ѝ влияят както върху доходите и жизнения стандарт на засегнатите лица и техните семейства, така и върху разходите на държавния бюджет и социалноосигурителната система.

Паралелно с нарастването на броя на решенията за инвалидност и на получателите на финансова помощ, се поставят въпроси за ефективността на системата, за възможни стимули за неправомерно освидетелстване, както и за връзката между медицинската експертиза, пазара на труда и социалната политика. Анализът на системата трябва да бъде основан на данни и икономическа интерпретация на процесите, които стоят зад статистиката за хората с увреждания и получателите на свързаните с тях социални права и финансово подпомагане.

Настоящото изследване разглежда системата на медицинската експертиза и свързаните с нея социални политики в България от икономическа перспектива. То анализира динамиката на решенията на ТЕЛК и НЕЛК, разпределението им по диагнози, възраст и пол, както и характеристиките на хората с увреждания в страната. Особено внимание е отделено на връзката между медицинската експертиза и системата на социалните трансфери – инвалидните пенсии, социалните помощи и други форми на подкрепа, които съпътстват признаването на трайна неработоспособност.

Целта на анализа е да представи по-цялостна картина на икономическите измерения на системата и се стреми да очертае основните тенденции и предизвикателства.

Институционална рамка на решенията на ТЕЛК/НЕЛК

В Приложение 1 е поместена информация за:

- Основните принципи на медицинската експертиза;
- Как протичат процедурите;
- Как функционират обжалванията;
- Как се формират комисиите и какъв е процесът на вземане на решения;
- Какви видове нетрудоспособност разпознава българското законодателство.

В каква посока се движат реформите в периода 2020-2025 г.?

През последните пет години се въвеждат значителни изменения в структурата и начина на работа на ТЕЛК.

- 2020 г.: Започва процесът по дигитализация със създаване на информационната база данни (ИБД), а към края на годината използването на базата данни става задължително.
- 2021 г: Изменения актуализират ПУОРОМЕРКМЕ, с което се прецизира потокът от документи в специфичните случаи. Променя се и НМЕ с фокус върху експертния профил на участващите в заседанията.
- 2022 г.: Разширява се обхватът на последиците от ТЕЛК в посока помощни средства и медицински изделия.
- 2023 г.: Продължава дигитализацията на процесите, като информацията от ИБД вече достига и до НОИ, НЗОК и АСП. Има промени и при преосвидетелстването, като предишни решения остават в сила докато ТЕЛК не вземе следващо. Променя се Наредбата за медицинската експертиза като общият процент трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане се определя, като към най-високия процент на най-тежкото увреждане се прибавят 20% от сбора на процентите на всички съпътстващи увреждания. В актюерския доклад на НОИ за 2024 г. се посочва, че именно това обстоятелство допринася за увеличаването на броя на новоотпуснатите пенсии за инвалидност.
- 2024 г.: Въвежда се механизмът за разпределение на случаен принцип, което заменя регионалната близост с натовареност. Разширява се значително броят на комисиите. Въвежда се финансов стимул за предсрочно издаване на решения.
- 2025 г.: ТЕЛК получават пълен достъп до електронните здравни досиета в НЗИС с цел улесняване на процеса.

Посоката на реформи е видима – всеобхватна дигитализация, ускоряване и равномерно разпределение на натоварването в системата. Видимо обаче липсва преосмисляне на обхвата и определенията на нетрудоспособността, различните степени и произтичащите от тях социални права, включване на

представители на НОИ в процеса и обвързването му с реалното ограничение на възможностите за труд.

Какви права произтичат от ТЕЛК?

Освидетелстването води до достъп до широк набор от права, които често зависят от степента на увреждане, процента нетрудоспособност и потребността от чужда помощ. Важно е да отбележим, че при голяма част от различните видове помощ и подкрепа липсва автоматизъм – хората с увреждания трябва да подадат отделни заявления, а за част от тях се прилагат и допълнителни изисквания (възраст, стаж, доход) и съответно решение, което води до различно покритие и обхват.

- Пенсии в системата на държавното обществено осигуряване (НОИ)[1]:
    - *Пенсия за инвалидност поради общо заболяване:* правото възниква при 50% и над 50% трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, като се отчита датата на инвалидизиране, срокът на инвалидността и осигурителният стаж. Пенсията е срочна (за срока на инвалидността), но след достигане на възрастта за пенсия за стаж и възраст може да се отпуска пожизнено.
    - *Социална пенсия за инвалидност:* отпуска се при определени прагове на увреждане и възрастови условия, като НОИ я третира като самостоятелна пенсионна категория с отделни правила.
- Месечна финансова подкрепа по Закона за хората с увреждания (АСП)[2]: АСП определя размери като процент от линията на бедност, като правото е за хора над 18 г. Размерът на помощта е, както следва:
    - 50–70,99%: 7% от линията на бедност;
    - 71–90%: 15%;
    - над 90%: 25%;
    - над 90% с определена чужда помощ, които получават пенсия за инвалидност поради общо заболяване или поради трудова злополука или професионална болест: 30%
    - над 90% с определена чужда помощ , които получават социална пенсия за инвалидност или пенсия за военна инвалидност, или пенсия за гражданска инвалидност, или наследствена пенсия – 57%.
- Целеви помощи по Закона за хората с увреждания (АСП): тук попадат по-тесни права, обвързани с мобилност, конкретни нужди и допълнителни критерии[3].
    - *Целева помощ за покупка на лично моторно превозно средство* до четирикратния размер от линията на бедност за хора с трайни увреждания и затруднено придвижване

[1] Виж тук: https://www.noi.bg/fizicheski-lica/pensii-bg/trudova-deinost-pridobivane-pravo/invalidnost-obshto-zabolqvane/
[2] Виж тук: https://asp.government.bg/bg/deynosti/podkrepa-na-horata-s-uvrezhdaniya/pravo-na-mesechna-finansova-podkrepa/
[3] Виж тук: https://asp.government.bg/bg/deynosti/podkrepa-na-horata-s-uvrezhdaniya/pravo-na-tselevi-pomoshti/

- *Целева помощ за приспособяване на жилище* до двукратния размер от линията на бедност за съответната година за преустройство на жилище за хора с над 90% ТНР/ВСУ
- *Целева помощ за балнеолечение и/или рехабилитационни услуги* до 80% от линията на бедност за хора с над 90% ТНР/ВСУ
- *Помощ за покриване на разходите за един придружител*, ако ползват такъв, в размер до 80% от линията на бедност за тези с определено право на чужда помощ
- *Целева помощ за наем на общинско жилище*, ако са самотни хора с увреждания или са самотни родители на дете с трайни увреждания.

- Лична помощ по Закона за личната помощ (ЗЛП[4]): наличието на ТЕЛК е условие за достъп до финансиране на лична помощ, като има и допълнителни фактори, най-вече в зависимост от определената чужда помощ, както и децата с висока степен на увреждане. Личната помощ зависи от индивидуална оценка на потребностите, която категоризира получателите според максималните месечни часове грижа(15-168 месечно). Механизмът финансира директно труда на личния асистент, по формула, обвързана с минималната почасова работна заплата.
- Помощи за мобилност (АСП)
  - *Безплатна годишна електронна винетка*, за лица с 50% и над 50% ТНР/ВСУ както и за семейства, отглеждащи деца с трайни увреждания (до определени възрастови граници)[5].
  - *Парична компенсация за пътни разходи в страната,* когато индивидуално определени помощни средства/приспособления/медицински изделия (по медицински документ по ЗХУ) не могат да бъдат предоставени/изработени/ремонтирани по настоящ адрес и присъствието на лицето е необходимо[6].
- Достъп до преводаческа услуга (АСП) за слепи и глухонеми
- Достъп до програми на АЗ, както за заетост и обучение на хора с увреждания[7], така и подкрепа за работодатели, които наемат хора с увреждания[8]
- Помощни средства, приспособления и медицински изделия
- Месечна помощ за отглеждане на дете с трайно увреждане, при деца с 50 и над 50% ТНР/ВСУ
- Отстъпки от местни данъци и такси, в това число намаление на данък върху недвижими имоти и намаление на данък върху МПС

[4] Виж тук: https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137189250
[5] Виж тук: https://asp.government.bg/bg/deynosti/podkrepa-na-horata-s-uvrezhdaniya/pravo-na-godishen-vineten-stiker/
[6] Виж тук: https://asp.government.bg/bg/deynosti/podkrepa-na-horata-s-uvrezhdaniya/pravo-na-parichna-kompensaciya-za-putni-razhodi-v-stranata/
[7] https://www.az.government.bg/pages/nacionalna-programa-zohtu/
[8] Виж тук: https://www.az.government.bg/pages/shema-za-durjavna-pomosht-za-naemane-na-raboteshti-s-uvrejdania/

- Различни местни придобивки (например по-евтини карти за градски транспорт, културни събития, място за паркиране, достъп до социални, образователни и други общински услуги и т.н.).

Този списък не е пълен; основната му цел е да илюстрира разнообразния набор от права, които произтичат от решението за инвалидност, както и големия брой институции, които ползват решенията на комисиите за предоставяне на помощи и подкрепа. Маркирани са и основните категории, които ще бъдат разгледани в подробности в анализа на отделните политики.

Общи наблюдения върху институционалната рамка

1) Настоящият модел на вземане на ТЕЛК решения има относително високи транзакционни разходи, най-вече от гледна точка на събирането на доказателства и пътя на документите, особено в случаите на обжалвания. Интегрирането от 2024 г. в рамките на информационна система и разпределението на случаите според натовареността на комисиите донякъде помага за облекчаването на тази тежест. Има потенциал за по-ранно филтриране, както лични от представените в следващите глави разпределения на хората с намалена работоспособност.
2) Резултатът от медицинско решение води до придобиване на права и достъп до социални плащания и подпомагане. Това от своя страна означава, че решенията на комисиите имат пряко въздействие върху активността и ролята на значителна част от населението на пазара на труда, бюджетните разходи и социалната система.
3) Налице е голяма доза формализъм. Фокусът върху документалните доказателства и изследванията вместо прегледи на живо е силен инструмент за борба с корупцията, но създава усложнения, забавяния и по-високи разходи.
4) Поставя се много голям фокус върху процента нетрудоспособност и неговите прагове, които отварят достъпа до права. Системата на социално подпомагане би могла да взема предвид много по-широк набор от характеристики както на домакинството, така и на отделните хора въз основа на които да се провеждат по-добре прицелени политики.
5) Различните видове подкрепа са разпределени между няколко институции, най-вече НОИ, АСП и АЗ. Това значително затруднява прилагането на всеобхватен подход към дефинирането на нуждите и прицелването на помощта и тласка системата към вземане на решения и провеждане на политики „на парче“. Същевременно представители на тези институции не присъстват в комисиите, а са чист получател на техните решения. Особено притеснителна е липсата на представителите на НОИ.

Разпределение на ТЕЛК решенията по диагнози: водещи медицински причини за инвалидност и структурни тенденции

Решения по диагнози

Разпределението на ТЕЛК решенията по диагнози (МКБ кодове) през периода 2021–2025 г. дава важна перспектива за това кои здравни състояния доминират в системата на медицинската експертиза и как се променя структурата на инвалидността във времето. Макар ТЕЛК да функционира като инструмент за индивидуална оценка на намалената работоспособност, агрегираното разпределение на решенията по диагнози позволява да се открояят водещите медицински групи, които генерират най-голям обем административни решения и последващи социално-осигурителни права. Анализът на тези данни от НЗИС е важен както за разбирането на реалната здравна тежест в населението, така и за оценката на устойчивостта и потенциалните изкривявания в системата.

През 2025 г. десетте най-разпространени диагнози по ТЕЛК са близо 70 хиляди и представляват над ¼ от общо около 270 хиляди решения.

Графика 1: Разпределение на ТЕЛК решения по диагнози през 2025 г. (брой)

Източник: НЗИС

За периода 2021-2025 г. данните показват силна концентрация на решенията в ограничен брой диагнози. Най-голям обем през целия период формират последиците от мозъчен инфаркт (I69.3 по МКБ), а тази диагноза остава трайно водеща и като брой, и като дял. Водещите диагнози отразяват значителната роля на болестите на кръвообращението като източник на инвалидност. Делът на тази диагноза в общия брой решения остава относително стабилен – около 4–4,5%, като през 2025 г. е 4,35%.

Втората голяма група диагнози е свързана със застойна сърдечна недостатъчност (I50.0). Тук се наблюдава по-ясно нарастване и в относителния дял – от 2,52% през 2021 г. до 3,43% през 2025 година. Това може да се интерпретира като сигнал за увеличаваща се тежест на хроничните сърдечни заболявания в системата на медицинската експертиза. Подобни диагнози обичайно водят до продължителна нетрудоспособност и висока вероятност за трайно придобиване на осигурителни права, което означава, че те са структурно важни за дългосрочния бюджетен отпечатък на инвалидността.

Значителен дял в решенията заемат и диабетните усложнения. Делът на неинсулинозависимият диабет с неврологични усложнения (E11.4) се увеличава до 3,12%. Допълнително, неинсулинозависимият диабет с множествени усложнения (E11.7) също расте, като през 2025 г. вече представлява около 1,39% от решенията. Диабетът като хронично състояние е типичен пример за диагноза, при която инвалидността се натрупва постепенно и е силно зависима от качеството на профилактиката и достъпа до здравни грижи. Присъствието му сред водещите диагнози в ТЕЛК решенията подсказва не само медицински проблем, но и по-широки системни предизвикателства, свързани с превенцията и управлението на хроничните заболявания.

Прави впечатление и участието на психиатрични диагнози, най-вече параноидната шизофрения (F20.0). Тя остава сред водещите причини за решения, но се наблюдава спад в относителния ѝ дял – от 3,72% през 2021 г. до 2,51% през 2025 г. Това означава, че макар броят решения да се увеличава в абсолютни стойности, темпът на растеж при други диагнози е по-висок. Този резултат може да отразява структурно изместване към по-силна доминация на сърдечно-съдовите и метаболитните заболявания в системата на инвалидността.

Друга група със значително присъствие са исхемичните заболявания на сърцето, включително стар инфаркт на миокарда (I25.2), хипертонично сърце без застойна сърдечна недостатъчност (I11.9) и други видове стенокардия (I20.8). Тези диагнози показват устойчиво нарастване както в абсолютни стойности, така и като дял. Делът на стария инфаркт на миокарда, например, нараства до 2,84%. Това потвърждава, че сърдечно-съдовият профил е основният „гръбнак“ на медицинската експертиза, което е логично в контекста на високата разпространеност на тези заболявания в България.

Интересен е и растежът на решенията, свързани с наличието на ортопедични имплантанти на стави (Z96.6), които достигат над 5 300 решения през 2025 г. Делът им също се увеличава, което може да отразява както застаряването на населението, така и увеличаващия се обем на ортопедични интервенции. Подобни диагнози са показателни за връзката между развитието на медицинските технологии и инвалидността – по-добрият хирургичен достъп увеличава преживяемостта и качеството на живот, но същевременно води до повече случаи, които подлежат на оценка и административно признаване.

Графика 2: Дял на ТЕЛК решения по диагнози, 2021-2025 г.

Източник: ИПИ по данни на НЗИС

В обобщение, разпределението по диагнози показва ясно доминиране на сърдечно-съдови заболявания и усложнения на хронични метаболитни състояния като диабет. Това са диагнози, които по правило водят до трайна загуба на работоспособност и значителна тежест върху системата на инвалидните пенсии и социалната подкрепа. Тези данни са в синхрон с данните за броя и причините за на хоспитализациите, както и за причините за смъртност в България и още веднъж насочват вниманието към неефективната профилактика и превенция на съдовите болести. Наличието на силна концентрация в ограничен брой хронични диагнози означава, че политиките за превенция и управление на тези заболявания имат пряко значение не само за здравната система, но и за публичните финанси и пазара на труда, като влияят силно върху намалената работоспособност на част от населението и по-високи социални разходи при получаване на статут чрез системата на ТЕЛК. В същото време динамиката на общия брой решения подчертава необходимостта от по-голяма прозрачност и мониторинг на медицинската експертиза, тъй като именно тя е входната точка към голяма част от социално-осигурителните разходи, свързани с инвалидността.

Решения по пол и възраст

Разпределението на ТЕЛК решенията по възраст показва ясно изразена концентрация в населението на 40-79-годишна възраст. Данните от последните пет години свидетелстват както за общо разширяване на обема

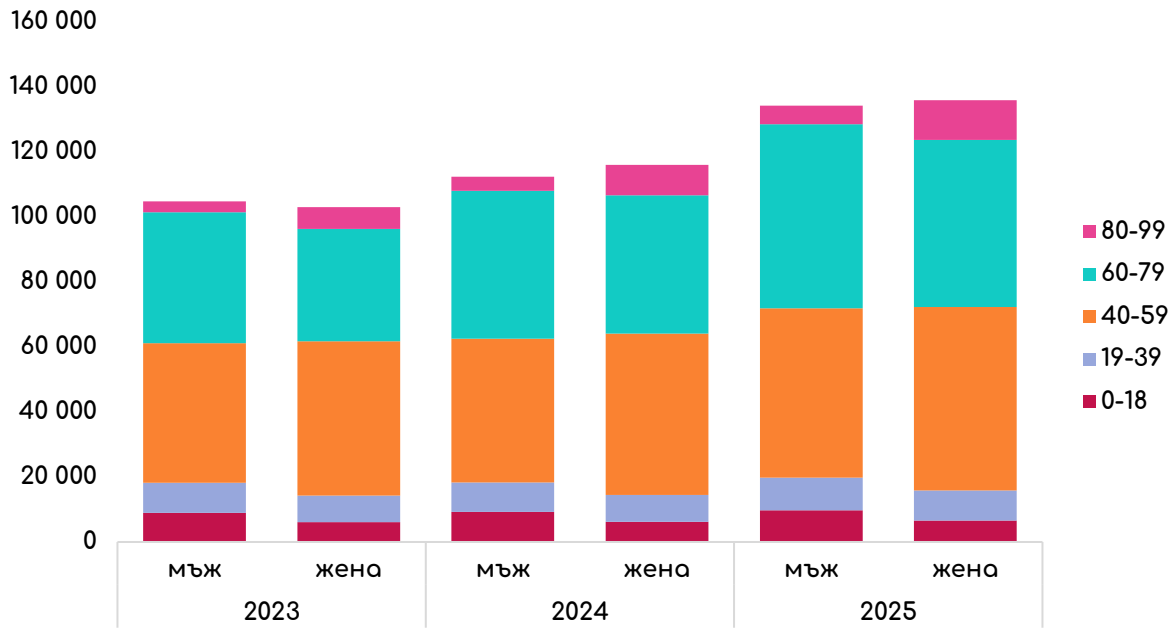
на решенията във всички възрастови групи, така и за структурно изместване към по-високите възрасти.

Групата на 40–59-годишните формира най-голям брой решения, като през 2025 г. решенията в тази група достигат 52 031 при мъжете и 56 356 при жените. Това означава, че именно активната и предпенсионна възраст остава основният център на тежестта на медицинската експертиза.

Групата 60–79 години показва най-осезаемото нарастване в абсолютен брой решения през периода. През 2025 г. те достигат съответно 56 599 и 51 379.

Особено показателна е динамиката при най-възрастната група – 80–99 години. Макар в абсолютни стойности тя да остава по-малка от предходните две групи, темпът на растеж е висок. През 2025 г. те достигат 5 637 и 12 192. Тук ясно доминират жените, което отразява по-високата продължителност на живота и по-големия дял жени в тази възрастова група.

Графика 3: Разпределение на ТЕЛК решенията по пол и възраст, 2023-2025 г.



Източник: ИПИ по данни на НЗИС

Обжалвания и дейност на НЕЛК

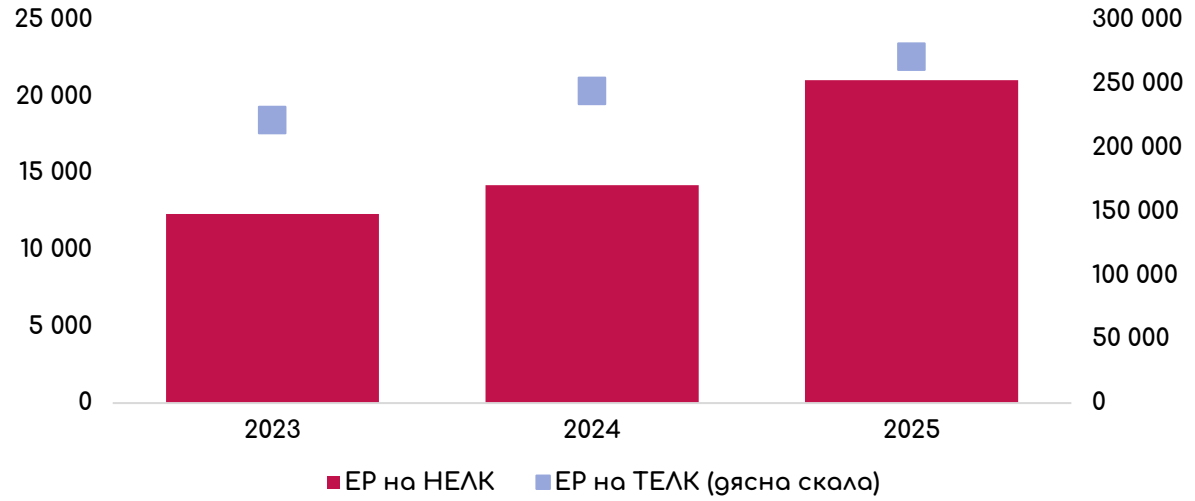
В изпълнение на контролните си правомощия, НЕЛК разглежда обжалвания и възражения във връзка с експертните решения (ЕР), постановени от всички ТЕЛК, функциониращи на територията на страната.

За последните три години НЕЛК е разгледала близо 50 хиляди случая (около 6-8% от решенията на ТЕЛК годишно), като се наблюдава ясна тенденция към увеличаване на обжалванията. През 2023 г. те са 12 хиляди, през 2024 г. – 14 хиляди, а през 2025 г. достигат над 21 хиляди. Нарастването е и по-високо от увеличението на решенията на ТЕЛК. За периода 2023-2025 г. експертните решения на НЕЛК се повишават със 71%, а на ТЕЛК – с 22%.

Подобна тенденция може да има различни причини – повишена чувствителност на гражданите към правата им, по-голяма сложност на случаите, различия в практиката между отделните ТЕЛК или повишена готовност за обжалване. От гледна точка на системата, това е индикатор за натиск върху качеството и

необходимост от по-добра уеднаквена практика на първо ниво. Вероятно увеличеният брой обжалвания през последната година е свързан с пълното разгръщане на системата на случайно разпределение на решенията на територията на страната, съответно – с по-ниския корупционен натиск върху комисиите.

Графика 4: Брой решения на ТЕЛК и НЕЛК по години



Източник: ИПИ по данни на НЗИС и НЕЛК

Нарастването на общия брой решения означава по-голямо натоварване на системата и по-висок потенциален вход към социално-осигурителни права, включително инвалидни пенсии и свързани плащания.

В този контекст особено показателна е структурата на произнасянията на НЕЛК, която дава информация за качеството и устойчивостта на първоинстанционните решения на ТЕЛК.

През последните няколко години се открояват следните тенденции:

- Отмененията и върнати на ТЕЛК за ново освидетелстване ЕР намаляват като цяло;
- Делът на случаите, при които НЕЛК отменя ЕР на ТЕЛК и издава ново ЕР нараства;
- Запазва се относителният дял на случаите, при които НЕЛК потвърждава ЕР на ТЕЛК.

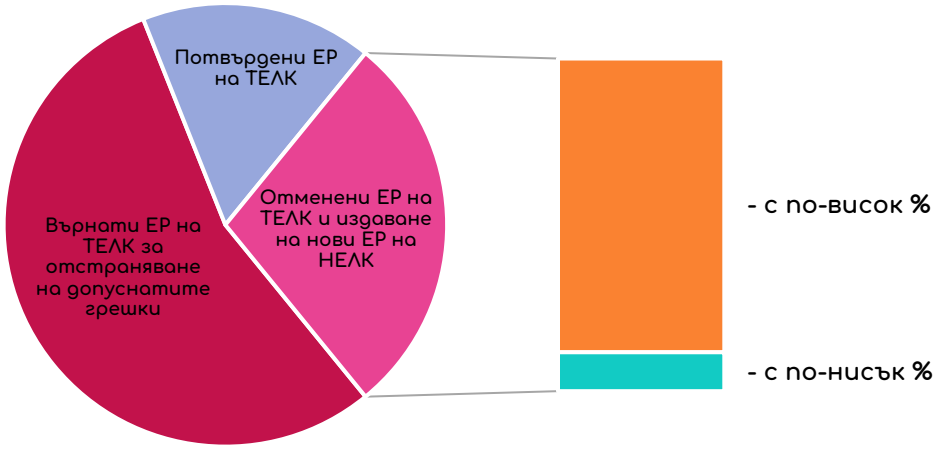
За 2025 г. структурата на експертните решения показва, че най-голям относителен дял заемат случаите, при които НЕЛК отменя решението на ТЕЛК и го връща за ново освидетелстване или за отстраняване на допуснати грешки. Този тип произнасяне достига приблизително 48% от всички решения на НЕЛК. Това означава, че почти половината от разгледаните случаи не приключват с окончателно потвърждение или замяна, а се връщат към първа инстанция за корекция.

Подобен дял е значим индикатор за системата. От една страна, той показва активен контрол от страна на НЕЛК и функциониране на механизма за проверка. От друга страна, високият процент върнати решения подсказва, че в значителна част от случаите първоинстанционните решения съдържат пропуски – процедурни или експертни – които налагат допълнително разглеждане. Това води до удължаване на процеса за лицата и до увеличаване на административното натоварване.

Втората по големина категория са решенията, при които НЕЛК отменя експертното решение на ТЕЛК и издава ново решение. Делът им е около 25%. Тази категория е пряко свързана с оценката за качеството и последователността на експертизата на първо ниво. Ако делът на тези решения е висок, това означава, че съществуват съществени различия в интерпретацията на медицинските данни или в прилагането на нормативната рамка.

Относителният дял на решенията, при които НЕЛК потвърждава решението на ТЕЛК, остава около 15%. Този сравнително по-нисък дял означава, че само в малка част от обжалваните случаи първоначалното решение остава без промяна. Това не следва автоматично да се тълкува като слабост на ТЕЛК, тъй като до НЕЛК достигат предимно спорни или проблематични случаи. Въпреки това, комбинацията от висок дял на върнати и отменени решения очертава система, в която вторият контролен механизъм играе съществена роля и в която качеството на първоинстанционните решения остава ключов въпрос.

Графика 5: Експертни решения на НЕЛК, 2025 г.



Източник: ИПИ по данни на НЕЛК

Особено внимание заслужава и категорията „отменени експертни решения на ТЕЛК по други поводи“ – болнични листове, временна неработоспособност, трудови препоръки и други. Те са около 8% от решенията на НЕЛК. Макар тази група да не е най-голяма като дял, нейното присъствие показва, че медицинската експертиза има по-широко отражение върху различни административни и социални процедури, не само върху инвалидните пенсии. Това подчертава комплексността на системата и необходимостта от последователност в оценката на работоспособността.

В обобщение, данните за обжалванията през НЕЛК очертават система, която едновременно се разширява по обем и остава под силен вътрешен контрол чрез

втора инстанция. Нарастващият брой решения на ТЕЛК означава по-голям вход към социално-осигурителните права, докато високият дял на коригирани или върнати решения на НЕЛК показва, че качеството и уеднаквяването на практиката остават предизвикателство. За устойчивостта на системата това означава необходимост от подобряване на първоинстанционната експертиза, намаляване на процедурните грешки и по-ясни стандарти, които да ограничат нуждата от повторно разглеждане на значителна част от случаите.

Социални и икономически характеристики на хората на увреждания

Основни демографски характеристики

Прегледът почива върху микроданни от преброяването на населението, проведено в края на 2021 г., предоставени от НСИ. Въпреки че данните са с отстояние от няколко години от момента на писане на настоящия анализ, те позволяват детайлен преглед на характеристики – в това число възраст, образование, етническа принадлежност, за хората с увреждания, които не са достъпни от друг източник и не се събират по друг повод.

Към момента на извършване на преброяването на населението, ТЕЛК имат 655 хил. души, или приблизително 1/10 от цялото население на страната. Трябва да имаме предвид, обаче, че има над 191 хил. души, които са отказали да отговорят на въпроса от преброяването дали имат признат от ТЕЛК/НЕЛК процент нетрудоспособност, а за други 578 хил. няма събрани данни. Ако допуснем, че делът на хората с увреждания сред тези две групи е сходен с този на останалото население, то това означава, че представените тук номинални стойности подценяват реалния брой на хората с увреждания на национално ниво със 70-80 хил. души[9]. По тази причина се съсредоточаваме по-често върху дяловете и разпределенията, не толкова върху броя хора с увреждания в различните характеристики.

Възрастовото разпределение потвърждава силната връзка между застаряване и повишаване на дела на хората с увреждания. За всички възрастови групи под 35-годишна възраст делът на хората с ТЕЛК се задържа под 4%, като лек пик – до 3,3% има в групите 10-19-годишните, последван от спад. Това отразява най-вече загубата на помощта за отглеждане на дете с увреждане, което вероятно елиминира мотива за част от младежите с по-малка степен нетрудоспособност да поддържат актуални срочни решения. След 35 годишна възраст се наблюдава значително увеличение в дела на хората с увреждания, до над 15% при 55-59 годишните и пик от 28% от цялата група на възраст между 85 и 89 годишна възраст. С напредването на възрастта има и повишение в дела на хората с по-висока нетрудоспособност – докато между 40 и 69 годишните най-голямата група са хората с 50-70% нетрудоспособност, то след 70 години с по-висок дял са тези със 70-90% степен на увреждане, а при над 90 годишните най-много са тези с над 90% нетрудоспособност.

Интересно е да отбележим, и че сред мъжете по-високи дялове на хората с увреждания се наблюдават в по-ранна възраст. Това отразява от една страна като цяло по-кратката средна продължителност на живота при мъжете, но и по-ранната заболеваемост от хронични болести и по-голямата честота на трудовите злополуки и професионални болести при тях.

[9] Това наблюдение, впрочем, се затвърждава и от представените в следващите части на анализа данни за насочените към хората с увреждания помощи, както и от вече описаните решения на комисиите.

Графика 6: Брой и дял на населението по пол, възраст и степен на увреждане, Преброяване 2021 г.

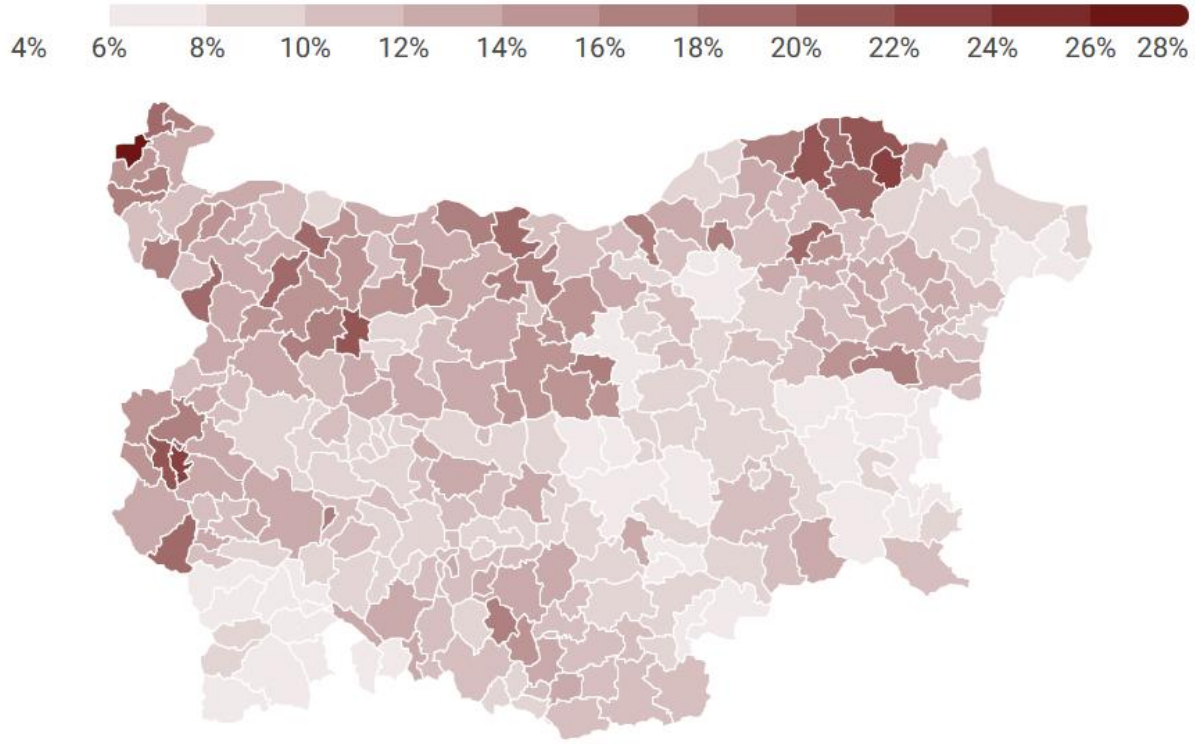
Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане , не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени

Регионалното разпределение на хората с увреждания е неравномерно. Очаквано, броят им е най-висок в общините с най-голямо население, като в

столицата надхвърлят 110 хил. души[10], в община Пловдив надхвърлят 29 хил. души, във Варна – 26 хил. С над 10 хил. души са и Сливен, Перник, Стара Загора, Бургас, Русе и Плевен.

От гледна точка на ролята им на пазара на труда, провеждането на политики и по-общо функционирането на местните икономики обаче по-важни са дяловете. В седем общини хората с увреждания съставляват над 1/5 от общото население, а в 45 – над 15%. Струпвания на общини с по-високи дялове има в повечето части на Северна България, най-отчетливо край Силистра, Видин, Враца и Плевен, на юг – най-вече край Кюстендил, както и в Родопите. Обратно, райони с групирания на общини с ниски дялове на хората с увреждания са най-вече Черноморието, региона около Сливен, както и най-югозападните части на страната.

Графика 7: Дял на хората с увреждания по общини, Преброяване 2021 г.

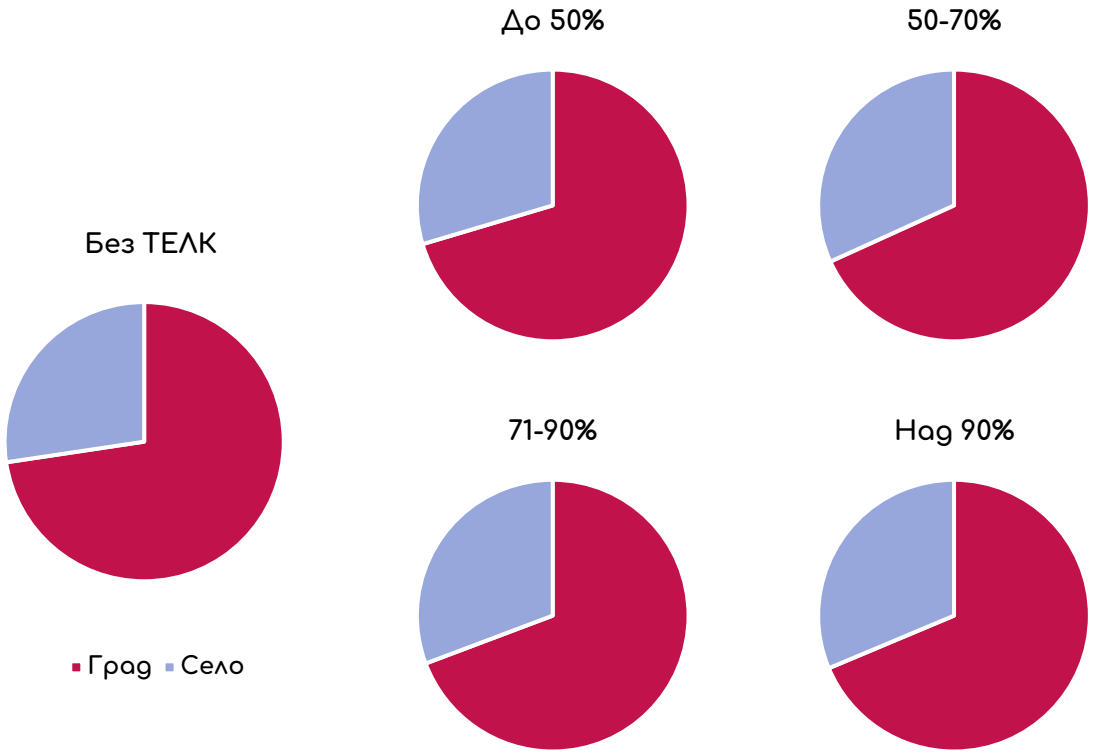


Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане , не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени

Урбанизацията не показва особени разлики в разпределението на хората с увреждания. Към края на 2021 г. в градовете живеят 73% от хората без ТЕЛК, 70% от тези с до 50% нетрудоспособност, 68% от тези с 50-70% и по 60% от тези със 70-90% и 90% нетрудоспособност. По тази характеристика хората с увреждания са практически неразличими от общото население, независимо от свръхпредствеността им в малките селски общини.

[10] С необходимото уточнение, че в София има много респонденти на преброяването с непълни данни, което означава, че този брой най-вероятно е подценен.

Графика 8: Разпределение на хората с увреждания според степента на увреждане и урбанизацията, Преброяване 2021 г.



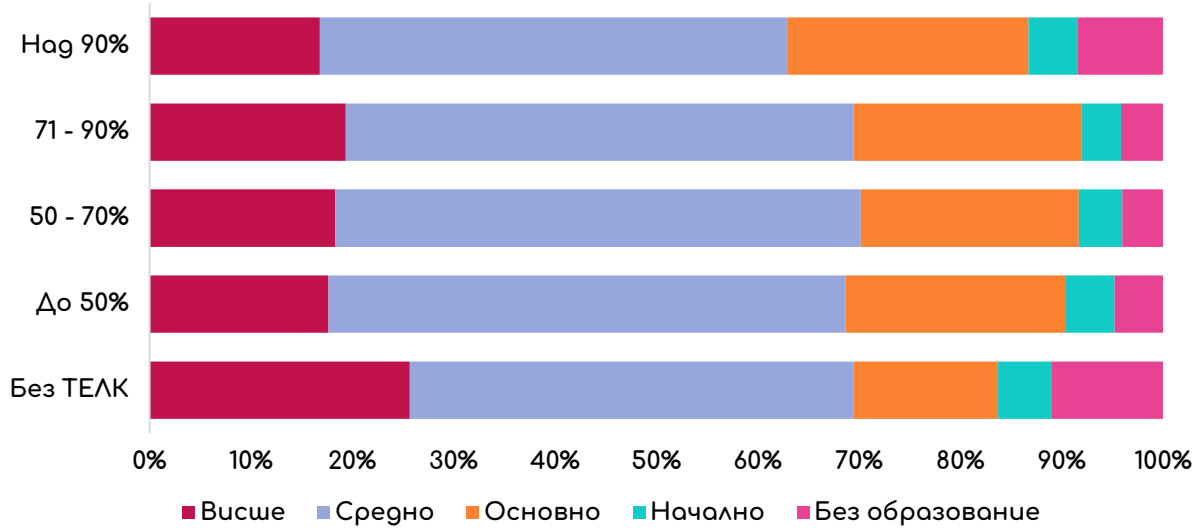
Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане , не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени

Графика 9: Дял на хората според етническата група и степента на увреждане, Преброяване 2021 г.

Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят етноса си или наличието/липсата на увреждане си, не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени.

На аналогичен извод насочва и етническото разпределение. Общият дял на хората с увреждания варира между 8,3% сред ромите, 11,1% сред българите и 11,5% сред турците. Леки отлики има в структурата, като при българите по-висок дял (3,8%) имат хората със 70-90% нетрудоспособност, докато при турците и ромите най-голямата група са тези със 50-70%. По-ниският дял на хората с призната нетрудоспособност при ромите отразява не толкова значителни разлики в здравето – напротив, предвид по-високата бедност и по-лоши условия на живот би трябвало да се очаква, че делът на хората с хронични здравословни проблеми ще е по-висок (което, впрочем, личи и по самооценките на здравето по етнос) - колкото на неравенства в достъпа до здравната система и грамотността, изразена в способността за събиране на необходимите медицински доказателства и документи, които могат да доведат до формално признаване на наличие на увреждане.

Графика 10: Дял на хората според степента на увреждане и най-високото завършено образование, Преброяване 2021 г.

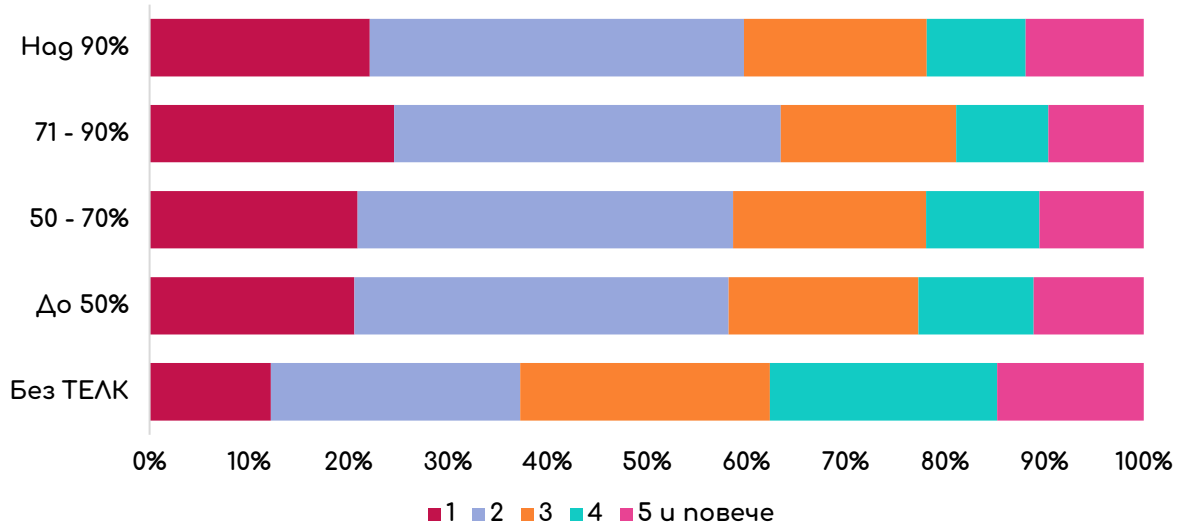


Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане, не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени.

Образователната структура, която е водещ фактор за реализацията на пазара на труд обаче, показва видими разлики. Сред хората с увреждания има отчетливо по-нисък дял на висшистите – 17-19% спрямо 26% сред хората без ТЕЛК. Обратно, при хората с увреждания са значително по-високи дяловете на тези с основно образование – 22-24% в сравнение с 14% при хората без ТЕЛК. Видимо по-негативна е образователната структура при тези с над 90% нетрудоспособност, където делът на хората без образование е почти 2 пъти по-висок от тези при останалите хора с увреждане, а дяловете на висшистите и средностите – видимо по-ниски. Това е знак за неравен достъп до образование още на ниво училище, но само за децата с най-тежки увреждания, при които вероятността да останат без каквото и да било образование, и оттам със силно затруднен достъп до пазара на труд е значително по-висока. Обратното – хора с ниско образование да работят професии с по-висок травматизъм и по-слабо да участват в профилактика и превенция на хронични заболявания – също е възможно обяснение.

Ясни отлики се наблюдават и в структурата на домакинствата на хората с увреждания. Докато при хората без ТЕЛК делът на едночленните домакинства – с други думи, хора, които живеят сами – е 12%, то при хората с увреждания варират между 21-25%. Обратно, делът на хората без увреждания в четиричленни домакинства е почти два пъти по-висок. Важна предпоставка за тези разлики, разбира се, е възрастовата структура, тъй като хората над 65 годишна възраст много по-често са в едночленни домакинства. Това разпределение има ясни последствия за домакинските разходи – хората с увреждания, особено тези в диапазона 70-90% нетрудоспособност, много по-често се намират в ситуация, в която им се налага да поддържат сами жилище и да плащат сами сметките си. От значение е затрудненият достъп до грижа от други членове на семейството за живеещите сами хора с увреждания.

Графика 11: Дял на хората според степента на увреждане и броя хора в домакинството, Преброяване 2021 г.

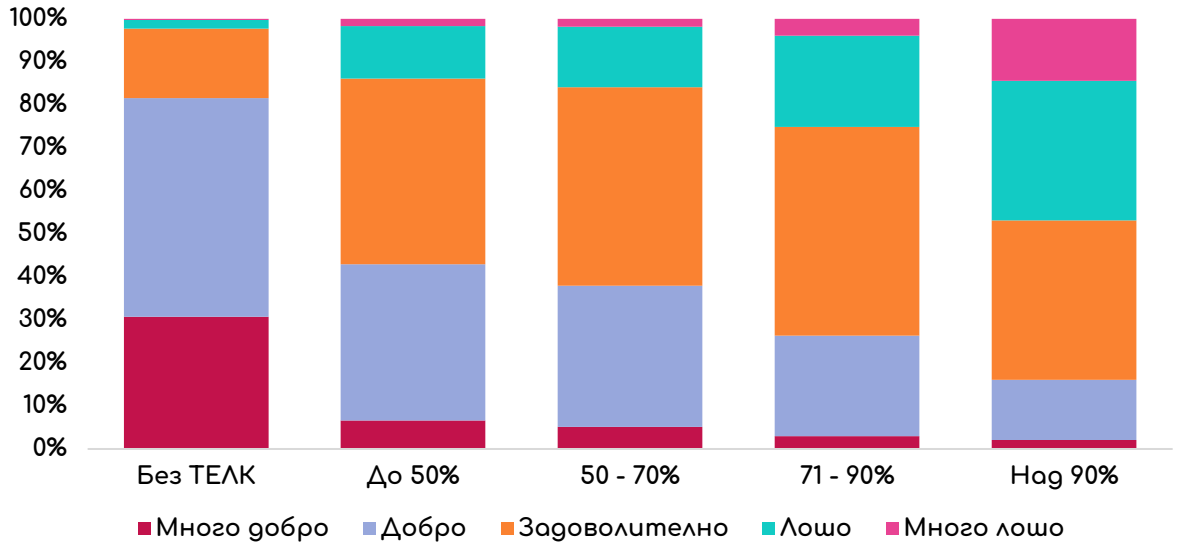


Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане, не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени.

Оценки на здравето

Докато при по-общите демографски характеристики хората с увреждания се приближават по профил до общото население на страната, включените в преброяването показатели за здравното състояние сочат, очаквано, значителни отлики. Сред населението без ТЕЛК, независимо от възрастта, делът на хората, които са оценили здравното си състояние като „добро“ или „много добро“ надхвърля 81%, а сборът на тези, които смятат, че здравето им е „лошо“ или „много лошо“ – едва 2%. При хората с увреждания, обратно, почти липсват такива с „много добро“ здраве (най-високият дял е 7% при тези с до 50% нетрудоспособност), а тези с „добро“ са под 1/3. При всички групи хора с увреждания преобладават хора със „задоволително“ състояние, а най-висок е делът на тези в „лошо“ и „много лошо“ здраве (46%) при хората с над 90% нетрудоспособност. Тази груба самооценка дава обща представа за потребността от здравна грижа на хората с увреждания – дори и тези с до 50% нетрудоспособност имат значително влошен профил в сравнение с хората без ТЕЛК.

Графика 12: Дял на хората според степента на увреждане и самооценката на здравето в домакинството, Преброяване 2021 г.



Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане, не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени.

Още по-ясно личат разликите при ограниченията за извършване на ежедневни дейности. Повече от половината хора, които са изправени пред големи ограничения, са с ТЕЛК, а над ¼ - с над 90% нетрудоспособност. При тези с малки ограничения делът на хората с увреждания надхвърля 35%, обратно – при тези без ограничения хората без ТЕЛК са 93%. Това разпределение дава ясно описание на въздействието на уврежданията върху ежедневието и способността да се води нормален живот, косвено – за резултатите на здравната система.

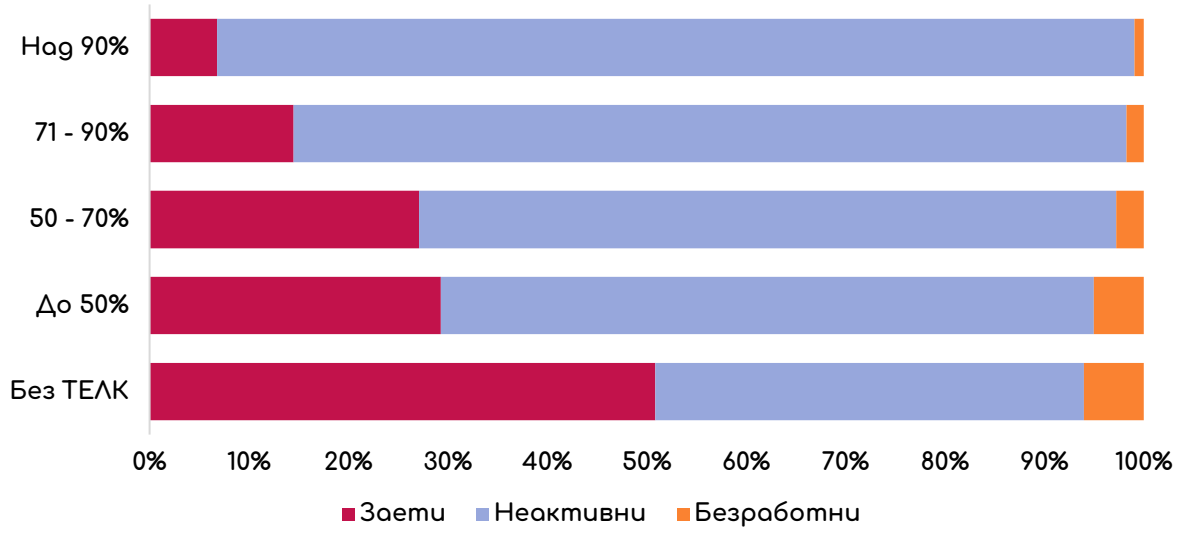
Графика 13: Дялове на хората според степента на увреждане и ограничението за извършване на обичайните дейности, Преброяване 2021 г.

Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане, не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени.

Хората с увреждания на пазара на труд

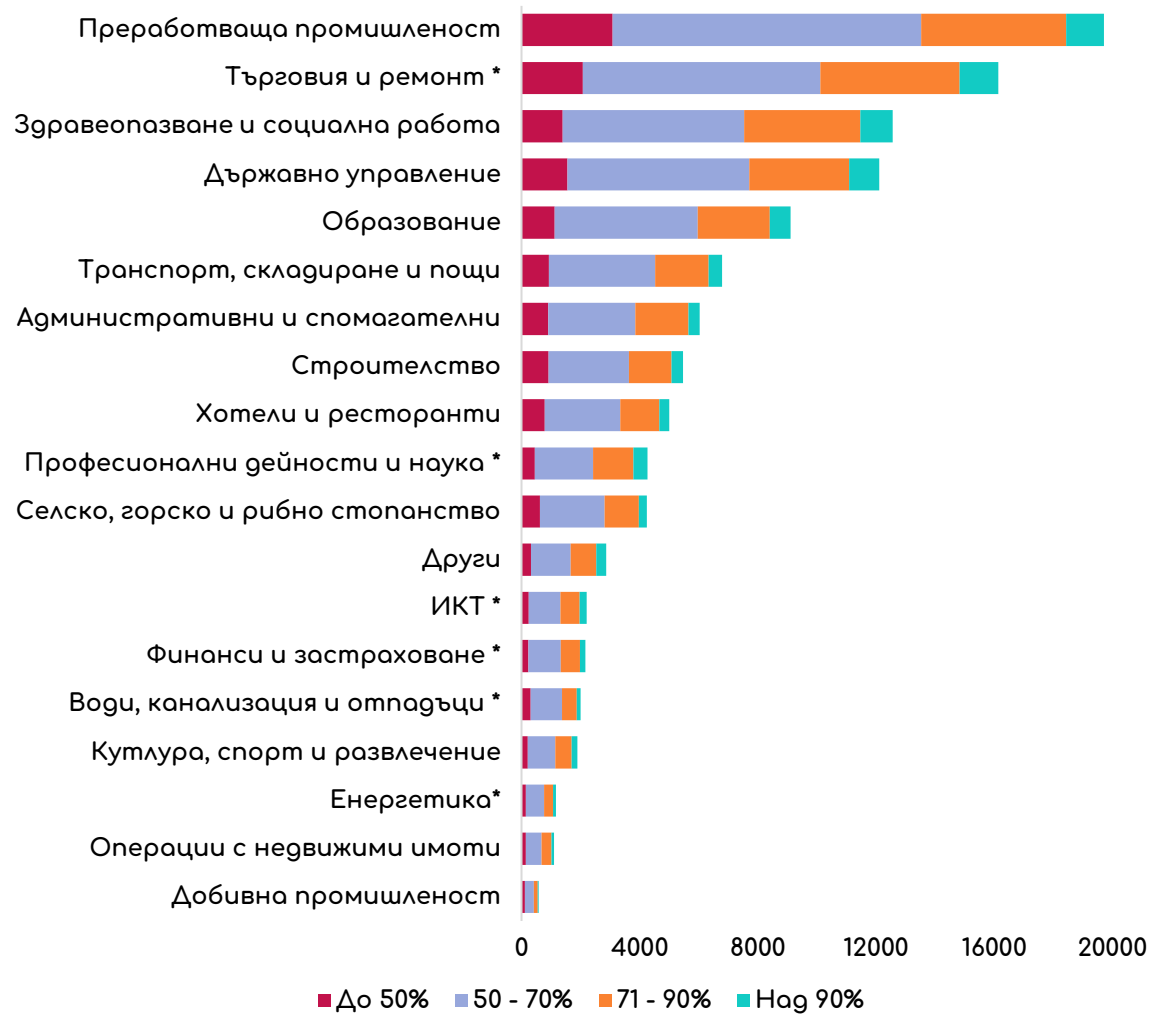
Най-ясно личат разликите между хората с увреждания и общото население при интеграцията в пазара на труд. При хората без ТЕЛК заетите са 51% от всички от хората в активна възраст, а безработните (тоест, активно търсещи работа) – други 6%. Неактивни са 43%, но трябва да имаме предвид, че от гледна точка на пазара на труда в тази група влизат и всички пенсионери. Колкото по-висока е степента на нетрудоспособност, толкова повече намалява икономическата активност – сред хората с над 90%, общата икономическа активност е малко под 8%, сред тези със 71-90% нетрудоспособност – 16%. Въпреки че немалка част от разликата се дължи на по-високата средна възраст и по-големият дял на пенсионерите сред хората с увреждания, това разпределение посочва видими проблеми с интеграцията на хората с увреждания в заетостта, особено при тези с висока степен на нетрудоспособност.

Графика 14: Дялове на хората според степента на увреждане и участието в работната сила, Преброяване 2021 г.



Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане, не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени.

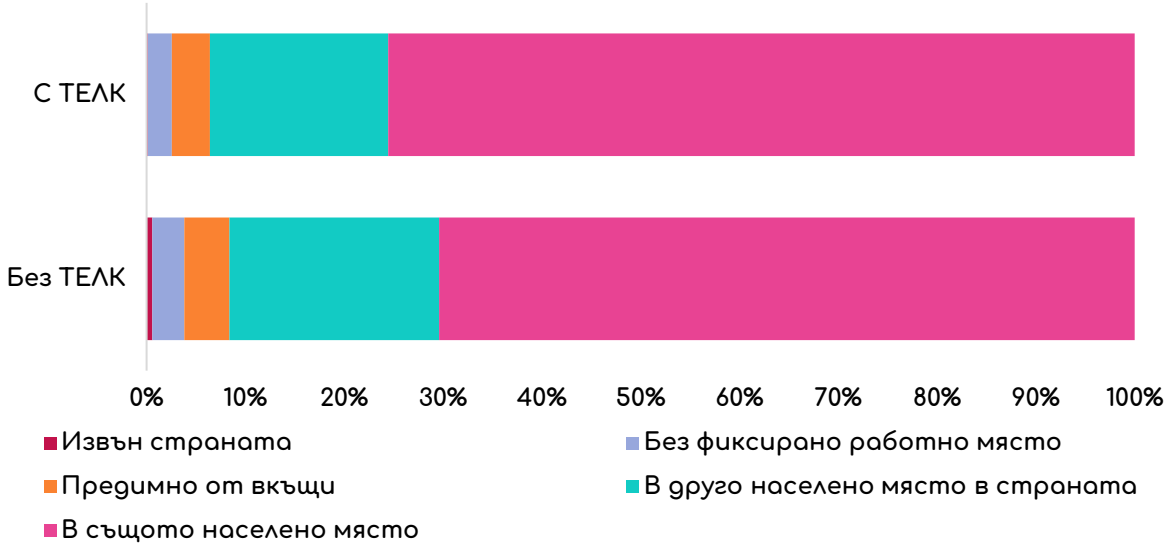
Графика 15: Брой заети хора с увреждания по икономическа дейност, Преброяване 2021 г.



*Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане , не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени. * Имената на дейностите са съкратени спрямо пълните по КИД-2008.*

От гледна точка на секторното разпределение, заетостта на хората с увреждания следва общото разпределение на работещите в страната. Най-голям брой хора с увреждания – малко под 20 хил. души – са заети в преработващата промишленост, 16 хил. – в търговията, 13 хил. – в здравеопазването и социалната работа, 12 хил. – в държавното управление. Образованието също е сред водещите икономически дейности, което подсказва, че хората с увреждания са сред представени в сектори, в които водеща е заетостта в обществения сектор. Сравнението с общия брой на работещите в отраслите сочи, че хората с увреждания към момента на преброяването са съставлявали над 8% от всички работещи в сферата на здравеопазването и социалната работа, по около 6% от тези в енергетиката, държавното управление, образованието, административните дейности и операциите с недвижими имоти. Прави впечатление, че степента на увреждане е почти без значение за разпределението на работещите с увреждания по икономически дейности.

Графика 16: Дялове на работещите/учещите хора с и без увреждане според мястото, в което учат/работят, Преброяване 2021 г.



Източник: ИПИ въз основа на микроданни от Преброяване 2021 г. Данните за респондентите, които не могат да определят наличието/липсата на увреждане, не искат да отговорят или по друга причина няма информация за тях не са включени.

Налице са и известни разлики в трудовата мобилност. При хората с увреждания се наблюдава значително по-голям дял на заетите или учещите, които извършват дейността си в рамките на населеното място, което живеят, и по-нисък дял на както на тези, които работят/учат в друго населено място, от къщи или пък без фиксирано място. Това от своя страна означава, че хората с увреждания имат по-малка възможност да се възползват от потенциала за по-добра реализация и по-добре платени работни места, както и че възможностите за работа от вкъщи генерално не се използват у нас.

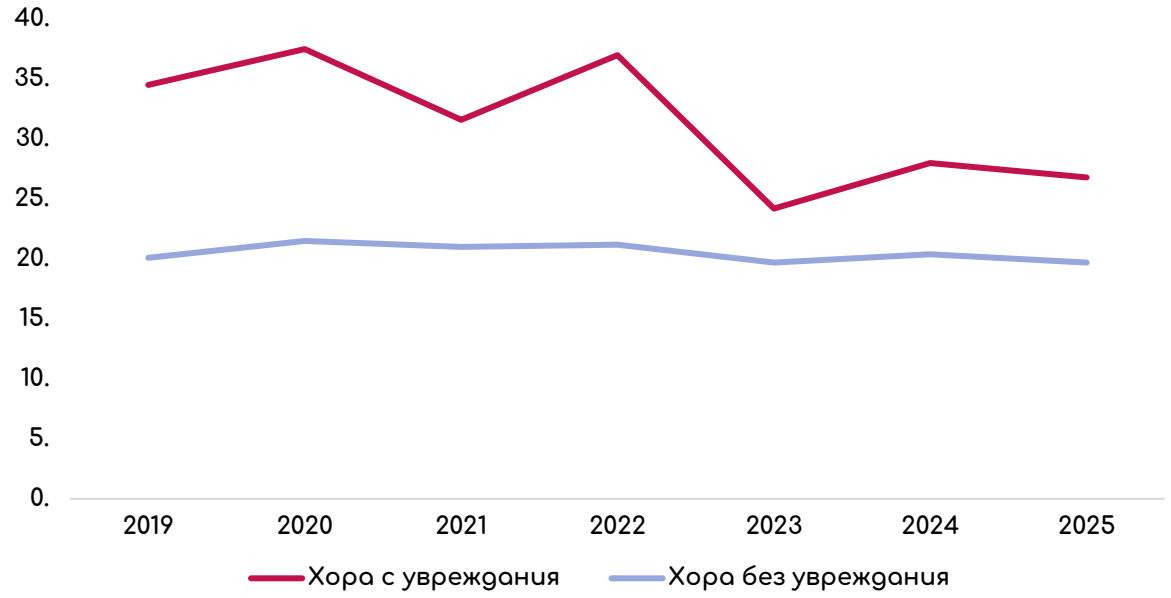
Хора с увреждания и бедност

На фона на по-трудното включване на пазара на труд, по-ограничения достъп до заетост и високоплатени работни места, не е учудващо, че равнищата на бедност сред хората с увреждания са трайно по-високи. Според данните на Евростат[11], в периода 2019-2025 г. делът на бедните сред хората без увреждания варира в диапазона 20-22%.. При хората с увреждания бедността е много по-често срещана – над 1/3 от всички в периода 2019-2022 г., и 24-28% между 2023 и 2025 г. Тези промени отразяват, от една страна, много силното представяне на пазара на труда след пандемията, от друга динамиката на минималните и средните заплати на работниците и големите повишения на пенсиите през 2022 г. Въпреки подобренията делът на бедните с увреждания остава висок, което от една страна означава, че голям дял от хората с увреждания попадат в обхвата на социални политики, които си поставят за цел намаляването на

[11] Трябва да се има предвид, че EU-SILC не дефинира уврежданията през формално решение като ТЕЛК, а през самооценка с цел сравнимост между различните страни-членки на ЕС, което може да доведе до разминавания на оценките в броя и дяловете на хората с увреждания спрямо други източници.

бедността и неравенството, от друга – че са изправени пред сложни и допълващи се социално-икономически предизвикателства.

Графика 17: Дялове на бедните сред хората с и без увреждания на 16 и повече години, 2019-2025 г., %



Източник: Евростат, EU-SILC

Пенсии за инвалидност: мащаб, динамика и фискален отпечатък

Въведение: защо данните за инвалидните пенсии са ключови за анализа на ТЕЛК

Пенсиите за инвалидност са един от най-преките и измерими канали, по които системата на медицинската експертиза (ТЕЛК/НЕЛК) влияе върху публичните финанси, пазара на труда и социалната политика. Макар медицинската експертиза да има медицински характер, решенията за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане се превръщат във вход към права и плащания, които са дългосрочни и в голяма степен предопределят дохода на домакинствата, както и бюджетния натиск върху държавното обществено осигуряване.

В този смисъл, динамиката на инвалидните пенсии може да се разглежда като индикатор за реалната тежест на системата, но и като прокси за ефективността на медицинската експертиза – доколко тя насочва подкрепата към хората с действителни ограничения, доколко позволява трудова интеграция и доколко създава стимули за преждевременно изтегляне от пазара на труда или за търсене на статус, който отключва достъп до доход и права.

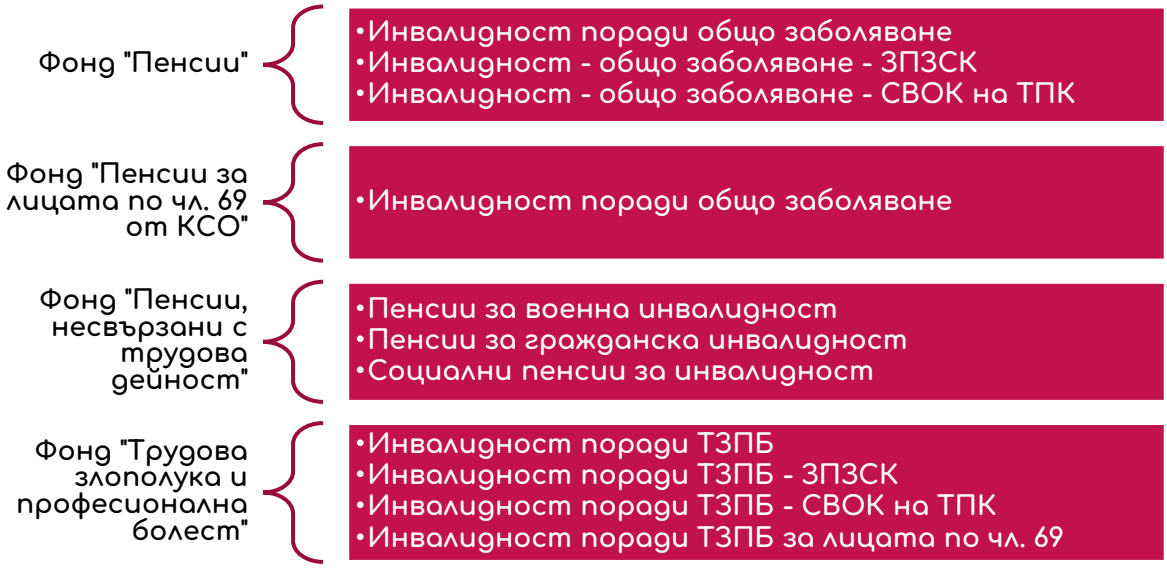
Настоящата глава анализира данни на НОИ за периода 2019–2024 г., като разглежда:

- броя на пенсионерите с инвалидност;
- дела им от всички пенсионери;
- динамиката на новоотпуснати, изменени и прекратени инвалидни пенсии;
- разходите за пенсии за инвалидност и тяхната тежест в общите пенсионни разходи;
- средния размер на инвалидните пенсии и неговото изменение;
- допълнителни структурни характеристики (пол, работоспособна възраст, минимални пенсии, добавки);
- регионални различия.

Важно уточнение е, че плащанията на пенсии от НОИ са за увреждане над 50%.

Обща картина: мащаб на инвалидните пенсии и тенденции в броя пенсионери

НОИ предоставя редица видове пенсии по различните си фондове. Основната част от инвалидните получават пенсии през фонд „Пенсии“ за инвалидност поради общо заболяване. Останалите фондове обхващат пенсии за придобиване право на пенсия от военнослужещите по ЗОВСРБ и от държавните служители - по ЗМВР и ЗИНЗС (по чл. 69 от КСО); пенсии, несвързани с трудова дейност и такива за трудова злополука и професионална болест.



През 2024 г. общия брой получатели на пенсия за инвалидност е 528 хиляди души. Най-много са получателите на плащания за инвалидност поради общо заболяване от фонд „Пенсии“ – 466 хиляди души (88%), следвани от тези, получаващи социални пенсии за инвалидност от фонд „Пенсии, несвързани с трудова дейност“ – 54 хиляди души (10%).

Таблица 1: Брой пенсионери, получаващи пенсии за инвалидност от фондовете на НОИ, 2024 г.

ФОНД	ПЕНСИЯ	2024
Пенсии	Инвалидност поради ОЗ	466 334
	Инвалидност ОЗ - ЗПЗСК	176
	Инвалидност ОЗ - СВОК на ТПК	448
Пенсии за лицата по чл. 69	Инвалидност ОЗ	36
Пенсии, несвързани с трудова дейност	Пенсии за военна инвалидност	1 685
	Пенсии за гражданска инвалидност	83
	Социални пенсии за инвалидност	54 317
Трудова злополука и професионална болест	Инвалидност поради ТЗПБ	5 245
	Инвалидност поради ТЗПБ - ЗПЗСК	36
	Инвалидност поради ТЗПБ - СВОК на ТПК	17
	Инвалидност поради ТЗПБ (по чл. 69)	5

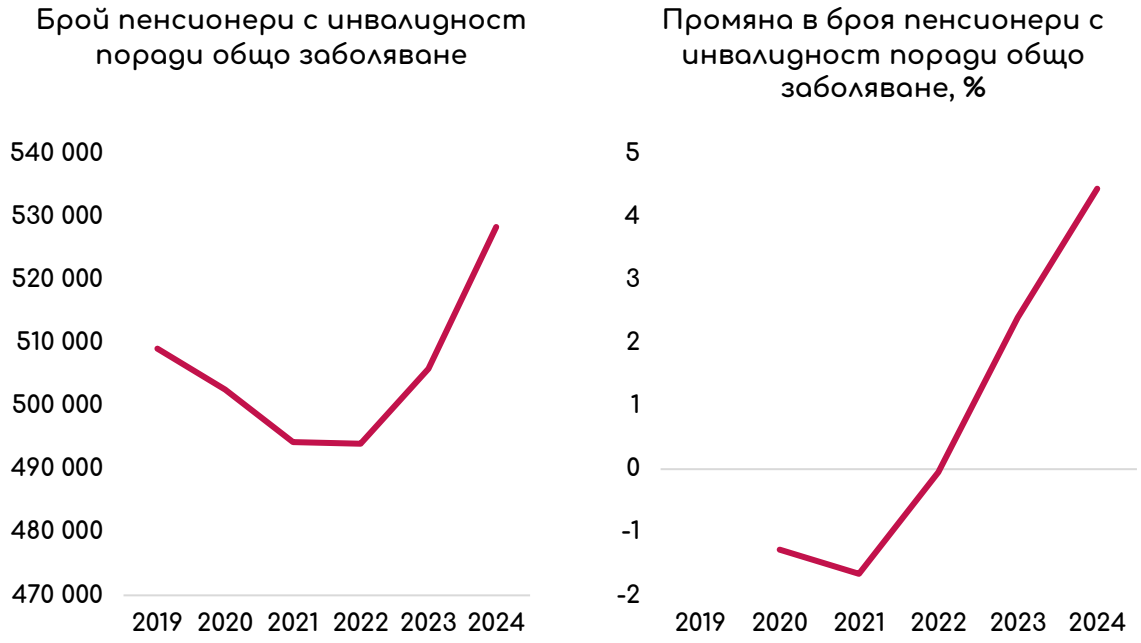
Източник: НОИ

Брой пенсионери с инвалидност: стабилност до 2022 г. и ускорение през 2023–2024 г.

През 2019 г. броят на пенсионерите с инвалидност поради общо заболяване е 509 091 души. До 2022 г. се наблюдава умерено намаление, като през 2022 г. броят достига 494 030. След това обаче тенденцията се обръща: през 2023 г. броят нараства до 505 896, а през 2024 г. – до 528 382.

Така в рамките на целия период 2019–2024 г. нетната промяна е увеличение с 19 291 души (около 4%), но то е концентрирано основно в последните две години. Основната причина за това са промените[12] на ТЕЛК, започнали през 2022 г., насочени към модернизиране на експертните оценки, ускоряване на процедурите, облекчаване на достъпа до права чрез служебно обменяне на данни и намерения за по-стриктен контрол.

Графика 18: Брой и промяна (%) в броя пенсионери с инвалидност поради общо заболяване



Източник: ИПИ по данни на НОИ

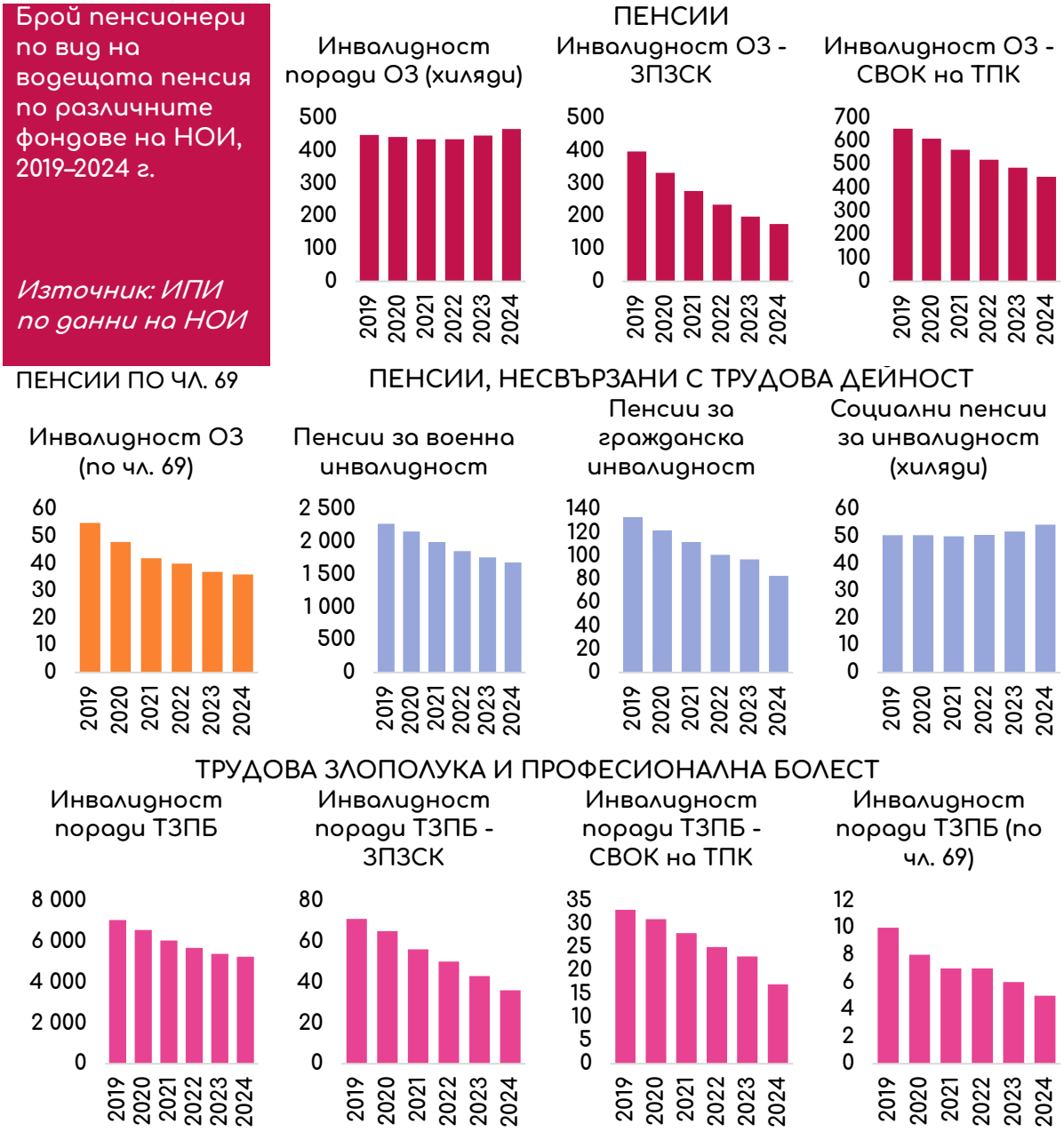
Сериозни разлики се наблюдават и по отношение на тенденциите при различните видове инвалидни пенсии. Общият тренд на бързо нарастване през последните две години на периода се дължи изцяло на увеличение на получателите в двете най-големи групи – пенсии за инвалидност поради общо заболяване (от фонд „Пенсии“) и социални пенсии за инвалидност (от фонд „Пенсии, несвързани с трудова дейност“). Получателите на тези пенсии формират 98% от пенсионерите с инвалидност. При всички останали основания за отпускане на инвалидна пенсия получателите следват общ тренд на плавно намаление.

[12] Ключовите моменти са удължаването на валидността на решенията през 2022 г., промените в Наредбата за медицинската експертиза през 2023 г. и допълнителни решения (например разширяване на списъка със заболявания, които могат да получат пожизнено решение), промените в Правилника за устройството и организацията на работа на ТЕЛК и НЕЛК през 2024 г., които въвеждат разпределяне на заявленията на случаен принцип и други организационни мерки с цел по-бърза и прозрачна процедура.

Графика 19: Брой пенсионери по вид на пенсиите

Брой пенсионери по вид на водещата пенсия по различните фондове на НОИ, 2019–2024 г.

Източник: ИПИ по данни на НОИ



Тази динамика е важна по две причини:

1. показва, че системата може да превключва между период на относителна стабилност и период на ускорено нарастване;
2. показва, че факторите не са само демографски, а могат да включват административни/процедурни промени, достъп до експертиза, особено при най-масовите групи получатели на пенсии за инвалидност.

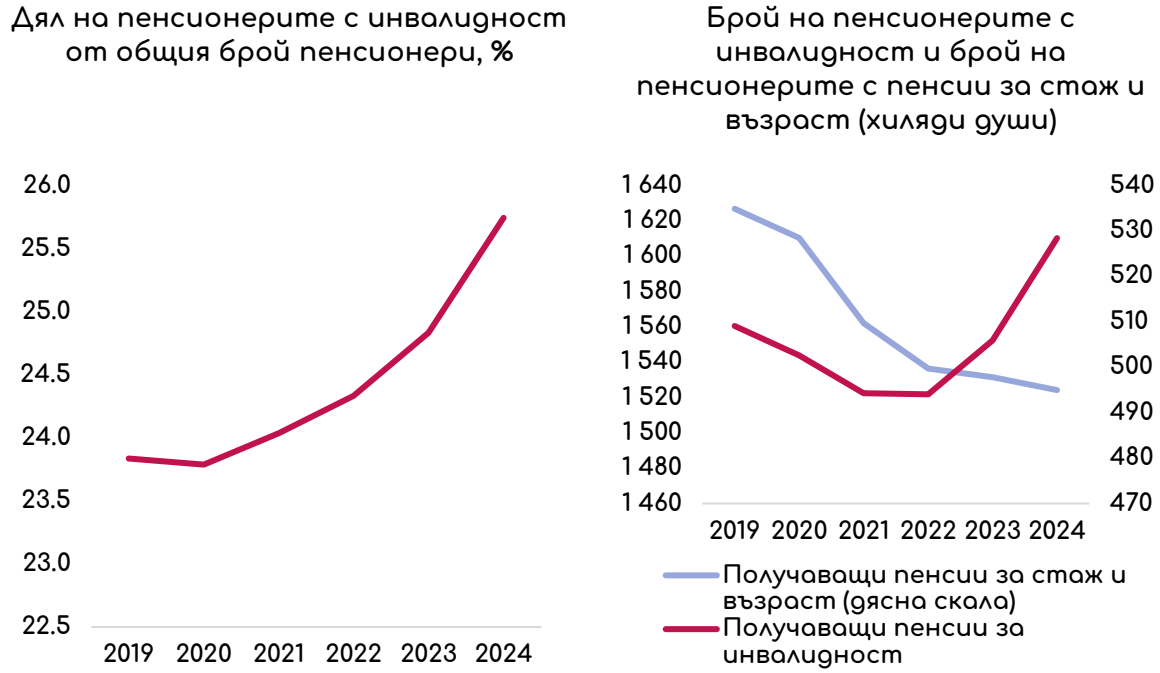
Делът на пенсионерите с инвалидни пенсии расте – въпреки общото намаление на пенсионерите

Ключовото наблюдение е, че делът на пенсионерите с инвалидност от общия брой пенсионери нараства през целия период. През 2019 г. този дял е 23,8%, а през 2024 г. достига 25,7%.

Това увеличение е съществено, защото се случва на фона на обща динамика, при която общият брой пенсионери намалява (от 2,136 млн. през 2019 г. до 2,053 млн. през 2024 г.). С други думи: инвалидните пенсии не просто следват общата пенсионна система, а постепенно заемат по-голяма част от нея.

Тази тенденция отново е свързана със законодателните промени, но и е сигнал за нарастваща зависимост от инвалидни пенсии като механизъм за доход, включително в работоспособна възраст. Причини за този ръст могат да се търсят и в реално увеличаване на хронични заболявания и ограничения, както и застаряването на населението.

Графика 20: Брой на пенсионерите и дял на пенсионерите с инвалидност



Източник: ИПИ по данни на НОИ

Инвалидни пенсии в работоспособна възраст: фокус върху пазара на труда

Когато се анализира системата на инвалидните пенсии през призмата на публичните финанси, естественият фокус е върху общите разходи и броя на бенефициентите. От икономическа гледна точка обаче най-важният сегмент е този на инвалидните пенсии в работоспособна възраст, тъй като именно там се проявяват най-силно:

- ефектите върху предлагането на труд и участието в пазара на труда;
- рискът от ранно изтегляне от заетост чрез придобиване на статус и право на доход;
- взаимодействието между пенсията и други права/подкрепа, които се отключват през медицинската експертиза;
- ефектът върху осигурителната база (по-ниски вноски, по-нисък принос към системата при по-дълго отсъствие от трудовия пазар).

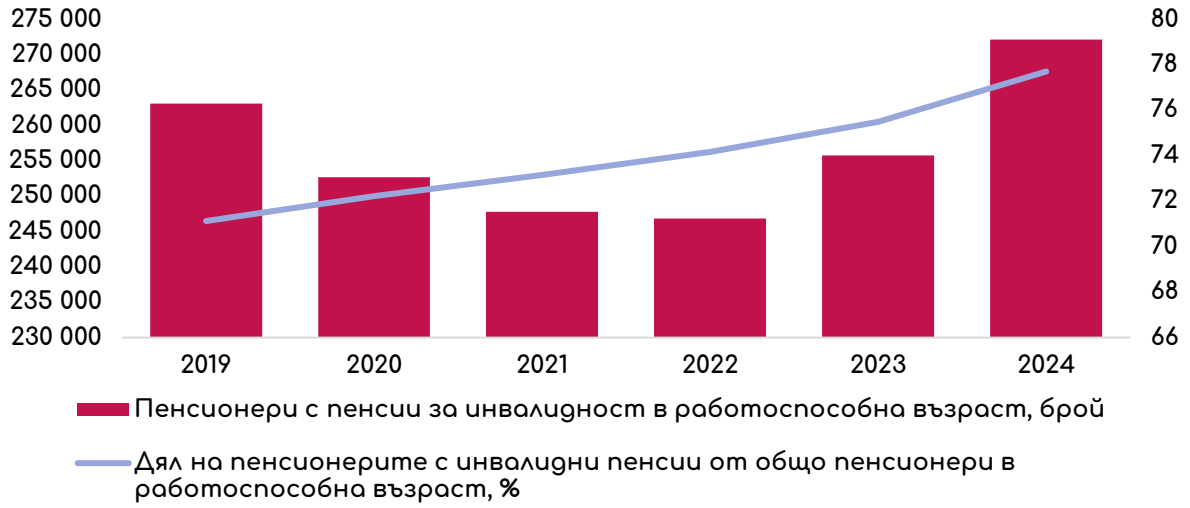
Това е особено важно в България на фона на демографски натиск, недостиг на работна сила и трайно висока чувствителност на публичните финанси към

пенсионните разходи. Затова дори при стабилен общ брой инвалидни пенсионери, структурно изместване към работоспособна възраст би било значим сигнал за промяна в политиката.

Инвалидната пенсия може да се превърне в заместващ доход при ниски заплати, несигурна заетост или слаб достъп до други форми на подкрепа. Това е особено релевантно за хора с частични ограничения, които могат да работят, но при определени условия.

Ръстът на получаващите пенсия за инвалидност поради общо заболяване в трудоспособна възраст за пет години е близо 7 пр. п. – от 71% през 2019 г. до 78% през 2024 година. Това показва, че инвалидността се утвърждава като основен канал за получаване на плащания в активна работна възраст. В този смисъл, ако делът на инвалидните пенсии за лица в работоспособна възраст е значим и расте, системата създава стимул за по-ниска трудова активност, особено когато инвалидната пенсия и свързаните права са относително високи спрямо възможния доход от заетост за нискоквалифицирани работници. Допълнително има и натиск върху осигурителната система, защото групата е по-млада и (по правило) би могла да има по-дълъг период на получаване.

Графика 21: Брой и дял на пенсионерите с пенсии за инвалидност в работоспособна възраст (под 65 годишни)



Източник: ИПИ по данни на НОИ

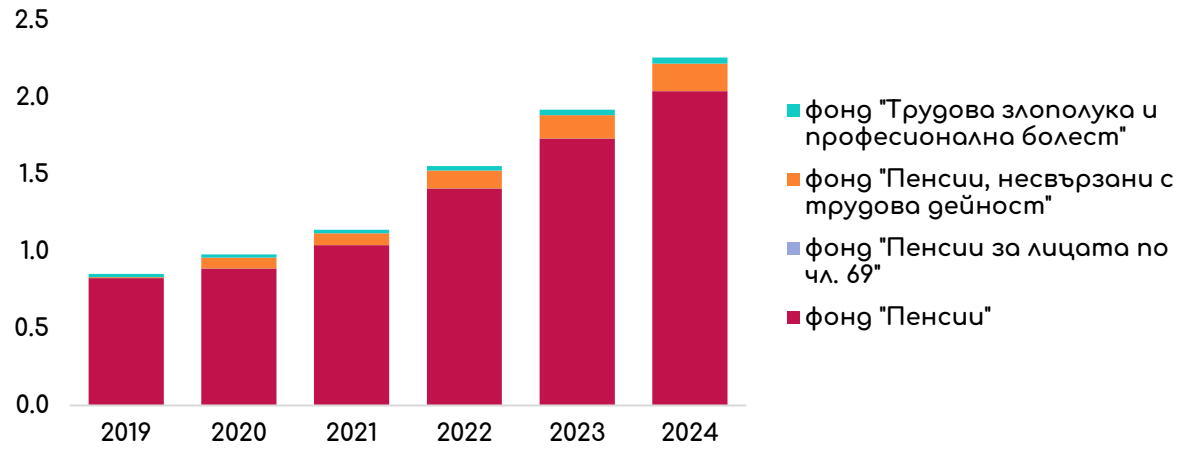
Разходи за пенсии за инвалидност: ускорен ръст и растяща тежест в пенсионната система

Общ разход за инвалидни пенсии: почти удвояване за шест години

Най-силната тенденция в данните е при разходите. Общият разход за пенсии за инвалидност нараства от 0,9 млрд. евро през 2019 г. до 2,3 млрд. евро през 2024 година. Това е увеличение с 1,4 млрд. евро, или 165% за периода.

Този ръст е значително по-висок от увеличението в броя на инвалидните пенсионери (4%). Следователно основният двигател на разходите не е масово нарастване на броя лица, а увеличение на средния размер на пенсията.

Графика 22: Разходи за пенсии за инвалидност по различните фондове на НОИ, 2019-2024 г., млрд. евро



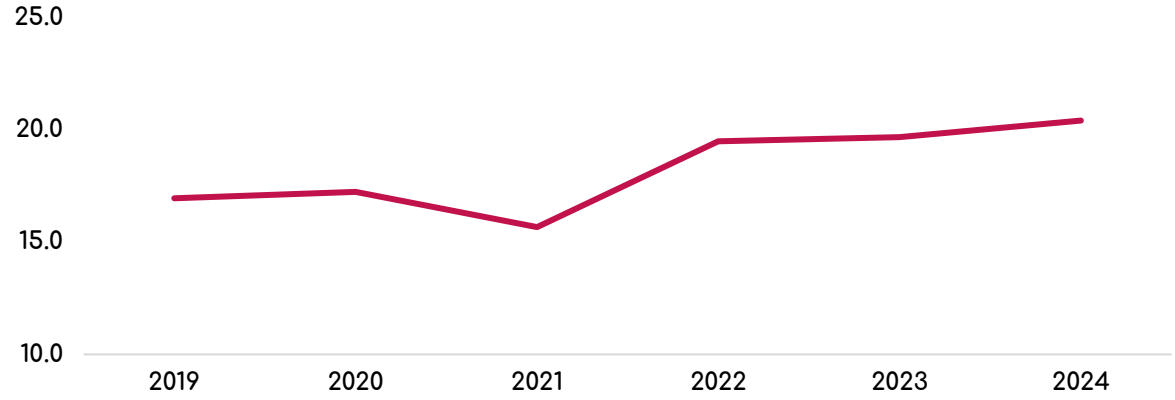
Източник: НОИ

Инвалидните пенсии заемат все по-голям дял от общите разходи за пенсии

Расте и относителната тежест на инвалидните пенсии. Делът на разхода за инвалидност от общия разход за пенсии се увеличава от 17,0% през 2019 г. до 20,4% през 2024 година.

Тези данни показват, че инвалидните пенсии се превръщат във все по-значим компонент на пенсионните разходи.

Графика 23: Дял на пенсиите за инвалидност от общите разходи за пенсии в НОИ, %



Източник: ИПИ по данни на НОИ

Общият разход за пенсии (включително всички видове) нараства от 5,042 млрд. евро през 2019 г. до 11,078 млрд. евро през 2024 година. Това е увеличение с около +120%, което е значително, но все пак по-ниско от ръста при инвалидните пенсии (165%).

Следователно инвалидните пенсии не просто следват общия тренд на нарастване на пенсионните разходи, а ускоряват спрямо него.

Среден размер на инвалидните пенсии: бързо нарастване и потенциални ефекти върху стимулите

Масовата инвалидна пенсия нараства 2,4 пъти за пет години

Средната месечна пенсия в страната е нараснала със 131% за пет години – от 196 евро през 2019 г. до 451 евро през 2024 година.

Най-висок е ръстът на пенсиите за инвалидност поради трудова злополука и професионална болест (СВОК на ТПК) – над 204% или над три пъти – и на социалните пенсии за инвалидност (173%), но и размерът на последните през 2019 г. е и най-нисък.

Таблица 2: Среден месечен размер на пенсиите по различните фондове на НОИ, евро

ФОНД	ПЕНСИЯ	2019	2024	Промяна
Пенсии	Инвалидност поради ОЗ	137	329	139%
	Инвалидност ОЗ - ЗПЗСК	147	383	160%
	Инвалидност ОЗ - СВОК на ТПК	150	383	155%
Пенсии за лицата по чл. 69	Инвалидност ОЗ	175	417	138%
Пенсии, несвързани с трудова дейност	Пенсии за военна инвалидност	99	235	138%
	Пенсии за гражданска инвалидност	100	222	123%
	Социални пенсии за инвалидност	95	260	173%
Трудова злополука и професионална болест	Инвалидност поради ТЗПБ	162	399	146%
	Инвалидност поради ТЗПБ - ЗПЗСК	154	376	144%
	Инвалидност поради ТЗПБ - СВОК на ТПК	160	486	204%
	Инвалидност поради ТЗПБ (по чл. 69)	179	398	123%
ПЕНСИИ - ОБЩО		196	451	131%

Източник: ИПИ по данни на НОИ

За основната група получаващи пенсии за инвалидност – тези поради общо заболяване - средният размер на пенсията за инвалидност се увеличава от 137,46 евро през 2019 г. до 329,01 евро през 2024 г. - ръст от +139% (приблизително 2,4 пъти).

Това увеличение има двоен ефект:

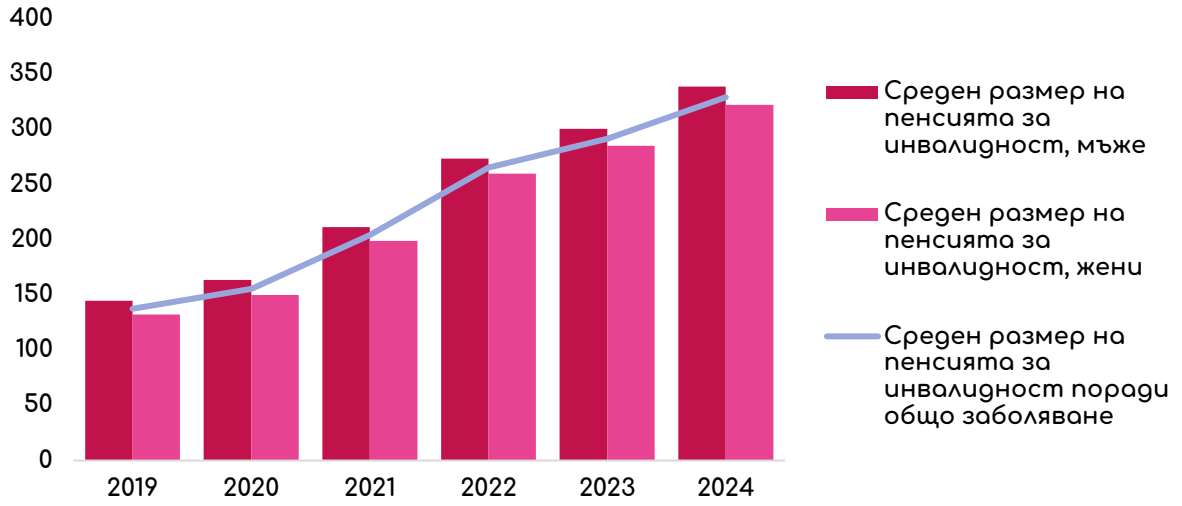
- социален ефект: по-висок доход за хората с реални ограничения;
- фискален ефект: все по-определящ за общия разход за пенсии.

Данните показват системна, но и относително малка разлика между средния размер на инвалидната пенсия поради общо заболяване при мъжете и жените:

- 2019 г.: 144,72 евро (мъже) срещу 132,27 (жени)
- 2024 г.: 329,01 евро (мъже) срещу 322,12 евро (жени)

Разликата е логична, тъй като средният осигурителен доход и стаж при мъжете често е по-висок. Но за анализа е важно да се отбележи, че при увеличения размер на пенсиите, тези различия могат да имат ефект върху риска от бедност по пол и върху относителната привлекателност на пенсията спрямо доход от труд.

Графика 24: Среден размер на пенсията за инвалидност поради общо заболяване, евро/месец



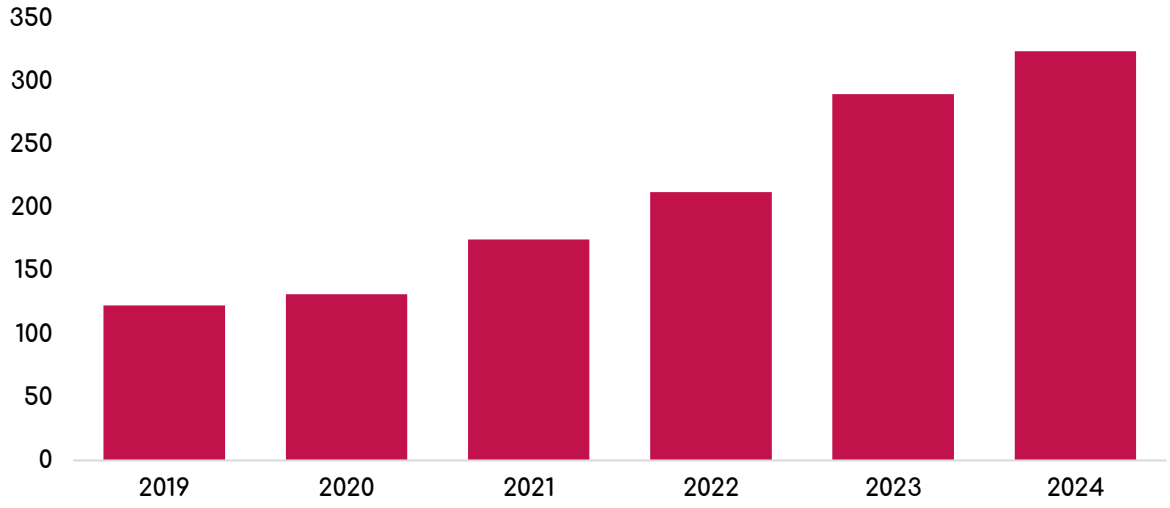
Източник: НОИ

Новоотпуснати инвалидни пенсии: ускорение през 2023–2024 г.

Средният размер на пенсията за инвалидност поради общо заболяване на новоотпуснати пенсии се движи от 122,73 евро (2019 г.) до 324,15 евро (2024 г.), като особено силен скок има през 2023 г. (290,30 евро) и 2024 година.

Това е ключово, защото размерът на новоотпуснатите пенсии определя бъдещата структура на системата. Ако новите пенсии се отпускат при по-високи нива, това означава, че дори при стабилен брой нови пенсионери, разходът ще се натрупва по-бързо.

Графика 25: Среден размер на пенсия за инвалидност на новоотпуснати пенсии, евро



Източник: НОИ

Минимални пенсии и концентрация в ниски размери: таргетиране или механично приравняване?

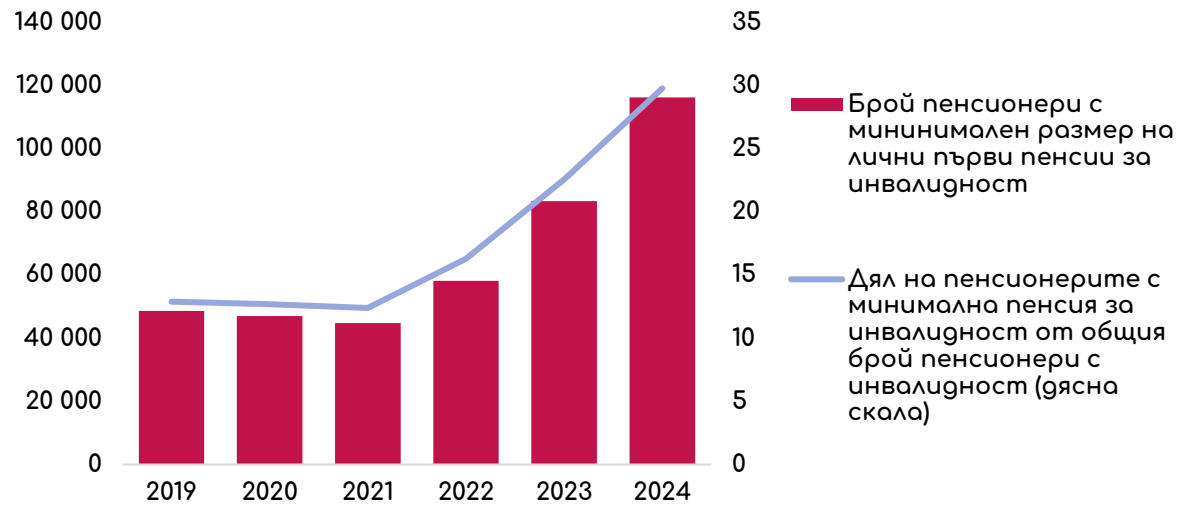
Данните за броя на пенсионерите с минимален размер на лични първи пенсии за инвалидност, както и делът им от общия брой пенсионери с инвалидност показват, че механизмът на този тип пенсии е по-скоро социален (слаба връзка принос-получено), а не осигурителен (силно зависим от принос).

Преди 2022 г. броят на пенсионерите с минимален размер на лични първи пенсии за инвалидност (без индивидуален коефициент - отпуснати на минимален размер) поради общо заболяване, както и делът им от общия брой пенсионери с инвалидност поради общо заболяване са почти статични. След това, обаче, и с промените в процедурите, броят и делът им се повишават бързо – от под 45 хиляди през 2021 г. до над 116 хиляди през 2024 година, а делът им достига 30%. Трябва да се отбележи, че нарастването на дела им все пак означава, че фискалният натиск ще е по-нисък.

Високият дял на минималните инвалидни пенсии може да означава, че:

- значителна част от инвалидните пенсии функционират като базов минимален социален доход;
- осигурителният принцип е силно отслабен;
- има риск от по-слаби стимули за осигуряване и трудова активност, ако „подът“ е висок спрямо доходите на нискоквалифицираните работници;

Графика 26: Брой на пенсионерите с минимален размер на лични първи пенсии за инвалидност (без индивидуален коефициент - отпуснати на минимален размер) поради общо заболяване и дял от общия брой пенсионери с инвалидност поради общо заболяване



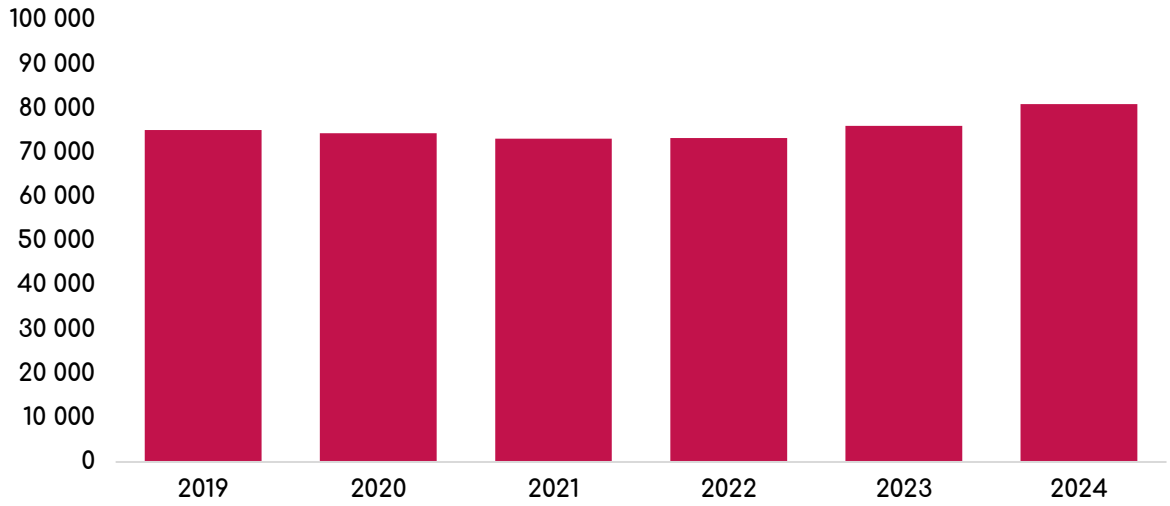
Източник: НОИ

Въпреки големия брой на пенсионерите с минимални размери на инвалидните пенсии, над 80 хиляди от пенсионерите взимат поне една добавка към пенсията за инвалидност поради общо заболяване. Увеличението на този брой през последните пет години не е драматично, но самото наличие на значим брой получатели на добавки е важно по две причини:

1. добавките могат да повишат общия разход над основната пенсия;

2. те усложняват структурата на системата и създават допълнителни прагове и стимули.

Графика 27: Брой на пенсионерите с инвалидност поради общо заболяване с поне една добавка към пенсиите



Източник: НОИ

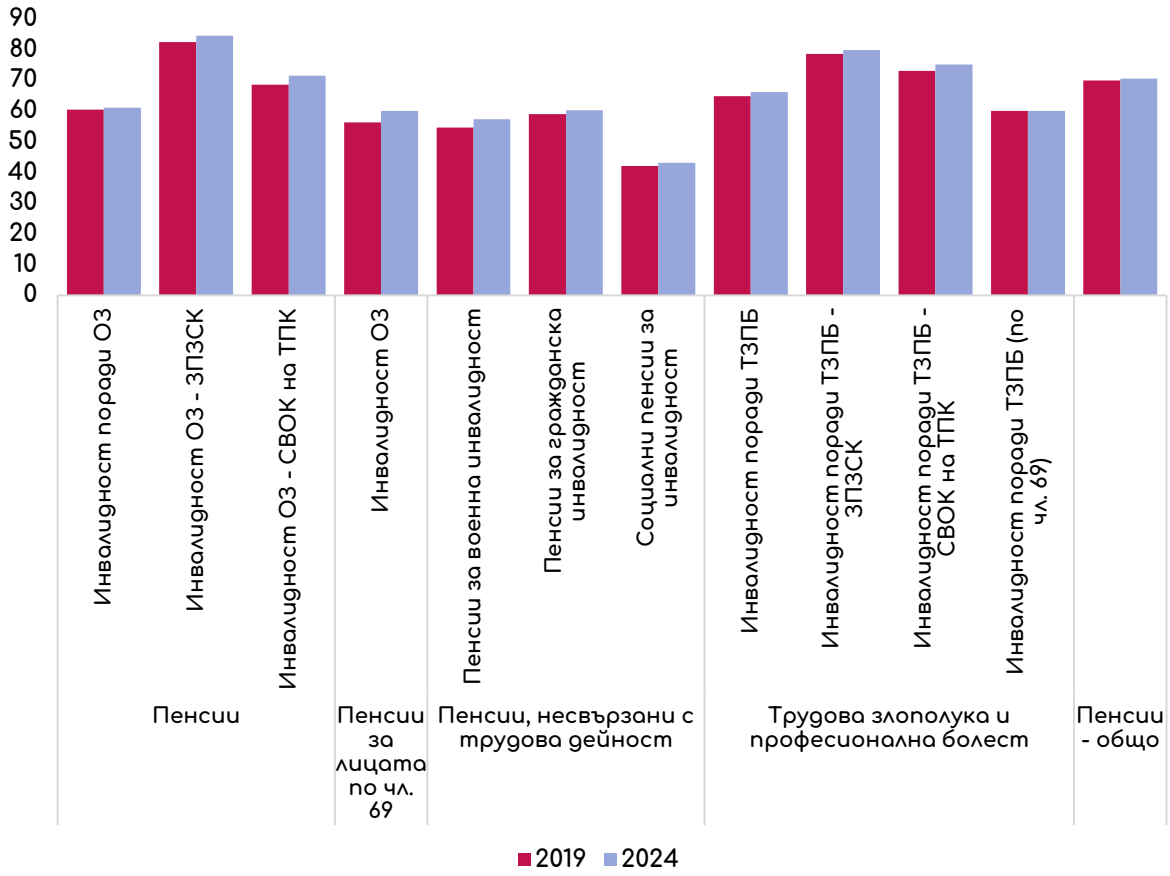
Демографски профил: средна възраст и осигурителен стаж

Средната възраст е около 61 години

При всички видове пенсии за инвалидност средната възраст на получателите се повишава за последните пет години. Средното повишение е около 1-2 години, колкото е и за получатели на пенсии от НОИ общо. Средната възраст на пенсионерите с пенсии за инвалидност поради общо заболяване е 60,44 години през 2019 г. и 61,04 години през 2024 г. – тоест покачване с около 7 месеца за периода.

Тази стабилност е важна: тя подсказва, че промяната в разходите не е резултат от силно изместване към по-възрастни групи, а по-скоро от политически решения за размерите на пенсиите и/или структурни характеристики на отпускането.

Графика 28: Средна възраст на пенсионерите с пенсии за инвалидност по различните фондове на НОИ, години



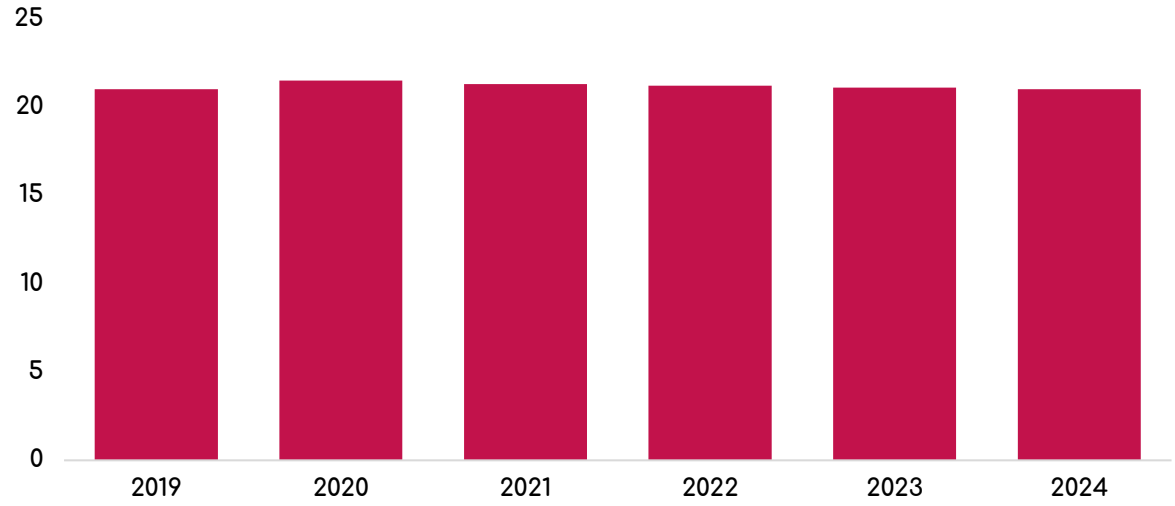
Източник: НОИ

Средният осигурителен стаж е около 21 години и леко намалява

Средният осигурителен стаж на пенсионерите с инвалидност е 21,0 години през 2019 г. и остава около 21,0 години през 2024 г., със слабо понижение в междинните години.

От гледна точка на устойчивостта, това означава, че групата не се характеризира с видимо нарастване на осигурителния принос. Ако разходът расте значително, без паралелно нарастване на осигурителната база, натискът върху системата се увеличава.

Графика 29: Среден осигурителен стаж на пенсионерите с инвалидност, години



Източник: НОИ

Какво движи разхода и какви са рисковете за устойчивостта?

Ключовият извод от данните за 2019–2024 г. е, че системата на инвалидните пенсии се характеризира с умерен растеж на броя на бенефициентите, но много силен растеж на разходите, който е обусловен главно от увеличението на средния размер на пенсията.

Това води до три структурни риска:

- Фискален риск: При разход за инвалидни пенсии от почти 4 млрд. лв. годишно (2024), дори малки промени в броя на новоотпуснатите случаи или в средния размер водят до значими бюджетни ефекти.
- Риск от инерционен растеж: Пенсиите са дългосрочен ангажимент. Увеличение на новоотпуснатите случаи през 2024 г. означава, че системата вероятно ще носи по-висок разход и в следващите години, независимо от моментните административни мерки.
- Риск за пазара на труда (особено в работоспособна възраст): Ако делът на инвалидните пенсии в работоспособна възраст е значим и расте, системата създава стимул за по-ниска трудова активност. Това е особено силен фактор когато пенсията и свързаните права са относително високи спрямо възможния доход от труд за нискоквалифицирани работници (средният размер на новоотпуснатите инвалидни пенсии е 324 евро, а минималната работна заплата – 477 евро през 2024 година).

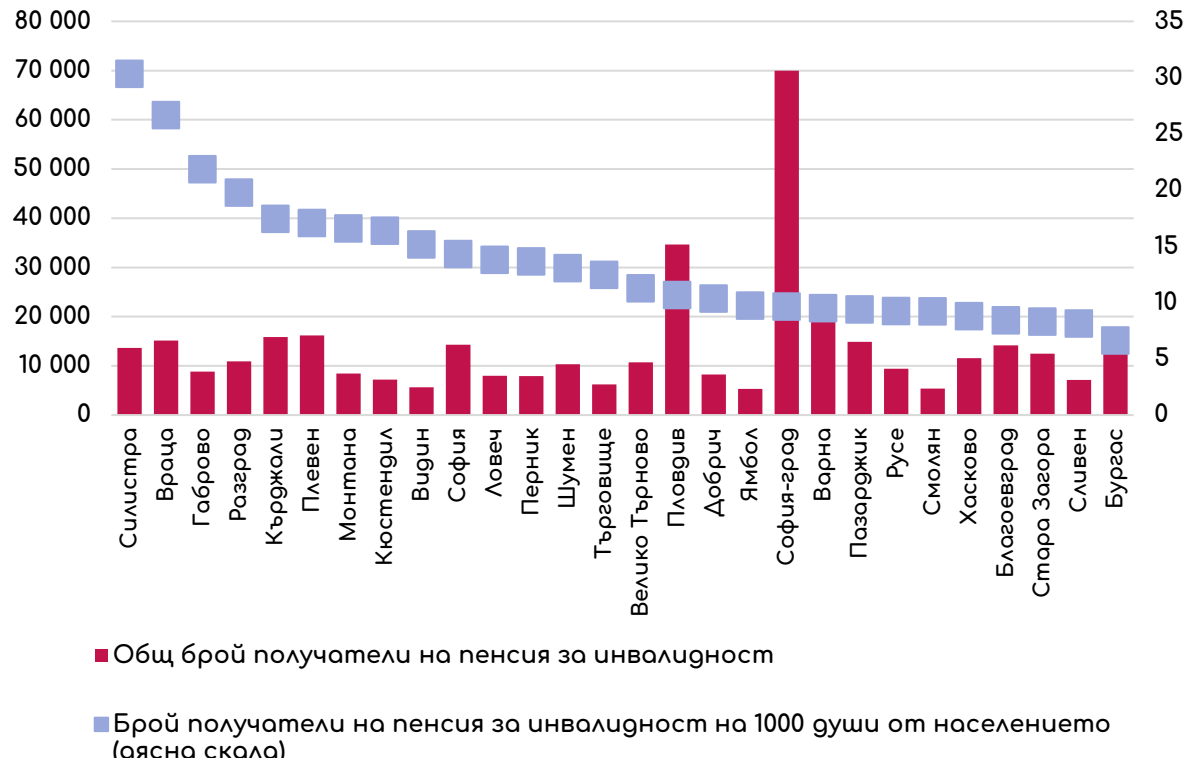
Регионални различия при пенсиите за инвалидност: мащаб, структура и демографски контекст

Регионалното разпределение разкрива съществени различия между областите. При еднаква национална нормативна рамка и централизирана система на медицинска експертиза, подобни отклонения насочват към ролята на местните социално-икономически условия, възможностите за заетост и институционалните практики при прилагане на правилата.

В абсолютен брой най-много получатели на пенсия за инвалидност поради общо заболяване (най-голямата група с дял от близо 90% от всички пенсии за инвалидност) са в София-град - близо 70 хил. получатели, следвана от Пловдив с над 34 хил. и Варна с около 21 хиляди. Тези стойности до голяма степен отразяват разпределението на населението и сами по себе си не дават достатъчна информация.

Данните за броя на получателите на пенсия за инвалидност спрямо населението обаче показва значителни регионални дисбаланси. През 2024 г. стойностите варират от 7 получатели на хиляда души в Бургас до 30 на хиляда души в Силистра. Враца също се нарежда сред областите с много висока концентрация – 27 на хиляда души, следвана от Габрово с 22 и Разград с 20. В противоположния край са Благоевград, Сливен и Стара Загора с по 8 получатели на хиляда души, както и Варна, Русе, Смолян и Хасково с около 9. Разликата между най-ниската и най-високата стойност е повече от четирикратна, което ясно показва, че мястото на живеене е силен фактор за вероятността дадено лице да бъде получател на пенсия за инвалидност.

Графика 30: Абсолютен брой получатели на пенсия за инвалидност поради общо заболяване и брой на 1000 души от средногодишното население по области, 2024 г.



Източник: ИПИ по данни на НОИ и НСИ

Естествено предположение е, че тези различия са следствие от възрастова структура на населението. Данните за дела на населението над 65-годишна възраст потвърждават, че демографията има значение, но същевременно показват, че тя не е достатъчно обяснение. Области като Видин, Габрово, Смолян и Силистра например са сред най-застаряващите, но имат огромни разлики в относителния брой хора с увреждания.

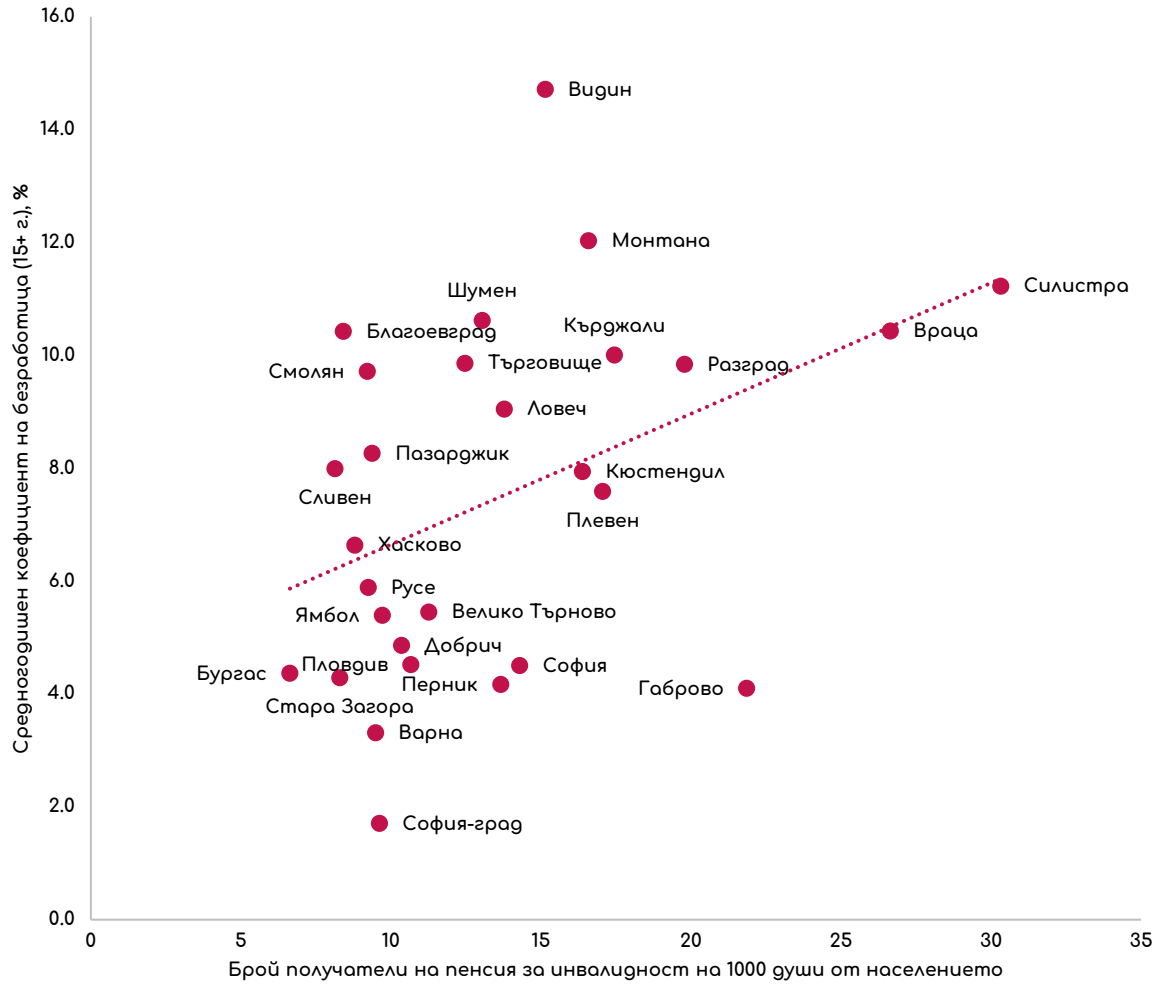
Графика 31: Брой получатели на пенсия за инвалидност поради общо заболяване на 1000 души населението и дял на населението на над 65-годишна възраст, 2024 г.

Източник: ИПИ по данни на НОИ и НСИ

Сравненията с различни данни от социално-икономическото развитие на областите показват, че пенсиите за инвалидност имат сравнително силна връзка със състоянието на пазара на труда и по-специално - с коефициента на безработица.

Регионите с най-висок брой получатели на инвалидна пенсия на хиляда души – като Силистра, Враца и Разград – са и региони, които традиционно се характеризират с по-ниска икономическа активност и ограничени възможности за заетост.

Графика 32: Брой получатели на пенсия за инвалидност поради общо заболяване на 1000 души населението и коефициент на безработица, 2024 г.



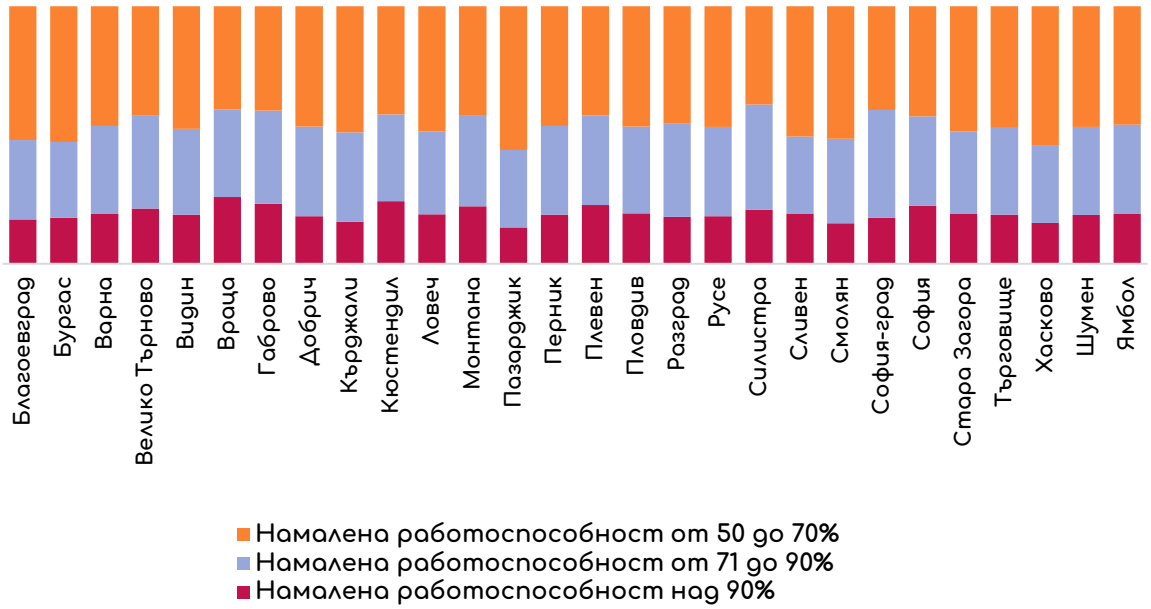
Източник: ИПИ по данни на НОИ, АЗ и НСИ

В този контекст високият интензитет на инвалидните пенсии може да се разглежда като индикатор за социално-икономически натиск, при който системата на медицинската експертиза поема функции, които излизат извън чисто медицинската оценка. Обратно, области с по-добра икономическа среда и по-разнообразен пазар на труда – като София-град, Варна и Бургас – показват значително по-ниски стойности, което подсказва, че наличието на възможности за заетост може да ограничи попадането в системата на инвалидните пенсии.

Структурата на получателите по групи намалена работоспособност допълнително подкрепя тази интерпретация. Във всички области доминира групата с намалена работоспособност от 50 до 70 процента. Това категория, която по дефиниция включва лица с частична, а не пълна загуба на работоспособност, и следователно с потенциал за участие в пазара на труда при подходящи условия. В София-град, например, броят на лицата с 50–70% намалена работоспособност е повече от два пъти по-висок от този на лицата с над 90%. Подобна структура се наблюдава и в Пловдив, Пазарджик, Кърджали и повечето други области. Когато именно тази група е най-масова и носи основната тежест на регионалните различия, това насочва вниманието не

толкова към тежката инвалидност, колкото към границата между социална подкрепа и трудова интеграция.

Графика 33: Дялове на намалената работоспособност сред получателите на пенсия за инвалидност поради общо заболяване, 2024 г., %



В обобщение, регионалните данни за 2024 г. показват, че разпределението на получателите на пенсии за инвалидност е силно неравномерно между областите. Това прави регионалния анализ особено важен за оценката на ефективността на действащата система на медицинската експертиза и оттам - за формулирането на политики, насочени към по-добри възможности за трудова активност и по-добро таргетиране на финансовата подкрепа от социалната система.

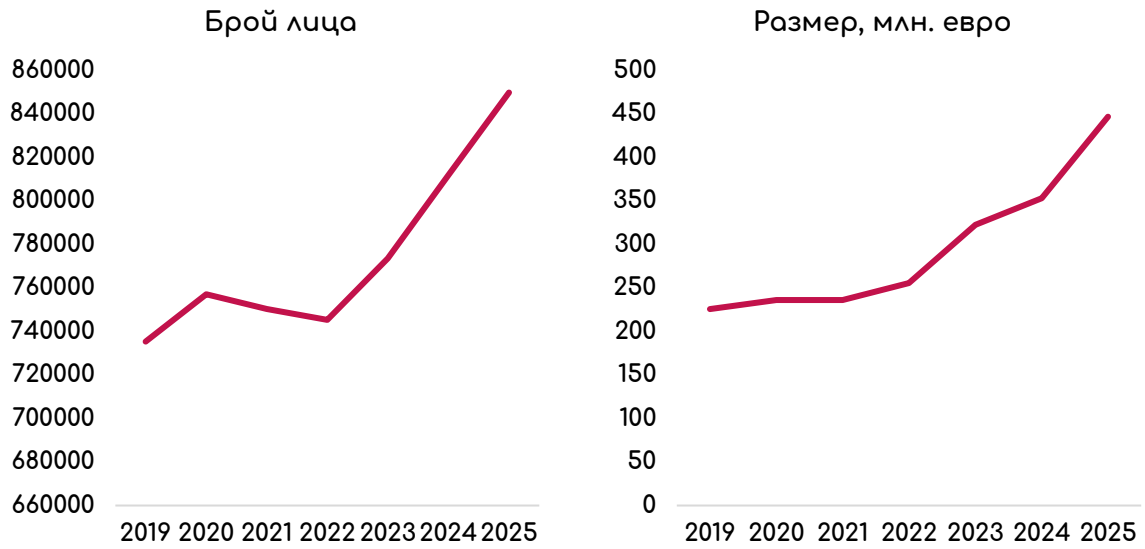
Социална помощ: потребители, разходи и динамика

Месечна финансова подкрепа

Броят на получаващите финансова подкрепа расте с 9% за пет години, разходите – двойно

През последните пет години се наблюдава постепенно покачване в броя на хората, които получават месечна подкрепа за инвалидност от АСП. Общият им брой е нараснал от 735 хил. души през 2019 г. до 849 хил. през 2025 г., увеличение от над 9%. Тази тенденция е притеснителна, тъй като сочи към постепенно влошаване на здравното състояние и трудоспособността, не на последно място на фона на спада на населението. В същото време увеличението на разходите за финансова подкрепа е със 98%, от 226 до 447 млн. евро – функция както на ръста на линията на бедност (движена от повишението на средния доход), така и на разширяването на броя лица с право на подкрепа.

Графика 34: Реален брой лица, получавали месечна финансова подкрепа и изплатени суми по реда на ЗХУ, 2019-2025 г.

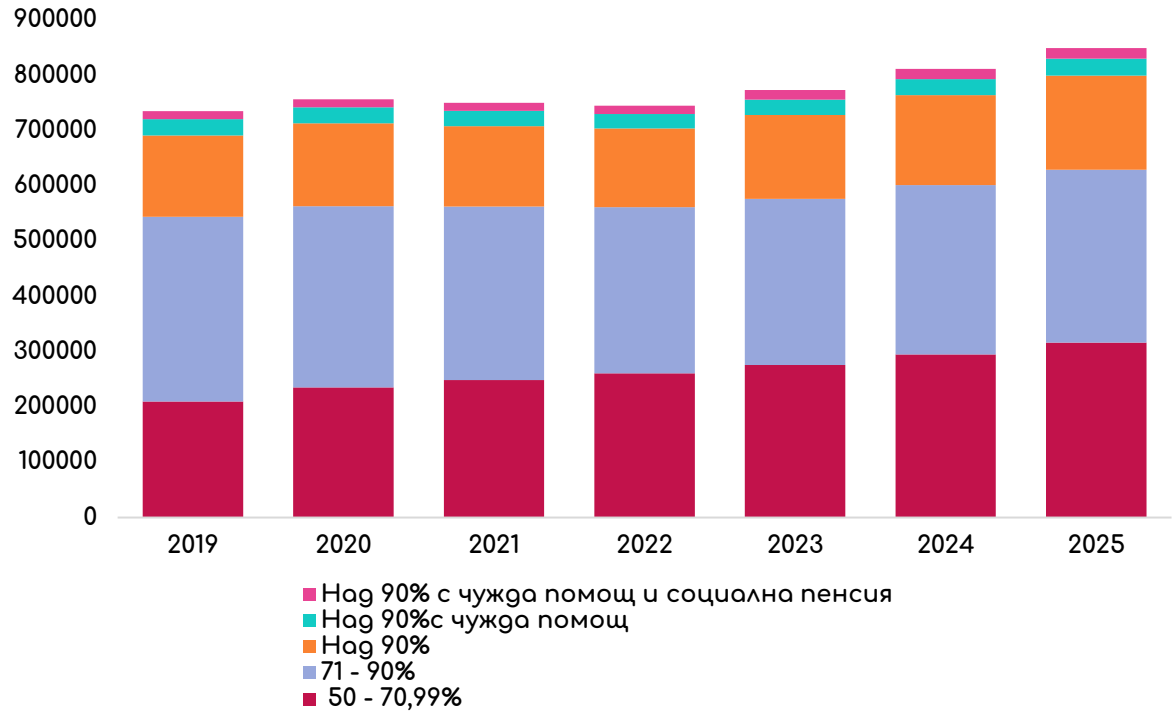


Източник: АСП, данни предоставени по ЗДОИ, изчисления на ИПИ

Прави впечатление известно разместване в дяловете, като значително увеличение има при хората с 50-70,99% инвалидност – с 51% за петгодишния период, от 210 на 316 хил. души. Този процес е съпроводен от свиване или по-бавен ръст в почти всички други категории инвалидност, освен най-високата, с 90% и повече, социална пенсия и право на чужда помощ, чиито брой хора нараства с 38% през същия период. Въпреки че общият брой на хората, които получават месечна подкрепа, се увеличава, промените в структурата са по-резки и неравномерни. Съдейки по динамиката, най-вероятно се касае за прехвърляне на хора от групата със 71-90% инвалидност към по-долната, както и придобиване на допълнителен статут (чужда помощ или чужда помощ и социална пенсия) при онези с над 90% инвалидност. Своето влияние със сигурност имат и промените в рамката и процеса на решения на ТЕЛК, тъй като тенденцията до 2022 г. е към постепенен спад в броя на получателите на

месечна подкрепа, но след въвеждането на електронните системи има ясно изразено повишение.

Графика 35: Брой лица, получавали месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ според ТНР/ВСУ, 2019-2025 г.



Източник: АСП, данни предоставени по ЗДОИ, изчисления на ИПИ

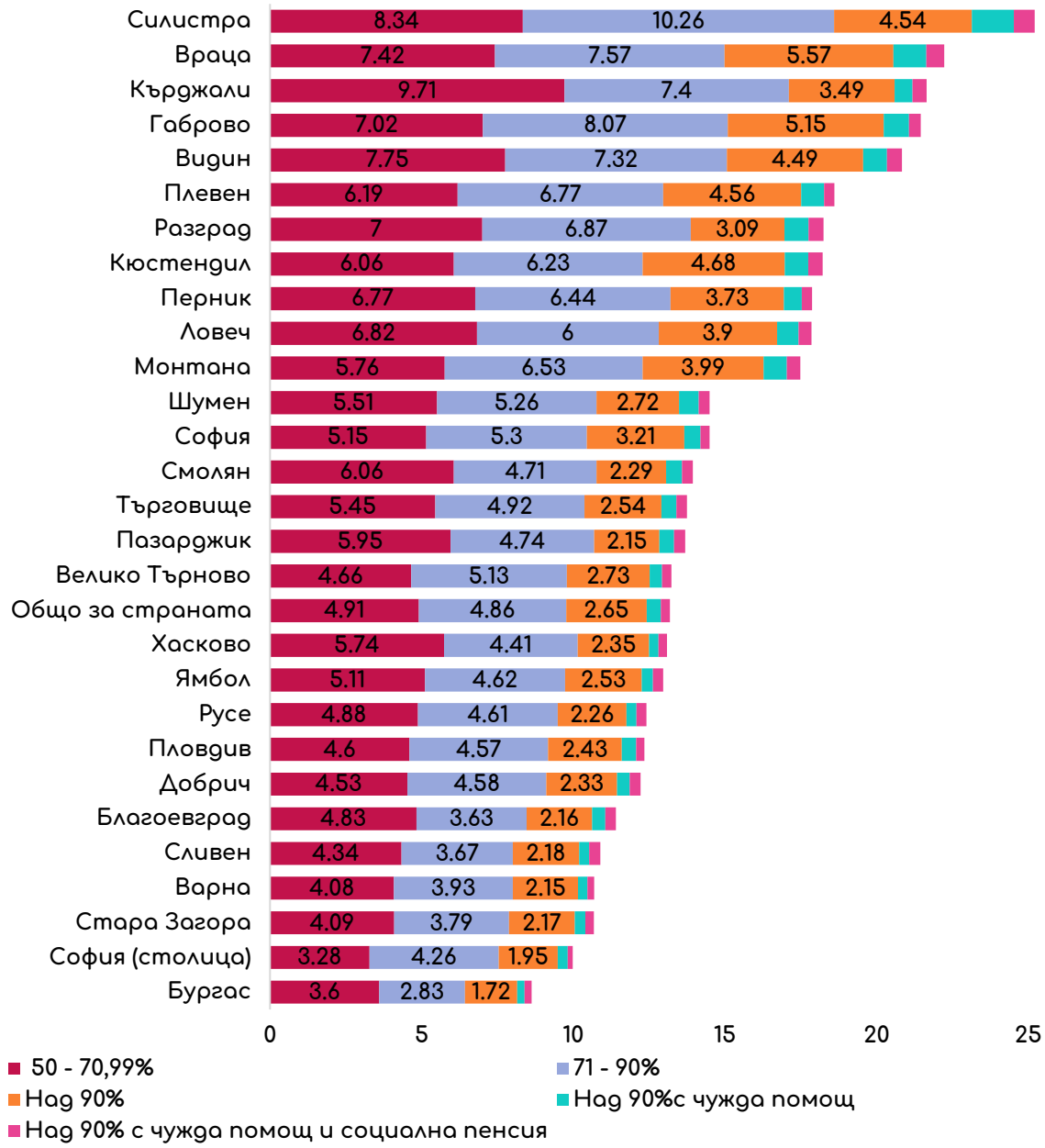
Данните на АСП позволяват и детайлен регионален преглед на разпределението на финансовата подкрепа. Очаквано, получателите най-общо следват общата структура на населението – в столицата през 2025 г. от общо 850 хил. души в страната броят им достига 129 хил. души, в Пловдив – 78 хил., във Варна - 46 хил. Отнесени към средногодишното население обаче, дяловете на получаващите месечна подкрепа варират значително – между 8,6% в Бургас и 10% в столицата до над 25% в Силистра. Пет са областите, в които над 1/5 от населението получават месечна подкрепа по реда на ЗХУ, предимно в Северна България – Силистра, Враца, Кърджали, Габрово и Видин, а повечето области са в диапазона 12-15%.

Видими отлики има и в степените на нетрудоспособност на получателите на месечна подкрепа. В повечето области дяловете на хората с 50-70,99% и 71-90% нетрудоспособност са относително балансирани, с някои изключения – в столицата и Силистра има видим превес на тези със 71-90%, при някои области, най-видимо в Кърджали, Хасково, Смолян и Пазарджик, значително по-висок е делът на онези с 50-70,99%. От по-голямо значение за функционирането на местните пазари на труд са дяловете на хората с над 90% нетрудоспособност. Те формират цели 33% от всички получавали месечна подкрепа във Враца и Кюстендил и 30% в Плевен – региони, които са изправени пред диспропорционално големи проблеми в интеграцията на хората с увреждания на трудовите си пазари.

Прави впечатление, че разпределението на подкрепата по ЗХУ следва демографската структура и пазара на труд. Регионите с високи дялове както общо на реципиенти на подкрепа, така и в частност тези които

съсредоточават тези с над 90% нетрудоспособност са с високи дялове на възрастното население, но и висока безработица и ниска заетост.

Графика 36: Дял на лицата, получавали месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ според ТНР/ВСУ от средногодишното население* по области, 2025 г., %

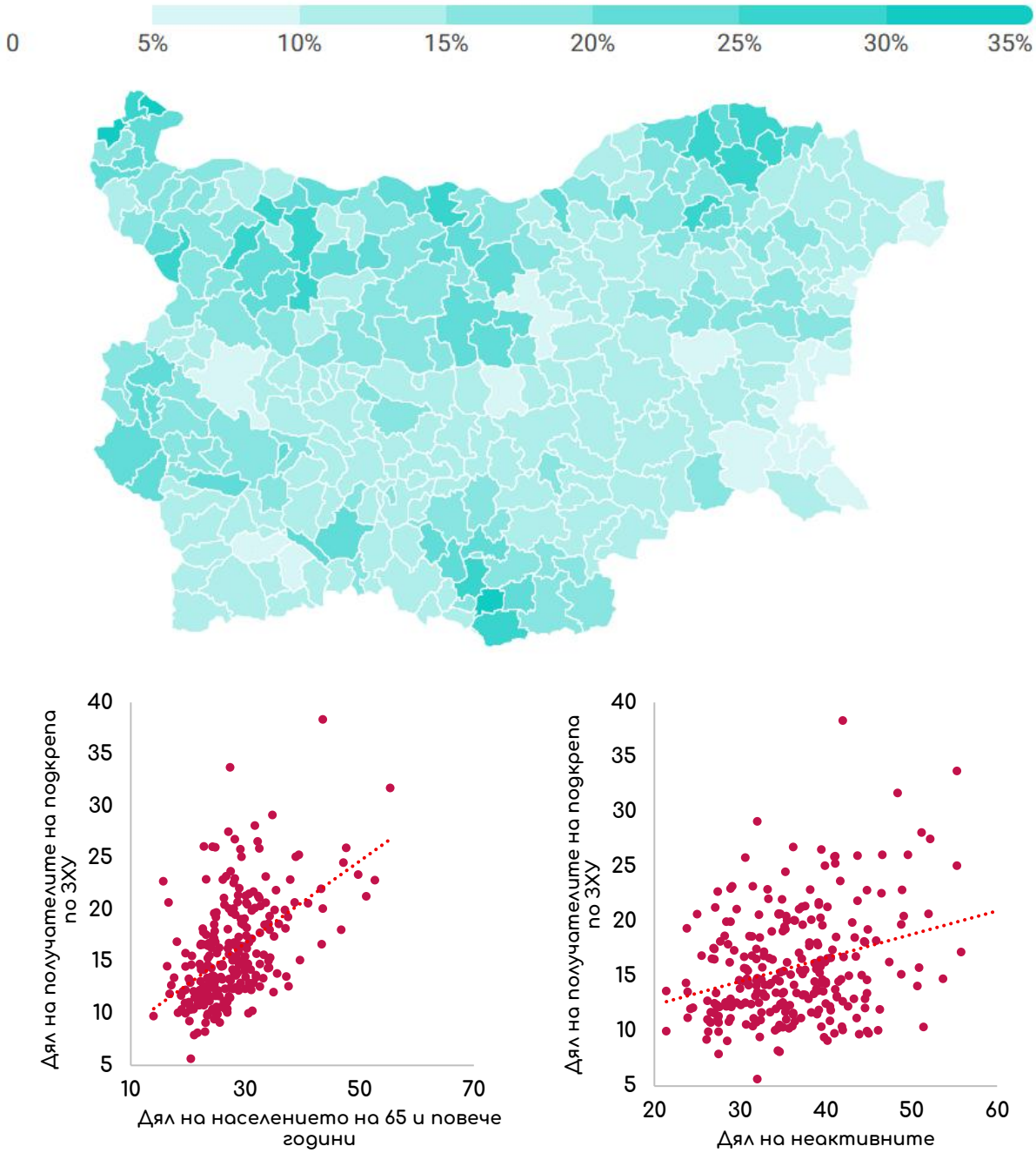


*Източник: АСП, данни предоставени по ЗДОИ, изчисления на ИПИ * към периода на писане на анализа последното достъпно население е за 2024 г. ** * Броят ползватели на областно ниво е сбор от всички ползватели в общините*

Общинското разпределение до голяма степен потвърждава горните изводи, но на по-ниското административно ниво контрастите са дори по-ярки. Дяловете на получателите на месечна подкрепа по реда на ЗХУ варират от 5,6% от средногодишното население в Несебър до над 38% в Ново село. В по-общ план се оформят няколко клъстера с висок дял на получателите на помощта – Силистренско, с малки изключения цялата Северозападна България, районът около Габрово, а в Южна България – край Кърджали и Кюстендил. Единствената

видима зона с отчетливо по-малък дял на получателите на подкрепа по ЗХУ е в Южното Черноморие. В динамика, увеличението на дяловете на получателите на подкрепа е почти повсеместно – ръст спрямо 2019 се наблюдава в 263 от 265-те общини на страната, следствие от общия спад на населението и повишението в броя на хората, които получават подкрепа.

График 37: Дял на лицата, получавали месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ като дял от средногодишното население* и връзка с дела на населението на 65 и повече години и дела на неактивните по общини, 2025 г., %



*Източник: АСП, данни предоставени по ЗДОИ, НСИ, АЗ, изчисления на ИПИ * към периода на писане на анализа последното достъпно население е за 2024 г.*

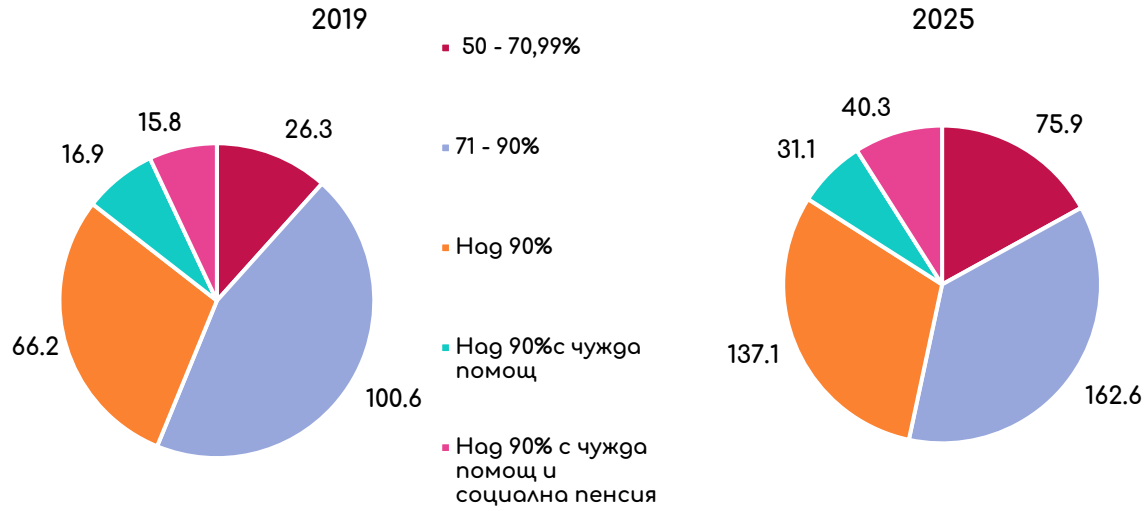
На общинско ниво има много ясна връзка между застаряването и дела на получателите на подкрепа за хора с увреждания; няма общини, в които делът на

хората над 65 годишна възраст да надхвърля 30%, а този на получателите на подкрепа да е под 10%. По-слаба е връзката с пазара на труд, въпреки че високите дялове на хората с подкрепа в общия случай се асоциират с по-високи дялове на неактивните.

Промяната на структурата на получателите на месечна финансова подкрепа неминуемо влияе и на разпределението на разходите. В абсолютно изражение през 2025 г. най-голям размер има помощта за хората със 71-90% инвалидност (162 млн. евро), следвана от тази на хората с 90+% без допълнителни критерии (137 млн. евро). Взети заедно те съставляват 67% от всички разходи за месечна подкрепа за хора с увеждания, но са били 74% през 2019 г. Най-голямото увеличение в относителния дял се наблюдава при хората с 50-70,99% инвалидност, които през 2019 г. са формирали 12% от разходите, а през 2024 г. вече достигат 17%.

Тъй като размерът на месечната помощ е дефиниран като дял от линията на бедност, стойността ѝ е особено чувствителна на промените в общата структура на доходите. Така например при хората с 50-70,99% размерът на месечната помощ е нараснал от 12,4 евро през 2019 на 22,8 евро през 2024 г., а при най-високата група – тези с 90+ процента инвалидност от 101 евро през 2019 г. на 186 евро през 2025 г. Видно, номиналното увеличение на подкрепата е значително по-високо при хората с по-висока степен на инвалидност, особено при онези които отговарят на допълнителните критерии. Много малкият размер на помощта при хората с ниска степен на инвалидност поставя въпроса за целесъобразността на отпускането ѝ, предвид пренебрежимия ефект върху домакинските бюджети, особено за хора които имат и трудов доход.

Графика 38: Разход за месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ според ТНР/ВСУ, 2019 и 2025 г., млн. евро

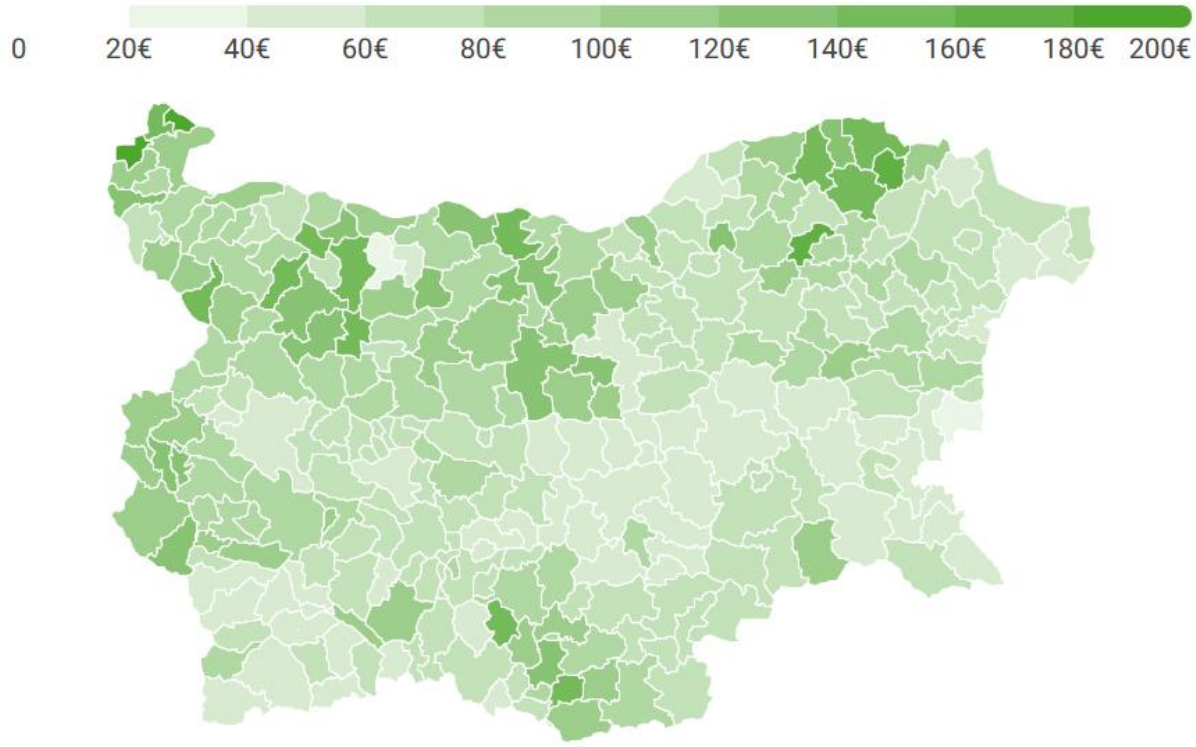


Източник: АСП, данни предоставени по ЗДОИ, изчисления на ИПИ

Регионалното разпределение на разходите за месечна финансова подкрепа следва близко това на получателите. В номинално изражение, най-много средства към 2025 г. се насочват към столицата – 70 млн. евро, а с над 10 млн. евро са Плевен, Варна и Пловдив, като в 167 общини размерът на подкрепата е под милион евро. По-показателни обаче са сумите, отнесени към населението. Тук абсолютен лидер, с над 200 евро на човек са видинските общини Бойница и

Ново Село. Повечето общини с най-ниски относителни разходи са по Черноморието – Несебър, Бургас, Царево, Поморие, Созопол, но като цяло има видимо разделение между Северна България, където разходите са отчетливо по-високи и Южна, където такива райони са по-скоро изключение (край Кърджали, Перник и Кюстендил).

Графика 39: Разход за месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ на човек от населението, 2025 г., евро



*Източник: АСП, данни предоставени по ЗДОИ, изчисления на ИПИ * към периода на писане на анализа последното достъпно население е за 2024 г.*

Закон за личната помощ

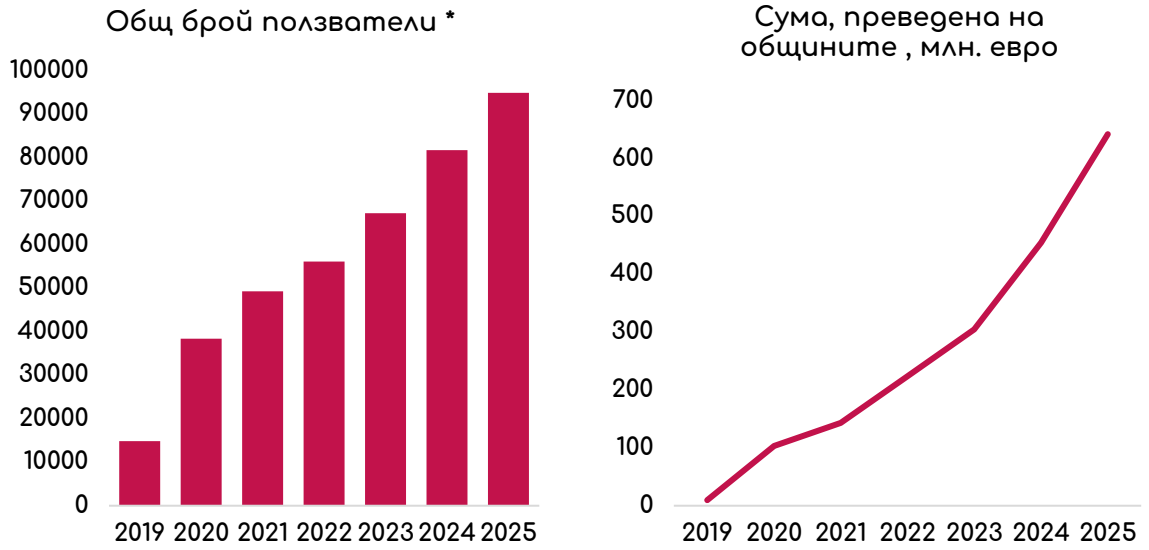
Разходите за лична помощ растат лавинообразно

Разглежданият период включва цялото времетраене на механизма за личната помощ, който влиза в сила в началото на 2019 г. През първата година общият брой потребители е над 15 хил. души, но през 2020 г. той нараства до 38 хил. Оттук насетне всяка година потребителите се увеличават с около 10 хил. души, като през 2025 г. броят им надхвърля 94 хил. За разлика от други политики към хората с увреждания, промяната в подхода към ТЕЛК решенията няма видим ефект върху динамиката на ползвателите на лична помощ. Най-вероятното обяснение е в новостта на услугата, която все още не е достигнала до максималния си потенциален брой потребители.

С увеличаването на проникването на личната помощ значително нарастват и бюджетните разходи за нея. Според докладите на АСП, през 2019 г. стойността на програмата е била 9,6 млн. евро, но през 2025 г. достига 642 млн. евро, като има ръст от над 187 млн. евро в рамките на година. Това отразява и бързия ръст на минималната заплата през същия период, тъй като заплащането на асистентите е пряко обвързано с размера ѝ. В рамките на пет години личната помощ се е превърнала в най-големия разход в сред политиките за хората с

увреждания, като приближава половината от всички средства харчени за тях от бюджета на МТСП.

Графика 40: Ползватели и разходи за лична помощ, 2019-2024 г.



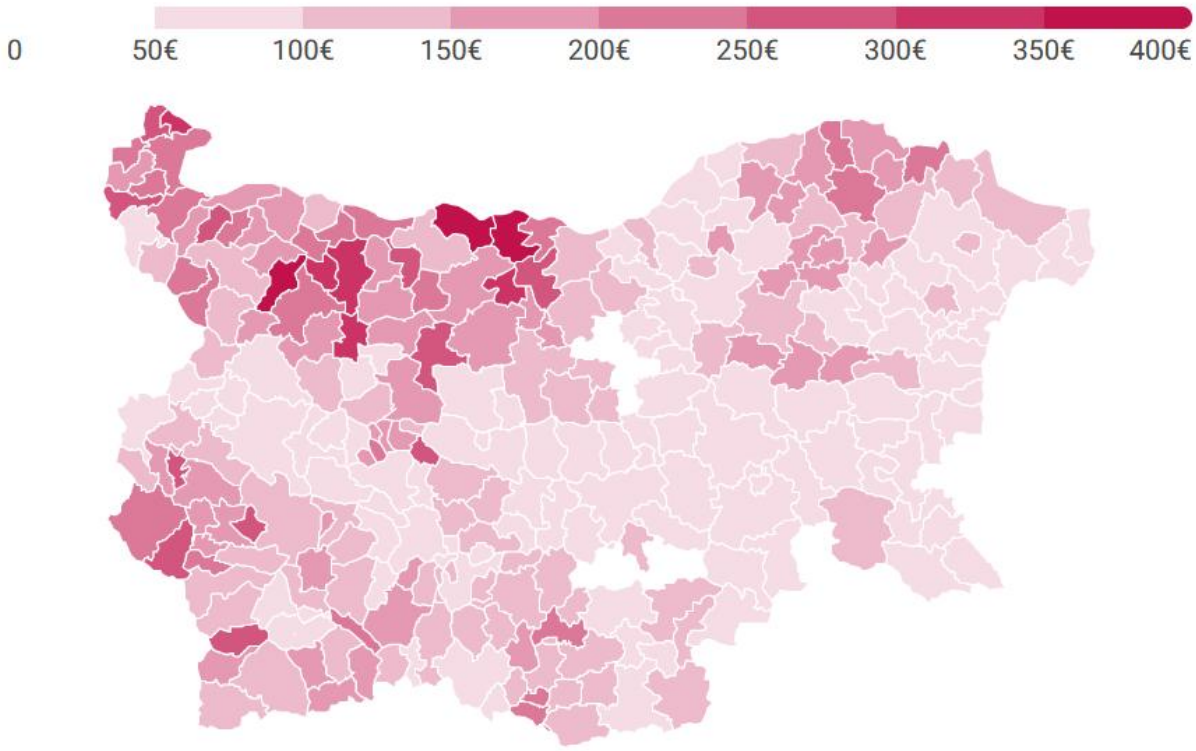
*Източник: АСП, данни предоставени по ЗДОИ, изчисления на ИПИ * Броят ползватели на национално ниво е сбор от всички ползватели в общините*

Разпределението на ползвателите на лична помощ на регионално ниво е силно неравномерно. Очаквано, номинално най-големият брой ползватели е в регионите с най-голямо население – 10,5 хил. души в столицата, 8,9 хил. в област Пловдив, а на трето място е Плевен с 6,5 хил. души. При средно 1,5% от средногодишното население, на областно равнище дяловете варират от 0,8% в столицата и по 1% във Варна и Бургас до цели 3,4% във Враца, по 3% във Видин и Плевен и по 2,9% в Силистра и Кюстендил. И тук се наблюдава отчетливо струпване на области с по-високи дялове на хората, които ползват лична помощ в Северна България, и особено в Северозапада. На общинско ниво личат и по-крайни случаи, особено от гледна точка на високите дялове – в общините Гулянци, Никопол и Криводол ползватели на лична помощ са над 5% от средногодишното население, а цели 37 са с над 3%. Докато на национално ниво увеличението в броя на ползвателите между 2020 (първата пълна година на работа на механизма) и 2025 г. е 147%, сред общините има значително по-бързи темпове на разрастване на прилагането му – в Сухиндол потребителите са нараснали с 444%, в Малко Търново – с 325%, в Искър – с 319%. Има и общини с много малък темп на нарастване в броя на ползвателите – в Ковачевци за същия период ръстът е 5%, в Драгоман и Баните – 10%.

Финансирането на личната помощ следва разпределението на потребителите. В столична община според данните, предоставени от АСП, са постъпили 73 млн. евро за финансиране на програмата, в Пловдив – 31 млн. евро, във Варна – 20 млн. евро, в Плевен - 29 млн. евро, а с по над 10 млн. евро са Русе, Видин, Стара Загора, Враца и Бургас. Сравнението спрямо населението на общинско ниво сочи много големи дисбаланси и видимо групиране. Почти всички общини, в които разходите за лична помощ надхвърлят 200 евро на човек от населението, са разположени в Северозападна България, около Силистра или около Кюстендил. Увеличенията на разходите далеч надхвърлят тези на потребителите на личната помощ – в общините Ситово, Малко Търново и

Сухиндол надхвърлят 1000% в рамките на пет години, а в цели 84 общини повишението е над 500%.

Графика 41: Сума, преведена на общините за лична помощ на човек от населението*, 2025 г., евро/човек



*Източник: АСП, данни предоставени по ЗДОИ, НСИ, изчисления на ИПИ * към периода на писане последното достъпно население е за 2024 г.*

Лавинообразното увеличение на потребителите и разходите за лична помощ е повод за притеснение за бъдещето на структурата на насочената към хора с увреждания социална политика. Програмата постепенно се превръща в една от най-големите, с финансиране, което доближава и вероятно в следващите години ще надхвърли 1% от брутния вътрешен продукт на страната. Постоянно нарастващият брой на потребители поставя под съмнение контрола на реалната потребност от лична помощ. Не бива да се подценяват и ефектите върху пазара на труд, тъй като държавното финансиране на личната помощ е съсредоточено именно в региони с много висока безработица и ниска заетост, и е много вероятно субсидираният асистентски труд допълнително да потиска търсенето на заетост в частната икономика.

Помощи за здравноосигурявани лица чрез ДСП

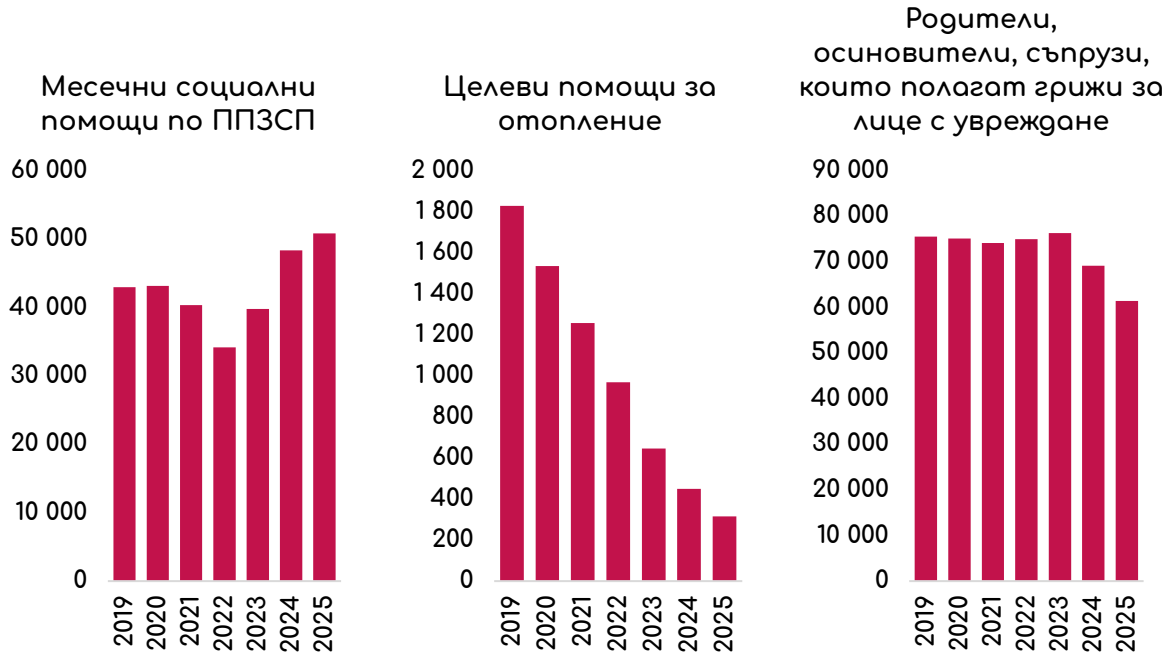
Данните за броя здравноосигурявани лица чрез дирекциите „Социално подпомагане“ (ДСП) показват важна част от социалната функция на държавата – поемането на здравноосигурителните вноски за лица, които не са осигурени на друго основание и попадат в уязвими групи. Трите разграничени категории – получатели на месечни социални помощи по Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане (ППЗСП), получатели на целеви помощи за отопление и лица, полагащи грижи за хора с увреждания – очертават различни профили на социален риск и различна динамика през периода 2019–2025 година.

Броят на лицата, получаващи месечни социални помощи по ППЗСП, показва колеблива, но ясно възходяща тенденция след 2022 година. Той достига 50 820 лица през 2025 година. Същевременно получаващите целеви помощи за отопление постоянно намаляват през разглеждания период – те са 1828 души през 2019 г. и намаляват до едва 315 през 2025 година.

Най-голямата и структурно най-важна група са родителите, осиновителите, съпрузите или други близки, които полагат грижи за лице с увреждане с над 50% намалена работоспособност и определена чужда помощ, ако не са осигурени на друго основание. Тази категория обхваща между 61 и 76 хиляди души годишно и представлява основния компонент на лицата, чиито здравни вноски се поемат от държавата по линия на социалната подкрепа. В периода 2019–2023 г. броят им е относително стабилен – около 74–76 хиляди души, с леко нарастване през 2023 г. до 76 281. От 2024 г. обаче се наблюдава отчетлив спад – до 69 132 през 2024 г. и 61 392 през 2025 година.

Като цяло данните показват, че държавата продължава да играе ключова роля в осигуряването на здравни права за уязвими групи. Най-големият дял от този ангажимент е свързан с грижата за хора с тежки увреждания, което подчертава социалната тежест на дългосрочната зависимост и нуждата от чужда помощ.

Графика 42: Брой здравноосигурявани лица чрез ДСП с различни категории помощи



Източник: ИПИ по данни на АСП

Месечни помощи за деца с трайни увреждания

Децата с трайни увреждания имат право на месечна помощ за отглеждане по реда на чл. 8д от Закона за семейни помощи за деца. Тази подкрепа се предоставя на родителите, осиновителите, семействата на роднини и близки, както и на приемните семейства, включително професионалните, които отглеждат дете с увреждане в домашна среда. Помощта се изплаща до навършване на 18-годишна възраст на детето, а ако то продължава да учи в средно училище – до завършването му, но не по-късно от навършване на 20 години.

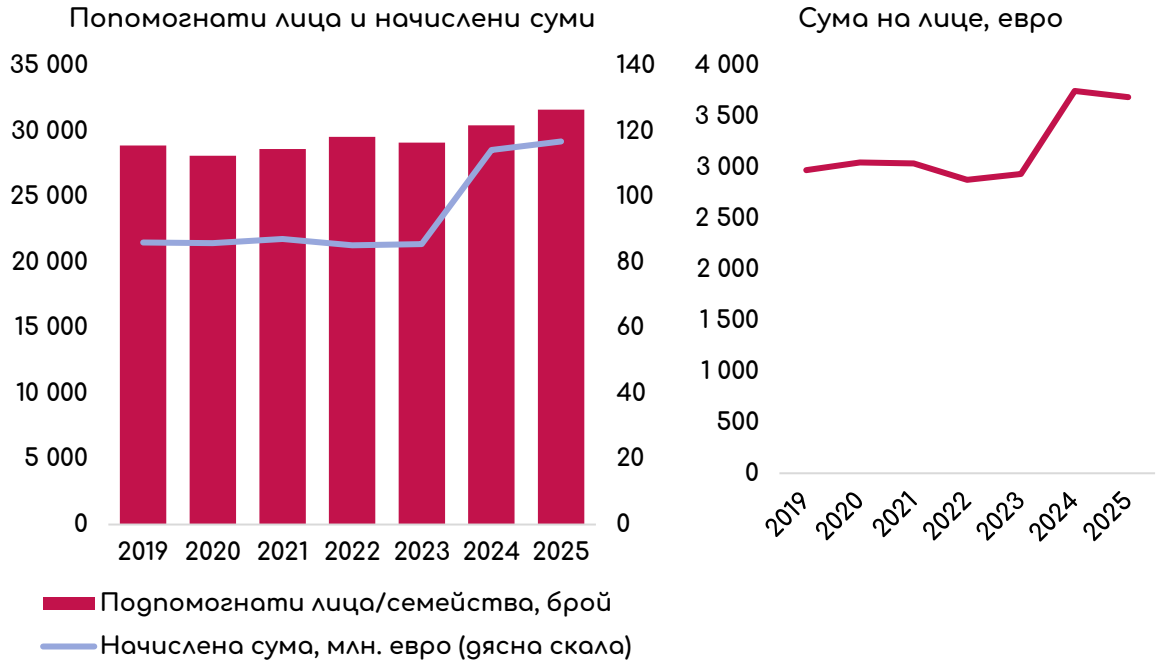
От особена важност е фактът, че тази помощ е необвързана с доходите на семейството – тоест, всички деца с увреждания, които отговарят на изискванията, имат право на подкрепа, независимо от социалния и икономически статус на семейството. Единственото условие е детето да има валидно експертно решение от ТЕЛК или НЕЛК за 50% или по-висока степен на увреждане и да не е настанено в резидентна услуга. Ако е в училищна възраст, се изисква и редовно посещаване на училище, когато здравословното състояние го позволява.

Данните за месечната помощ за дете с трайно увреждане по реда на чл. 8g от Закона за семейни помощи за деца (ЗСПД) за периода 2019–2025 г. показват, че и при тази група има скок на подпомогнатите лица/семейства след 2023 година. Така за целия период увеличението е с близо 2 750 лица, или приблизително 9,5% спрямо 2019 година.

Значително по-осезаема е промяната при изплатената сума. В периода 2019–2023 г. разходът остава почти непроменен – около 85–87 млн. евро годишно. Това съответства на стабилния брой подпомагани лица и предполага относително постоянен среден размер на помощта. През 2024 г. обаче, с повишаването на размера на помощта, изплатената сума нараства рязко до 114 млн. евро, а през 2025 г. достига 117 млн. евро. Това представлява увеличение от около 35% спрямо нивата от предходните години.

За целия период сумата е над 660 млн. евро, а на получател се повишава от 2978 евро през 2019 г. до 3693 евро през 2025 г., или с 24%.

Графика 43: Брой подпомогнати и начислени суми за месечна помощ за дете с трайно увреждане по реда на чл. 8g от ЗСПД и сума на подпомогнато лице/домакинство, евро



Източник: ИПИ по данни на АСП

Помощи, свързани с транспорта

Безплатни годишни електронни винетки

В съответствие с разпоредбата на чл. 10в от Закона за пътищата, лицата с 50 и над 50 на сто намалена работоспособност или вид и степен на увреждане и лицата или семействата, отглеждащи деца с трайни увреждания до 18-годишна възраст и до завършване на средното образование, но не по-късно от 20-годишна възраст, се освобождават от заплащане на винетна такса за един лек автомобил – тяхна собственост или съпружеска имуществена общност, с обем на двигателя до 2 000 куб. см и мощност до 117,64 kW (160 к.с.) или за електрически автомобили с мощност на мотора до 117,64 kW (160 к.с.) по ред, определен с наредба на министъра на транспорта и съобщенията и министъра на труда и социалната политика. Данните за броя на отпуснатите безплатни годишни електронни винетки в периода 2019–2025 г. показват относително динамично развитие.

В началото на периода броят на отпуснатите безплатни винетки е 232 хиляди през 2019 година. През следващите три години се наблюдава постепенно намаляване – до 221 хиляди през 2022 година. Общият спад за този период е около 11 600 винетки, или приблизително 5% спрямо 2019 година.

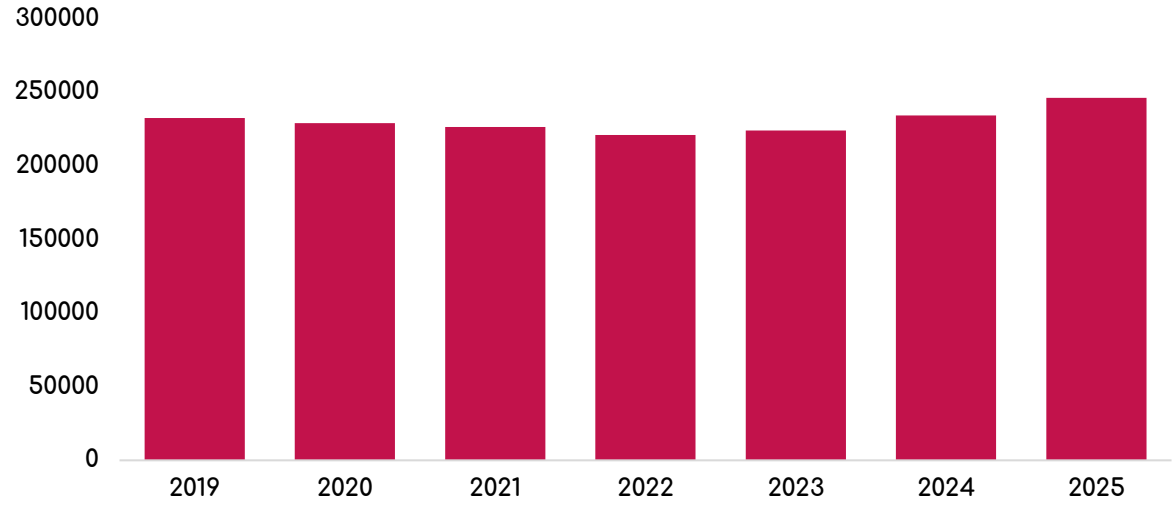
От 2023 г. нататък обаче тенденцията се обръща. Броят на отпуснатите безплатни винетки нараства до 224 хиляди през 2023 г., 234 хиляди през 2024 г. и достига 246 хиляди през 2025 г. (около 10% от продадените годишни винетки в страната). Така само за три години увеличението е над 22 хиляди винетки, или над 11% спрямо най-ниската точка през 2022 година. Ако сравним 2025 г. с 2019 г., общият ръст е приблизително с 13 700 винетки, което представлява увеличение от около 6%.

Тази възходяща динамика в последните години е особено показателна. Тя може да бъде свързана с няколко паралелни процеса. Първо, правото на безплатна годишна електронна винетка обхваща лица с трайни увреждания с определена степен на намалена работоспособност и семейства, отглеждащи деца с трайни увреждания. Следователно броят на отпуснатите винетки е пряко обвързан с броя на хората с валидни експертни решения и с административната активност по заявяване на правото. Второ, в контекста на нарастващите цени на винетките (особено след 2025 г.) икономическият стимул за упражняване на правото на безплатна винетка става по-силен, което може да води до по-висока степен на заявяване и използване. Трето, струпването около столицата и икономическите центрове около Пловдив, Велико Търново, Габрово и Русе подсказва, че вероятно ежедневната трудова миграция нараства (данните се събират само при преброяванията на населението), т.е. повече хора се нуждаят от винетка, за да пътуват за работа.

Важно е да се отбележи, че числата са значителни – около четвърт милион безплатни винетки годишно. Това означава, че механизмът представлява съществена форма на непряк трансфер към домакинствата с хора с увреждания. Ако се вземе предвид цената на годишната винетка, фискалният ефект от освобождаването е значим, макар и индиректен, тъй като се изразява в пропуснати приходи от такси.

Предвид, че цената на винетката през 2025 г. се равнява на 49,60 евро, общата цена на безплатните винетки е над 12,2 млн. евро за 2025 година.

Графика 44: Брой отпуснати безплатни годишни електронни винетки



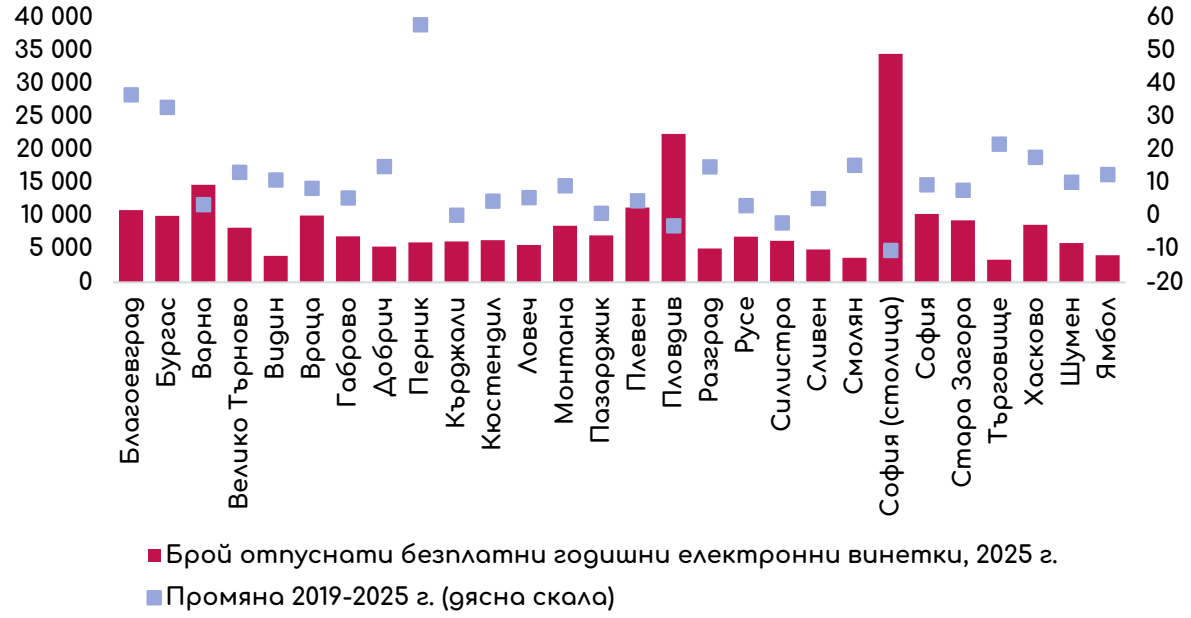
Източник: ИПИ по данни на АСП

Данните по области показват ясен превес на столицата, Пловдив и Варна по брой на предоставените винетки, което следва броя на населението и броя на хората с увреждания.

Интересно е, че динамиката на броя на винетките е доста различна. В периода 2019-2025 г. най-много се е увеличил броят в област Перник – близо 60%, или от под 4 хиляди през 2019 г. до над 6 хиляди винетки през 2025 година. Високо е повишението и в Благоевград – над 30% и от под 8 хиляди до над 10 хиляди винетки и в двете области.

В същото време броят на предоставените винетки в столицата, Пловдив и Силистра намаляват през разглеждания период. В столицата свиването е с 10% - от 38 хиляди винетки през 2019 г. до 34 хиляди през 2025 година.

Графика 45: Брой отпуснати безплатни годишни електронни винетки през 2025 г. и промяна в броя през 2025 г. спрямо 2019 г. (%)

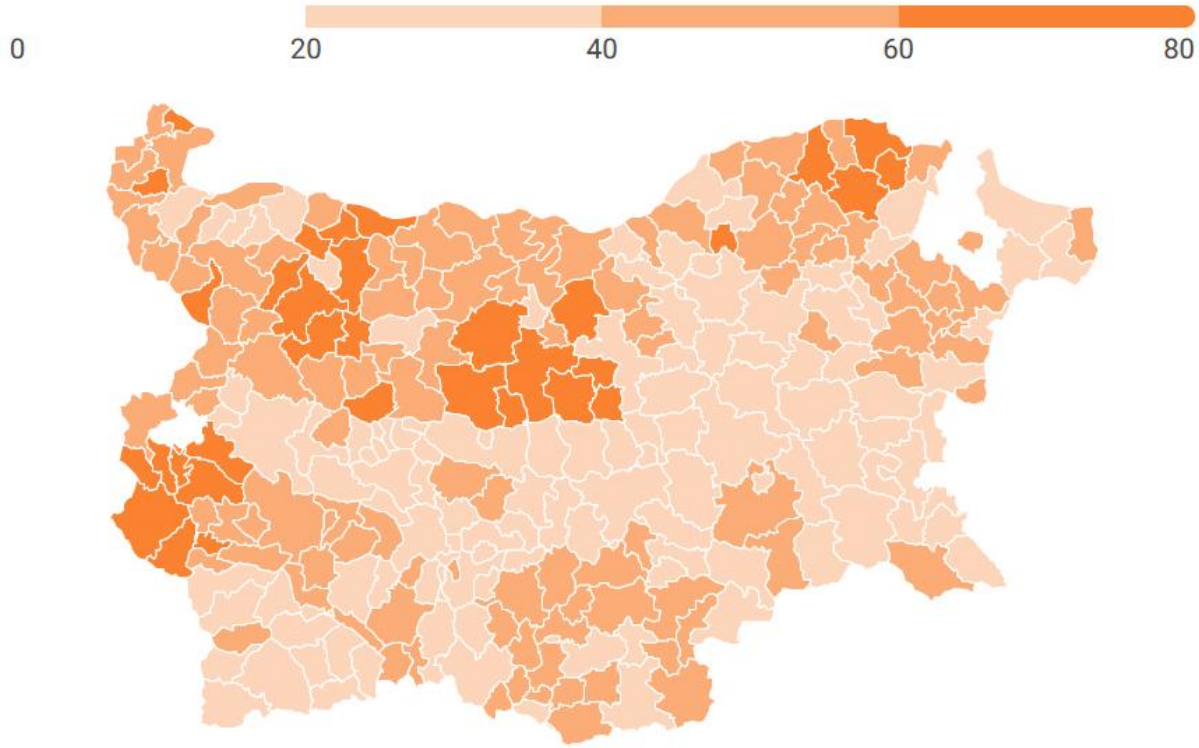


Източник: ИПИ по данни на АСП

Общинските данни за броя на отпуснатите безплатни годишни електронни винетки като цяло следват данните за броя на хората с увреждания на местно ниво.

Спрямо населението се вижда ясен превес на помощта в Северна България (включително 10-те общини с най-много винетки) и в западните погранични райони. С най-много безплатни винетки са общините Ново село, Хайредин и Априлци – с по над 80 на хиляда души от населението (в абсолютна стойност – около 200-300 броя). С между 70 и 80 на хиляда души са общините Алфатар, Севлиево, Мездра, Силистра, Враца, Криводол, Габрово, Роман, Ковачевци, Троян и Трекляно.

Графика 46: Брой отпуснати безплатни годишни електронни винетки през 2025 г. на хиляда души от населението (2024)



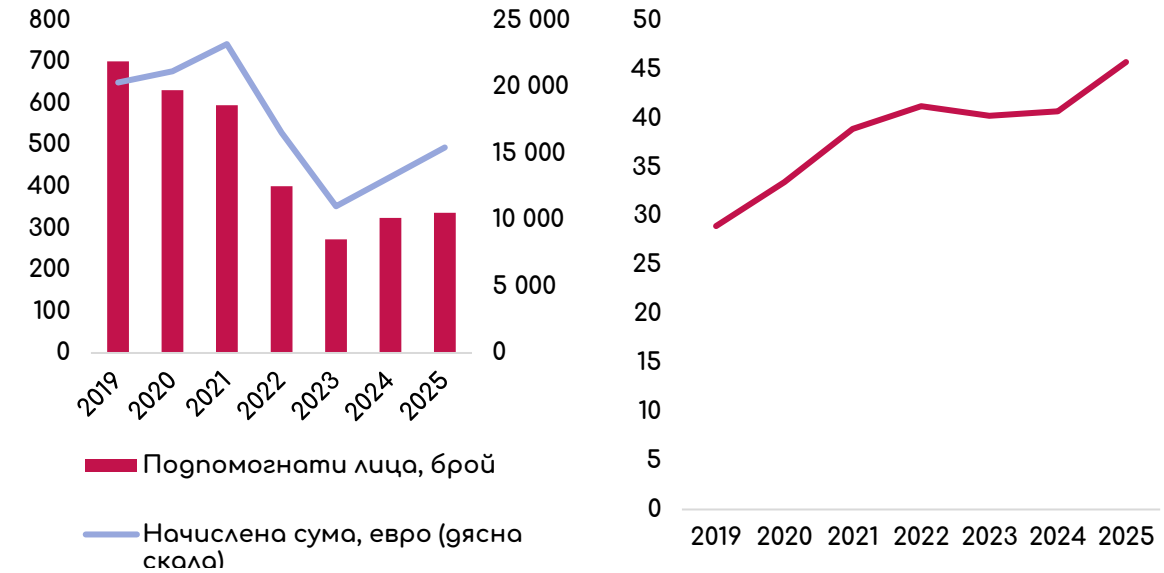
Източник: ИПИ по данни на АСП и НСИ

Парична компенсация за пътни разходи

Хората с увреждания имат право на парична компенсация за пътни разходи в страната, когато индивидуално определените им с медицинския документ по чл. 73, ал. 1 от ЗХУ помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия не могат да бъдат предоставени, изработени или ремонтирани по настоящ адрес и присъствието на лицата е необходимо.

Тази помощ като цяло следва динамиката на получателите на пенсии и помощи за инвалидност, но се използва изключително ограничено. През 2025 г. ползвателите са едва 338 лица, а изплатената сума – 15 474 евро. Сумата на човек показва устойчива възходяща тенденция.

Графика 47: Брой ползватели и начислени компенсации за пътни разходи и сума за подпомогнато лице, евро



Източник: ИПИ по данни на АСП

Данъчни облекчения за хората с увреждания: обхват, ефект и ограничения

Данъчната политика по отношение на хората с увреждания в България представлява относително малък, но важен компонент от цялостната система за подкрепа. За разлика от инвалидните пенсии, социалните помощи и услугите като личната помощ, които формират основната част от публичните разходи, данъчните облекчения имат по-ограничен фискален ефект и са насочени предимно към лицата с облагаеми доходи. В този смисъл тяхната роля е допълваща, а не основна, което ясно се вижда както от броя на ползвателите, така и от общия размер на предоставеното облекчение.

Основният инструмент в тази област е данъчното облекчение за лица с намалена работоспособност над 50%, което позволява намаляване на годишната данъчна основа с фиксирана сума от 4049 евро. При плоския данък върху доходите това води до максимално намаление на данъка от около 405 евро годишно. Допълнително съществува и облекчение за родители на деца с увреждания, което е по-голямо по размер, но с по-ограничен обхват. Въпреки наличието на тези инструменти, ефектът им върху доходите на домакинствата остава сравнително ограничен в сравнение с останалите форми на подкрепа.

Данните показват, че годишно около 135–150 хил. души се възползват от данъчните облекчения за хора с увреждания. Този сравнително нисък обхват има няколко основни обяснения. На първо място, данъчните облекчения могат да бъдат използвани само от лица с облагаеми доходи. Значителна част от хората с увреждания са извън пазара на труда или имат ниски доходи, което ограничава възможността им да се възползват от тези механизми. На второ място, част от правоимащите може да не са достатъчно информирани или да не предприемат необходимите административни действия за ползване на облекчението. На трето място, самият размер на облекчението, макар и съществен за отделното лице, не е достатъчно голям, за да бъде силен стимул за активност в данъчната система.

От гледна точка на публичните финанси общият ефект от тези облекчения също е ограничен. Годишните пропуснати приходи за бюджета се оценяват на около 40-50 млн. евро. В сравнение с други компоненти на системата за подкрепа това е относително малка сума. Това означава, че данъчните облекчения имат по-скоро допълваща роля и не са водещ инструмент за подкрепа на доходите.

Средният ефект на облекчението на човек също е показателен. Проста сметка показва, че средното намаление на данъка е в порядъка на около 350 евро годишно на човек. Това е под максимално възможното облекчение, което подсказва, че част от лицата не могат да използват пълния размер поради ограничена данъчна основа. В този контекст данъчните облекчения могат да бъдат разглеждани като инструмент с ограничен социален обхват, който е ефективен основно за хората с увреждания, които са активни на пазара на труда или имат други облагаеми доходи.

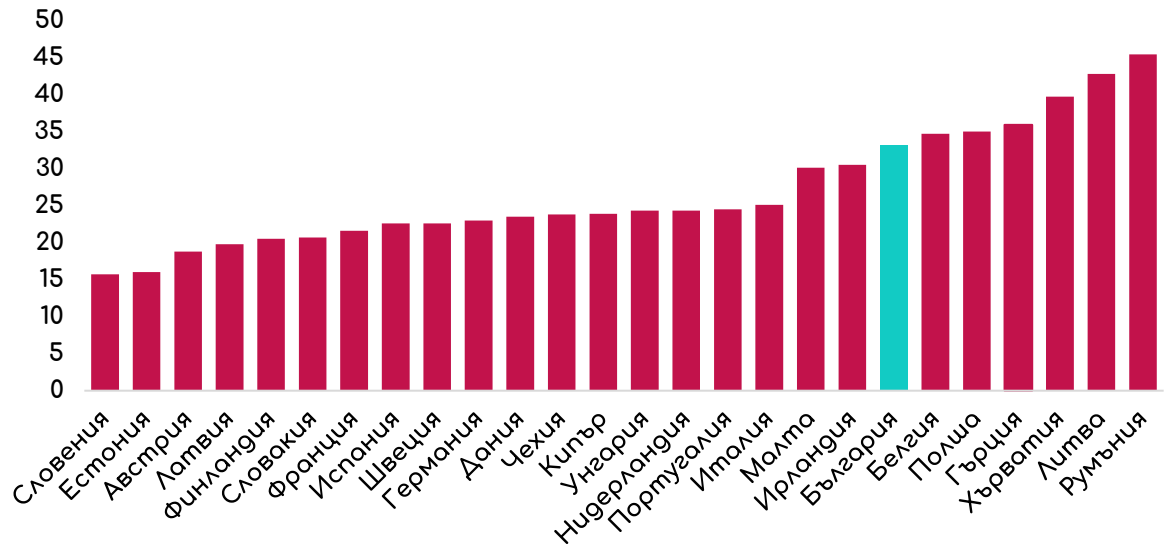
Данъчните облекчения, свързани с децата с увреждания, имат по-висок размер и по-ясно изразена социална насоченост. Родителите на деца с 50 и над 50 на сто увреждане могат да намалят годишната си данъчна основа с 6135,50 евро, което води до максимално намаление на данъка от 613,55 евро годишно.

В крайна сметка анализът показва, че данъчните облекчения за хората с увреждания в България имат ясно изразени ограничения както по отношение на обхвата, така и по отношение на ефекта. Те достигат до относително малка част от правоимащите и имат сравнително скромен фискален размер. Това ги поставя в периферията на системата за подкрепа, доминирана от социални трансфери и услуги.

Политики на пазара на труда

Успехът на политиките за интеграция на хората с увреждания в пазара на труда (и в по-общ план, в обществото) целят да минимизират, и в най-добрия случай елиминират разликите между тях и хората без увреждане. В ЕС няма система, която успява да елиминира напълно тези разлики, но въпреки това някои се представят далеч по-добре.

Графика 48: Разлика в коефициента на заетост между хората с и без увреждания в ЕС-27, 2025 г., пр.п.



Източник: Евростат

Към 2025 г. отстоянието в коефициента на заетост между хората с и без увреждания в България е малко над 33 пр.п., докато най-ефективните от тази гледна точка социални системи и пазари на труд успяват да редуцират до 15%. България в никакъв случай не е най-лошият пример, но въпреки това слабото представяне намира своето логично обяснение в структурата и използването на политиките, свързани с обучението и заетостта на хората с увреждания.

Национална програма за заетост и обучение

Цели, мащаб и обхват

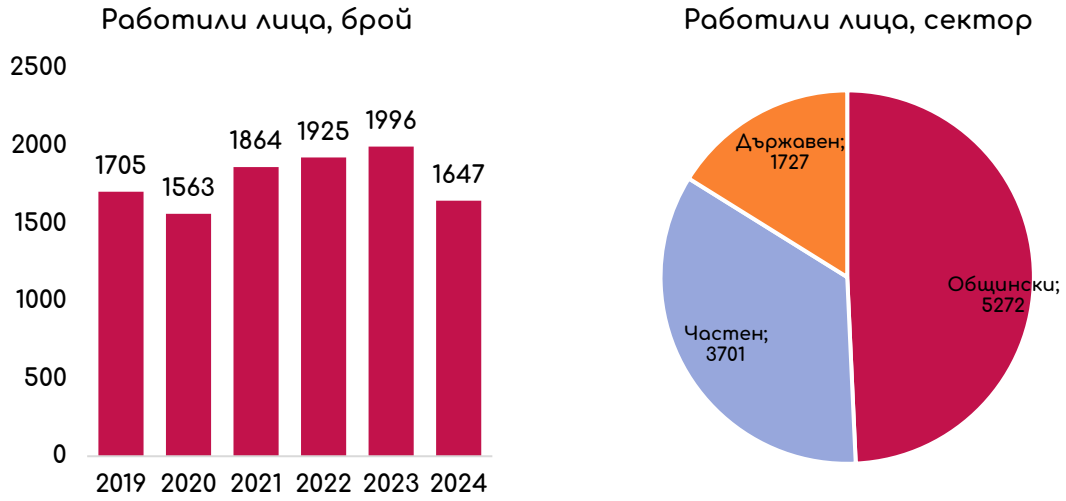
Политиките на пазара на труда за хората с увреждания в Националния план за действие по заетостта (НПДЗ) се осъществяват основно чрез Националната програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания (НП ЗОХТУ).

Програмата се прилага във всички общини в страната и основната ѝ цел е *„Повишаване пригодността за заетост и осигуряване на заетост на регистрирани в областна дирекция „Бюро по труда“ или в дирекция „Бюро по труда“ безработни хора с трайни увреждания или преминали успешно курс на лечение за зависимост към наркотични вещества хора в трудоспособна възраст, като предпоставка за преодоляване на социалната им изолация и за пълноценното им интегриране в обществото*“.

Всъщност тази програма не предвижда и не провежда никакви обучения на хора с увреждания.

За периода 2019-2024 г. малко над 10 хиляди хора с увреждания са работили в субсидирана заетост по нея. Половината (49%) за наети в общинския сектор, още 16% - в държавния и около 1/3 (36%) – в частния. Това означава, че близо две трети от заетостта по програмата се реализира в публичния сектор, което поставя въпроса за устойчивостта и ефективността на модела. Когато субсидираната заетост е концентрирана в общински и държавни структури, рискът е тя да функционира като временна административна заетост, а не като стъпка към конкурентен трудов пазар. Ограниченото участие на частния сектор подсказва, че стимулите за реална интеграция в пазарна среда може да не са достатъчни или да не компенсират евентуален риск и разходи за работодателите. Още повече, че законът задължава предприятия с над определен брой служители да наемат определен дял лица с трайни увреждания (чл. 38 от ЗХУ).

Графика 49: Работили лица в субсидирана заетост през периода 2019-2024 г. по НП ЗОХТУ



Източник: ИПИ по данни на АЗ

За периода 2019-2024 г. изхарчените средства по НП ЗОХТУ са над 33 млн. евро като през последните три години на периода те са значително по-високи от тези в първите три. Чувствително нараства и делът на тази програма от общите разходи както от всички изпълнявани национални програми и проекти, така и от активната политика на пазара на труда като цяло. През 2019 г. НП ЗОХТУ е под 16% от средствата за националните програми и под 13% от всички разходи по НПДЗ, а през 2024 г. тези дялове достигат съответно 19% и 16%.

Регионални дисбаланси

Разпределението на участвалите в субсидирана заетост по НП ЗОХТУ по области за периода 2019–2024 г. показва отчетливи регионални различия както по абсолютен брой лица, така и по степента на покритие спрямо общия брой получатели на пенсия за инвалидност. Данните позволяват да се оцени доколко активната политика на пазара на труда достига до хората с увреждания и дали участието е пропорционално на мащаба на инвалидността в съответната област.

В абсолютен брой най-много участници за шестгодишния период има в София (столица) – 1 265 души, област София - 896 души, Благоевград – 680 души, Бургас – 554 души, Пловдив – 515 души и Сливен – 527 души. Тези стойности до голяма степен следват демографския мащаб на областите. Сам по себе си

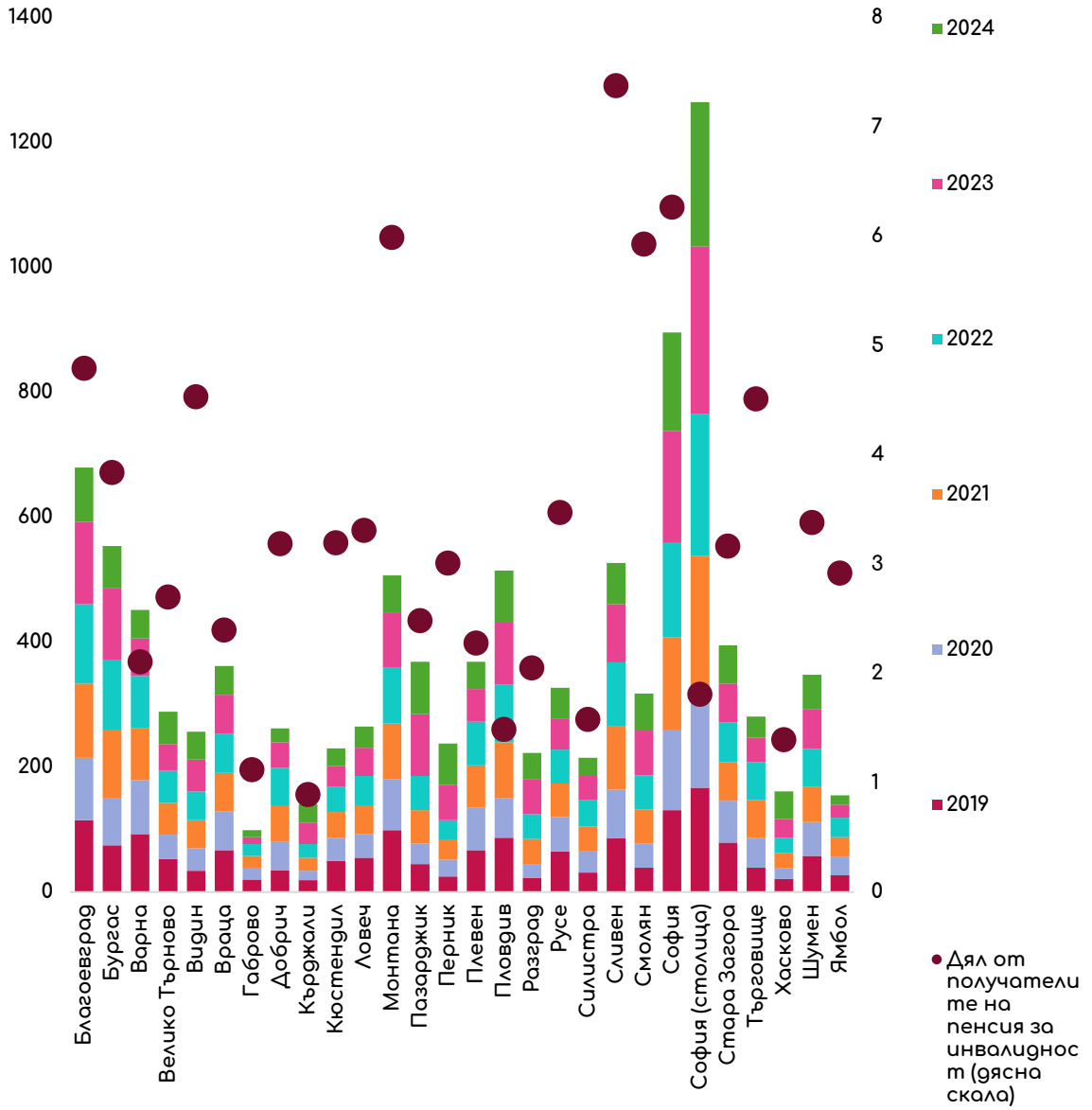
абсолютният брой обаче не дава ясна представа за ефективността или обхвата на програмата, тъй като в различните области броят на получателите на инвалидна пенсия е силно различен.

По-показателен е делът на участвалите в субсидирана заетост спрямо общия брой хора с увреждания. Именно тук се биха могли да се открояят най-ясните регионални дисбаланси. Сред областите с най-висок относителен дял на участниците в националната програма като дял от общия брой на получателите на пенсии за инвалидност са Сливен (7,4%), София (област) (6,3%), Монтана (6,0%), Смолян (5,9%), Благоевград (4,8%), Видин (4,5%) и Търговище (4,5%). В тези области между около 4 и 7 процента от получателите на инвалидна пенсия са участвали в субсидирана заетост по програмата през разглеждания период. Това подсказва сравнително по-активно използване на инструмента или по-добро институционално посредничество от страна на бюрата по труда и местните администрации.

В противоположния край се намират области като Кърджали (0,9%), Габрово (1,1%), Хасково (1,4%), Пловдив (1,5%), Силистра (1,6%) и София (столица) (1,8%). Тук делът на участниците е под 2%, въпреки че в някои от тези области броят на получателите на инвалидна пенсия е значителен. София (столица) е показателен пример – при близо 70 хил. получатели на инвалидна пенсия, за шест години в субсидирана заетост са участвали 1 265 души, което представлява едва 1,8% от групата. Подобно съотношение се наблюдава и в Пловдив – 515 участници при над 34 хил. получатели (1,5%). Тези данни показват, че в най-големите икономически центрове програмата има сравнително нисък относителен обхват.

В обобщение, регионалният преглед показва, че НП ЗОХТУ се прилага неравномерно в страната. В някои области тя достига сравнително по-голям дял от хората с инвалидност, докато в други остава маргинален инструмент. Разликите в относителния обхват подсказват, че ефективността на програмата зависи не само от националната рамка, но и от местния институционален и икономически контекст. Това подчертава необходимостта от по-системен мониторинг на резултатите по региони и от оценка на факторите, които водят до по-висока или по-ниска степен на включване в субсидирана заетост.

Графика 50: Работили лица в субсидирана заетост през периода 2019-2024 г. по НП ЗОХТУ и дял от общия брой получатели на пенсии за инвалидност



Източник: ИПИ по данни на АЗ

Квалификация, заемани длъжности и ограничения

Разпределението на работилите по длъжности показва формално разнообразие – близо 400 различни позиции за шестгодишния период. В действителност обаче около 60% от всички работили са концентрирани в едва десет длъжности. Най-много са наетите като чистачи или хигиенисти (1 603 души), общи работници (1 383 души) и технически сътрудници (1 088 души). Следват работници по поддръжка, портиери, продавачи-консултанти, технически изпълнители, младши специалисти и различни форми на охрана. Профилът на тези позиции ясно показва доминиране на нискоквалифициран труд с ограничена добавена стойност и слаби възможности за кариерно развитие.

Тази концентрация не е случайна. Липсата на реален механизъм за обучения и повишаване на уменията означава, че участниците в програмата влизат на пазара на труда със съществуващата си квалификация и ограничения. Това на

практика насочва субсидираното наемане към позиции с нисък праг на влизане, които не изискват специализирани умения или такива, които не изискват допълнителен разход за адаптиране на физическата среда. В резултат програмата изпълнява предимно социална функция – осигуряване на временен доход и формално включване – но не и функция на дългосрочна трудова реализация.

Сред длъжностите със значително по-малко работили има и санитари, автомонтьори, шивачи, фризьори, готвачи, но и по-специфични професии като точилар, зъботехник, каменоделец, актьор, тракторист.

Таблица 3: Работили лица в субсидирана заетост през периода 2019-2024 г. по НП ЗОХТУ по длъжности

Длъжност	Брой работили
Чистач/ Хигиенист	1603
Общ работник	1383
Технически сътрудник	1088
Работник, поддръжка	564
Портиер	422
Продавач-консултант	382
Технически изпълнител	364
Младши специалист	237
Пазач, невъоръжена охрана	203
Пазач	162

Източник: АЗ

Съчетанието между липсата на обучения и концентрацията в нискоквалифицирани длъжности означава, че програмата има ограничен потенциал да промени траекторията на трудова реализация на участниците. Ако субсидията не е съпроводена с натрупване на нови умения или с ясна перспектива за преминаване към несубсидирана заетост, ефектът ѝ остава краткосрочен. В този смисъл НП ЗОХТУ изпълнява важна социална роля – намалява изолацията и осигурява доход – но в по-малка степен допринася за структурна интеграция на хората с увреждания в икономиката.

В контекста на общия анализ на инвалидността и заетостта това е съществено. Докато системата на медицинската експертиза определя достъпа до права и трансфери, активните политики на пазара на труда би трябвало да предлагат алтернативен път към включване. Данните за НП ЗОХТУ показват, че този алтернативен път съществува, но остава ограничен по обхват и концентриран в сегменти на труда с ниска производителност. Ако целта е пълноценна интеграция и намаляване на зависимостта от трансфери, програмата би следвало да бъде допълнена с реален обучителен компонент и по-силни стимули за участие на частния сектор, така че субсидираната заетост да бъде мост към устойчив труд, а не временна форма на социална подкрепа.

Насърчителни мерки по ЗНЗ

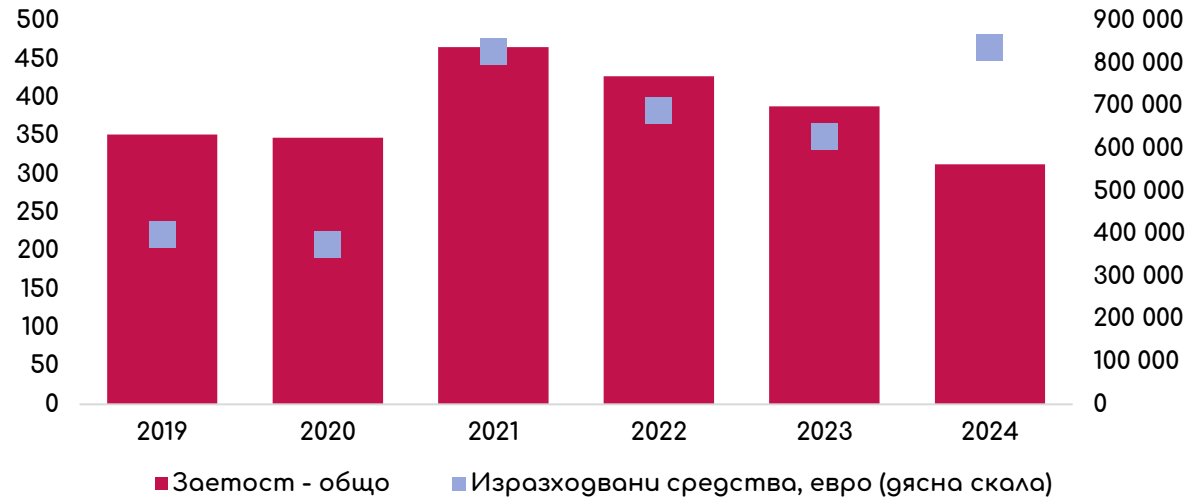
Като част от политиките за заетост на хората с увреждания в НПДЗ са насърчителните мерки по чл. 51, ал. 2 от ЗНЗ. Мярката предвижда, че за всяко разкрито работно място, на което е наето безработно лице с трайни увреждания, насочено от поделението на АЗ, на работодателя се предоставят суми за трудови възнаграждения, осигуровки и др. за времето, през което

лицето е било на работа, но за не по-малко от три месеца и не повече от 12 месеца. Сумите се предоставят в размер до 75 на сто за периода на субсидиране.

През 2024 г. общо заетите лица с трайни увреждания по тази мярка е 313, от които 168 нова заетост. Изразходваните средства пък са 839 хил. евро. За периода 2019-2024 г. общата заетост е 2296, а изразходваните средства – 3,8 млн. евро.

Данните показват, че при тези мерки има постоянно намаление на заетостта през последните години, а увеличаването на средствата през 2024 г. не спира спада на участието на работодателите.

Графика 51: Заетост и изразходвани средства за насърчаване на работодателите да разкриват работни места за наемане на безработни лица с трайни увреждания (чл. 51, ал.2 от ЗНЗ)



Източник: ИПИ по данни на МТСП

Основни изводи и наблюдения

Анализът на системата на медицинската експертиза и свързаните с нея социални политики показва, че решенията на ТЕЛК и НЕЛК имат централна роля в разпределението на значителен публичен ресурс и определят достъпа до широк набор от права – инвалидни пенсии, социални помощи, здравно осигуряване, лична помощ и различни преференции. По този начин медицинската експертиза функционира не само като медицинска оценка на работоспособността, но и като ключов административен механизъм, който влияе върху социалната система, публичните финанси и пазара на труда.

Данните показват, че системата има значителен обхват. Според микроданните от преброяването на населението през 2021 г. около 655 хил. души имат признат процент нетрудоспособност, което представлява приблизително една десета от населението на страната. Реалният брой вероятно е по-висок, тъй като част от респондентите не са предоставили информация за наличието на увреждане.

1. Системата на медицинската експертиза има значителен социален и фискален обхват

Решенията на ТЕЛК са вход към голяма част от социално-осигурителните права и плащания в страната. Веднъж призната трайно намалена работоспособност, лицата получават достъп до инвалидни пенсии, социални помощи, здравно осигуряване, лична помощ и различни преференции.

Няколко показателя илюстрират мащаба на системата:

- около 655 хил. души имат решение на ТЕЛК;
- около 270 хил. решения на ТЕЛК се издават годишно;
- десетте най-чести диагнози формират близо 70 хил. решения, или над ¼ от всички решения;
- над 270 хил. души в работоспособна възраст получават инвалидни пенсии;
- десетки хиляди домакинства получават различни социални помощи, свързани с увреждания.

Това означава, че медицинската експертиза има директно отражение върху дългосрочните публични разходи, тъй като веднъж признатият статус на инвалидност често води до дългосрочни социални трансфери.

2. Медицинската структура на инвалидността е концентрирана в няколко групи заболявания

Разпределението на решенията на ТЕЛК по диагнози показва ясно доминиране на няколко групи хронични заболявания. Най-често срещани са:

- сърдечно-съдови заболявания;
- усложнения на метаболитни заболявания, включително диабет;
- други хронични заболявания, водещи до трайно ограничаване на работоспособността.

Тази концентрация има няколко важни последствия:

- голяма част от инвалидността е свързана с хронични заболявания, а не с травми;

- превенцията и контролът на тези заболявания могат да намалят натиска върху системата;
- здравната политика има пряко отражение върху социалната система.

3. Решенията на ТЕЛК са концентрирани в активната и предпенсионната възраст

Разпределението на решенията по възраст показва ясно изразена концентрация във възрастовите групи 40–79 години.

През 2025 г.:

- 40–59 години:
  - 52 031 решения при мъжете
  - 56 356 решения при жените
- 60–79 години:
  - 56 599 решения при мъжете
  - 51 379 решения при жените

Това означава, че именно активната и предпенсионната възраст формира основния обем на медицинската експертиза. При най-възрастната група (80+) броят на решенията също нараства, като при нея ясно доминират жените поради по-високата продължителност на живота.

4. Съществуват значителни демографски и регионални различия

Данните показват силна връзка между разпространението на увреждания и застаряването на населението, от една страна, и икономическото развитие, от друга.

Регионалният анализ също показва ясно изразени различия. По-високи дялове на хора с увреждания се наблюдават в редица райони на Северна България и Родопите, включително:

- Силистра
- Видин
- Враца
- Плевен
- Кюстендил
- части от Родопите.

По-ниски дялове се наблюдават:

- по Черноморието;
- в района около Сливен;
- в югозападните части на страната.

Въпреки това разликите между градовете и селата не са толкова силни – около 60–73% от хората с увреждания живеят в градовете, което е сходно с общата структура на населението.

5. Хората с увреждания са изложени на по-висок риск от бедност

По-ниската заетост и ограничените възможности за участие на пазара на труда водят до значително по-висок риск от бедност сред хората с увреждания.

Основните фактори включват:

- по-ниска икономическа активност;
- по-ограничен достъп до стабилна заетост;
- по-ниско образование сред част от групата.

Това означава, че социалната система играе ключова роля за доходната сигурност на хората с увреждания и техните домакинства.

6. Политиките на пазара на труда за хората с увреждания имат ограничен обхват

Активните политики за заетост обхващат сравнително малка част от хората с увреждания.

По Националната програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания за периода 2019–2024 г. са работили около 10 700 души. Важно е да се отбележи, че не е провеждано нито едно обучение.

Най-често срещаните позиции са:

- чистач / хигиенист – 1603 души
- общ работник – 1383 души
- технически сътрудник – 1088 души
- работник поддръжка – 564 души
- портиер – 422 души

Около 60% от всички участници са били заети в едва 10 длъжности (от общо близо 400), което показва ограничено разнообразие на работните позиции и концентрация в нискоквалифицирана заетост. Съчетанието между липсата на обучения и концентрацията в нискоквалифицирани длъжности, предимно в публичния сектор, означава, че програмата по-скоро не допринася за структурна интеграция на хората с увреждания на пазара на труда.

7. Системата на подкрепа е фрагментирана между множество институции

Политиките за хората с увреждания се администрират от няколко различни институции – НОИ, АСП, Агенцията по заетостта и други структури.

Това води до:

- различни механизми за оценка на потребностите;
- различни критерии за достъп до помощ;
- липса на единен подход към подкрепата на домакинствата.

В резултат системата често функционира като съвкупност от отделни политики, а не като интегриран механизъм за подкрепа.

Освен това значителна част от публичния ресурс е насочена към парични трансфери, а не към политики за интеграция на пазара на труда.

8. Личната помощ се утвърждава като тежък и бързо нарастващ компонент на системата

От въвеждането си в края на 2019 г. механизмът за личната помощ се разраства с изключително бързи темпове и за няколко години се превръща в ключов елемент на социалната политика към хората с тежки увреждания. Броят на ползвателите на услугата нараства от над 15 хил. души през първата година до над 94 хил. през 2025 г., което означава повече от шестократно увеличение за сравнително кратък период. Паралелно с това се наблюдава и много бързо нарастване на публичните разходи за програмата – от около 9,6 млн. евро през първите години до приблизително 642 млн. евро през 2025 г.. Това превръща личната помощ в едно от най-бързо разширяващите се пера в системата на социалната подкрепа.

Бързото разрастване на програмата показва, че тя отговаря на реална нужда от подкрепа за хората с по-тежки увреждания и техните семейства. В същото време темпът на нарастване на разходите и броя на потребителите поставя въпроси за дългосрочната устойчивост на модела и за начина, по който се определят потребностите от помощ. Данните сочат, че програмата постепенно се превръща в един от основните канали за държавно финансиране на грижа за хората с увреждания.

Паралелно с това се очертават и значителни регионални различия в използването на личната помощ. В редица области – най-вече в Северна България и Северозападния регион – делът на ползвателите на услугата е осезаемо по-висок. Това подчертава важността на контрола върху реалната потребност от услугата, както и на възможните ефекти върху местните пазари на труда, където личната помощ може да се превръща в значим източник на заетост и доход.

Обобщение

Общата картина, която се очертава от анализа, е на система с голям социален обхват и значителни публични разходи, но и със структурни предизвикателства. Няколко ключови тенденции се открояват ясно:

- значителен брой хора с увреждания – около 10% от населението;
- висока концентрация на решенията на ТЕЛК в активната и предпенсионната възраст;
- доминиране на хронични заболявания сред медицинските причини за инвалидност;
- по-висок риск от бедност сред хората с увреждания;
- ограничено участие на хората с увреждания в активни политики на пазара на труда;
- фрагментирана институционална система с фокус върху трансферите, а не върху интеграцията.

Тези тенденции показват, че системата на медицинската експертиза има ключова роля както за социалната защита, така и за публичните финанси. В същото време дългосрочната устойчивост на системата изисква по-добра връзка между медицинската експертиза, социалната политика и политиките за заетост, така че подкрепата за хората с увреждания да бъде съчетана с реални възможности за участие в икономиката.

Заключение и препоръки

Анализът на системата на медицинската експертиза и на свързаните с нея социални политики показва необходимост от по-интегриран подход към подкрепата за хората с увреждания. Сегашната система комбинира множество инструменти – инвалидни пенсии, социални помощи, услуги и програми за заетост – които често функционират паралелно и с ограничена координация помежду си. Това създава риск от неефективно използване на публичните ресурси и отслабва възможностите за интеграция на хората с увреждания в обществения и икономическия живот.

1. Подобряване на прозрачността и контрола в системата на медицинската експертиза

Системата на ТЕЛК и НЕЛК играе ролята на вход към голяма част от социалните и осигурителните права. Поради това е важно да се гарантира високо качество и последователност на експертизата.

Основните мерки могат да включват:

- развитие на единна електронна информационна система за медицинската експертиза;
- по-добър обмен на данни между НЗИС, НОИ, АСП и други институции;
- ясни и унифицирани методически стандарти за оценка на работоспособността;
- по-силен контрол върху качеството на първоинстанционните решения на ТЕЛК.
- Включване на представители на заинтересовани институции в системата на медицинската експертиза, особено на такива на осигурителния институт.

Подобни мерки биха могли да намалят броя на обжалванията и да повишат доверието в системата.

2. По-добра координация между институциите в системата на подкрепа

Подкрепата за хората с увреждания е разпределена между няколко институции – НОИ, АСП, Агенцията по заетостта и други структури. Липсата на интегриран подход затруднява оценката на реалните потребности на домакинствата.

Възможни стъпки са:

- създаване на по-интегрирана оценка на потребностите на хората с увреждания;
- по-добра координация между социалните плащания, услугите и програмите за заетост;
- развитие на обща база данни за различните форми на подкрепа.

Това би позволило по-добро таргетиране на помощта и по-ефективно използване на публичните средства.

3. Целенасочени активните политики на пазара на труда

Данните показват, че участието на хората с увреждания в програмите за заетост остава ограничено. В същото време трудовата интеграция е ключов фактор за намаляване на риска от бедност и социална изолация.

В тази посока е важно:

- разширяване на програмите за обучение и преквалификация на хората с увреждания;
- по-силни стимули за частния сектор да наема хора с увреждания;
- насърчаване на гъвкави форми на заетост, включително дистанционна работа;
- по-добра връзка между субсидираната заетост и устойчивата заетост.

Целта трябва да бъде субсидираната заетост да служи като мост към реалната икономика, а не само като временна форма на социална подкрепа.

4. Подобряване на оценката на потребностите при социалните услуги

Разширяването на инструменти като личната помощ показва, че социалните услуги играят все по-голяма роля в системата на подкрепа. Важно е обаче тези услуги да се развиват на основата на ясна и обективна оценка на потребностите.

В тази връзка могат да се предприемат следните стъпки:

- усъвършенстване на методиката за индивидуална оценка на потребностите;
- по-добър мониторинг на регионалните различия в използването на услугите;
- развитие на алтернативни социални услуги, които да допълват личната помощ.

Това би позволило по-устойчиво развитие на системата и по-добро насочване на ресурсите.

5. По-силен фокус върху превенцията и общественото здраве

Голяма част от решенията на ТЕЛК са свързани с хронични заболявания като сърдечно-съдови заболявания и диабет. Това показва, че превенцията, ранната диагностика и масовия скрининг могат да имат значително влияние върху броя на случаите на трайна нетрудоспособност.

В тази посока е важно:

- засилване на програмите за превенция на хроничните заболявания;
- по-добър достъп до ранна диагностика и лечение.

Подобни мерки могат да намалят натиска върху системата на медицинската експертиза и социалната система в дългосрочен план.

6. По-добро наблюдение на фискалната устойчивост на системата

Нарастването на разходите за инвалидни пенсии, социални помощи и лична помощ показва, че системата има значително бюджетно измерение. Поради това е важно редовно да се оценява нейната дългосрочна устойчивост.

Необходими са:

- регулярни оценки на фискалния ефект на различните политики;
- по-добра връзка между разходите и резултатите от политиките;
- анализ на стимулите, които системата създава за участие в пазара на труда.

Приложение 1: Институционална рамка

Медицинска експертиза – основни принципи

В публичното говорене ТЕЛК често се свежда до решение и процент нетрудоспособност. На практика това е административно-медицински процес, в който участват няколко институционални слоя:

- лекуващи лекари и/или комисии;
- регионалните картотеки (РКМЕ) към РЗИ;
- самите комисии (ТЕЛК);
- втората инстанция (НЕЛК);
- и административните съдилища (при съдебен спор).

Важно е да подчертаем, че решението е краен продукт на този поток от документи и проверки, а не просто еднократен преглед на място.

РКМЕ (картотеките) са входът в системата и архивът на досието. В нормативната рамка картотеките са структурни звена на РЗИ и изпълняват функцията на регистрация, обработка и съхранение на здравната информация за освидетелстваните лица[13]. Това е от голямо значение, защото хората с увреждания често общуват активно с картотеката – подаване на заявление, добавяне на документи, получаване на информация по хода на преписката, подаване на жалба и подобни.

Процесът е до голяма степен централизиран и все по-цифров. Министерството на здравеопазването (МЗ) изрично указва[14], че експертните решения са електронни документи и че институции, които изискват „хартиено ТЕЛК решение“ с подпис и печат, не следва да очакват такова заверяване; при нужда от хартиено копие гражданинът може да го поиска от картотеката. Същевременно, през 2024 г. и 2025 г. е все по-широко застъпена идеята комисията да работи с повече данни достъпни от различните здравни органи чрез средата за междурегистров обмен, включително достъп до електронни здравни досиета[15].

Сред най-важните реформи на процедурата е тази от юни 2024 г., а именно централизираното електронно разпределение на заявленията. От тогава разпределението на заявленията към ТЕЛК се извършва на случаен принцип[16] чрез равномерно електронно разпределение според поредността на постъпване в информационната база данни (ИБД), като са предвидени и изрично посочени изключения. Това означава, че след подаване на заявление, системата може да насочи случая към ТЕЛК извън местоживеенето, според най-близка свободна дата в графиците на комисиите.

Този подход променя коренно начина на работа на комисиите на достъпа. Според МЗ, ТЕЛК, която ще извърши експертизата, може да е териториално отдалечена от местоживеенето; уведомяването за дата е ангажимент на председателя на съответната ТЕЛК, като гражданинът може да търси

---

[13] Виж Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (ПУОРОМЕРКМЕ), https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2135677394

[14] Виж тук: https://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/TELK-info

[15] Виж тук: https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/4429

[16] По силата на чл. 55а от Правилника[16] (в сила от 21.06.2024 г.

информация и от картотеката, ако не е уведомен. Случайното разпределение цели и да се ограничи възможността за корупция и влияние върху комисиите.

Как протичат процедурите?

Процедурата по обработка и решение за всеки един ТЕЛК, с няколко основни сценария (трайно и временно намалена трудоспособност, както и при деца, преосвидетелствания) и техните особености[17] включва следното:

1. Трайно намалена работоспособност (с вид и степен на увреждане). Това са най-честият вид решения. Подготовката започва с медицинско направление и/или комплект от медицински документи (изследвания, епикризи, консултации), които се подават със заявление-декларация в РКМЕ (на място, по пощата или по електронен път, включително през ИБД). След регистрация документите се разпределят (вече централизирано и на случаен принцип) към определена ТЕЛК, която трябва да се произнесе с експертно решение в 3-месечен срок от подаването на заявлението-декларация.
2. Деца до 16 години (с вид и степен на увреждане). При децата, най-общо, важи горната пътека, но с един важен акцент: експертизата на вида и степента на увреждане до 16-годишна възраст се извършва от ТЕЛК и НЕЛК с участието на лекар с призната специалност „педиатрия“. Това е от значение, защото разпределението на педиатрите между лечебните заведения в страната (и съответно комисиите) не е равномерно.
3. Временна неработоспособност. При тази процедура сроковете са отчетливо по-кратки. ЛКК насочва лицата към ТЕЛК не по-късно от 7 дни преди изтичането на отпуска по последния болничен лист; протоколът на ЛКК се внася в РКМЕ до 3 дни от издаването му; а срокът за освидетелстване от ТЕЛК е 15 дни от постъпване на документите.

Независимо от особеностите на всеки от тези случаи, процедурата протича по сходен начин. Описваме най-важните стъпки, в последователност:

1. Събиране на медицинска доказателствена база – чрез личен/лекуващ лекар, специализирани прегледи, изследвания или ЛКК. Този етап формира базата, въз основа на която комисията по-късно ще вземе решение. От особено значение е достъпът до специалисти, болнична помощ и лаборатории за изследвания, които формират доказателствата, на база на които ТЕЛК вземат крайното решение.
2. Подаване в РКМЕ и регистрация на преписката – заявление-декларация плюс налични документи; НЕЛК описва подаването като възможно на място, по поща, чрез сигурно е-връчване или директно в ИБД. При постъпване РКМЕ прави проверка за наличие на експертно досие и организира „потока“ към комисия.
3. Електронно разпределение и насрочване – новият елемент в системата, след края на юни 2024 г. заявленията се разпределят централизирано, на случаен принцип и според поредността на постъпването им в ИБД, с нормативно дефинирани изключения. Разпределянето е обвързано с графика и свободните часове на комисиите, а комисията може да е далеч от местоживеенето на подателя.
4. Искане за допълнителни изследвания/консултации (незадължително) – качеството и пълнотата на първоначалния пакет документи определят вероятността от допълнителни искания и отлагания. МЗ изрично

[17] Описани в по-големи подробности тук: https://www.nelk.bg/osvidetelstvane-po-me-telk

предупреждава[18], че оптималният срок е около месец (до два при по-специфични изследвания).

5. Постановяване и връчване на експертно решение – крайното решение на комисията по освидетелстването.

В официалната рамка решенията са електронни документи.

Как функционират обжалванията?

Обжалванията са ключови, защото представляват механизъм за обратна връзка за системата и метод за елиминиране на възникналите проблеми. Това се случва в две стъпки: първо пред НЕЛК и на втори етап пред административните съдилища.

1) Обжалване пред НЕЛК

- Срокът за обжалване е 14 дни от получаване на решението. Това не зависи от начина, по който е получено решението. НЕЛК допълва, че 14-дневният срок важи и за други заинтересовани страни (включително осигурители и институции).
- Жалба се подава пред НЕЛК и през картотеката. НЕЛК описва[19] и дигиталните канали – през ИБД след регистрация и вход с КЕП, както и по електронна поща при оформяне на жалбата като електронен документ, подписан с КЕП.
- При обжалване НЕЛК се произнася по поводите, посочени в жалбата и предвидени в Наредбата за медицинската експертиза, и не се произнася по заболявания, възникнали след постановяване на решението на ТЕЛК. Жалбата е не само несъгласие, а формализирано мнение какво точно е неправилно (процент нетрудоспособност, срок, водеща диагноза, функционален дефицит и т.н.), основан върху факти и документи, съществували към момента на решението.
- НЕЛК изрично се произнася въз основа на медицинската и друга документация, а според институцията „преглед на място в НЕЛК не се извършва“. От особена важност е съдържанието на съществуващите в оригиналното заявление документи и

[18] Виж тук: https://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/TELK-info
[19] Виж тук: https://www.nelk.bg/podavane-na-jalbi

доказателства, тъй като на тях ще се основава окончателното решение.

- НЕЛК постановява решенията си в 3-месечен срок от постъпване на жалбата; при случаи за временна неработоспособност срокът е 15 дни.

2) Обжалване на решение на НЕЛК пред административен съд: Ако гражданинът не е съгласен с решението на НЕЛК, следва съдебна фаза: жалбата се подава пред административния съд по постоянен/настоящ адрес, по реда на АПК, като подаването може да се извърши „чрез НЕЛК", включително по електронен път чрез Системата за сигурно електронно връчване (ССЕВ) или през ИБД с КЕП.

Как се формират комисиите и какъв е процесът на вземане на решения?

ТЕЛК са колективен медицински орган, съставен от най-малко трима лекари, като един от тях е председател, а към състава се предвиждат и резервни членове; към комисията се назначават и технически сътрудници, които подпомагат административната обработка. Лекарите в комисиите са с призната специалност и минимум 5 години трудов стаж по медицина, като Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (ПУОРОМЕРКМЕ) дава и ориентировъчен състав от най-често срещани в работата по експертизите специалности (вътрешни болести, хирургия, неврология, онкология, офталмология, психиатрия и др.).

При разглеждане на случай заседанието на ТЕЛК е редовно при присъствие на поне трима членове (в това число председателя), като поне един следва да е със специалност, релевантна към водещото заболяване, което цели да гарантира експертния характер на решението. Решението се подписва от участвалите лекари, приема се с мнозинство, а при равенство решаващ е гласът на председателя. В специфични случаи в състава се включват релевантни специалисти, като в тези ситуации именно те могат да председателстват заседанията по съответните казуси.

Председателят е натоварен със значителен обем функции: разпределя преписките, организира и комуникира процеса към заявителя (в това число кога комисията ще се произнесе само по документи, кога трябват допълнителни изследвания и кога има преглед), осигурява колективното обсъждане на данните, контролира попълването на решението и връчва решенията, като разяснява реда за обжалване и последващите действия (пенсиониране/трудоустрояване), организира освидетелстване при невъзможност за явяване и може да откаже откриване на процедура по просрочена жалба. Има и роля по линия на „качеството" на решенията – уведомява за грешки и пропуски на ЛКК и лични лекари и предлага мерки за отстраняването им.

НЕЛК, от своя страна, работи чрез специализирани лекарски състави по профили на заболяванията, като броят и профилът им могат да се адаптират. За деца до 16 г. в тези специализирани състави се включват педиатри, а при дела за професионален характер на болестта се предвижда участие на специалисти по трудова медицина или професионални болести, като заседанията в тези случаи се председателстват от съответния профилен

специалист. Правилникът предвижда и експертен съвет с консултативни функции, в който влизат председателите на специализираните състави.

Какви видове нетрудоспособност разпознава българското законодателство?

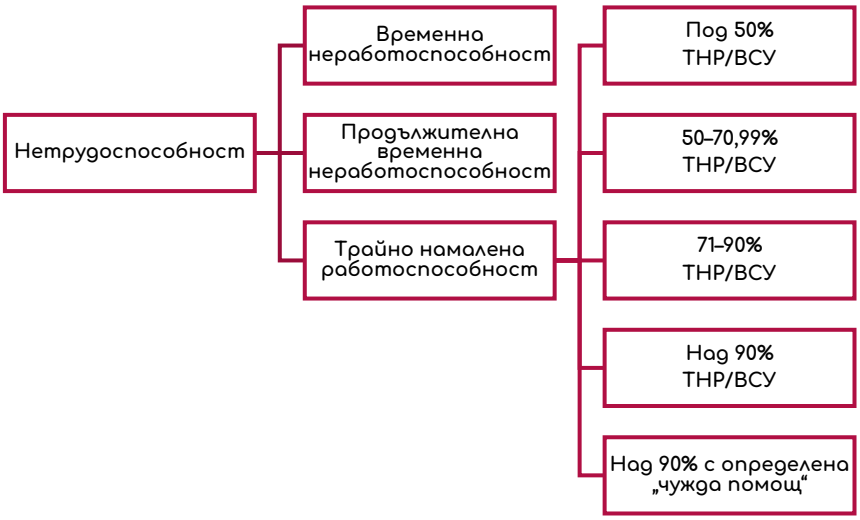
Класификацията на различните видове трудоспособност е от особено значение, тъй като е пряко свързана с правата, които произтичат от нея, както и размерите на различните видове помощ (представени в подробности в следващите глави). Нетрудоспособността[20], във възходящ ред, бива:

- Временна неработоспособност. Осигуреното лице временно не може или е възпрепятствано да работи поради конкретни основания, изрично изброени в Наредбата за медицинската експертиза: общо заболяване, злополука, професионална болест, лечение в чужбина, санаторно-курортно лечение, належащи прегледи/изследвания, карантина, отстраняване от работа по предписание на здравните органи, гледане/придружаване на болен член на семейството, бременност и раждане и др.; отпускът се оформя с болничен лист и по правило трае до възстановяване на работоспособността или до установяване на трайно увреждане от ТЕЛК.
- Продължителна временна неработоспособност (под контрол на ТЕЛК). Когато временната неработоспособност продължи в дълъг период, се въвежда по-строг институционален контрол: ако е продължила повече от 6 месеца без прекъсване или 12 месеца с прекъсване (в две предходни години и годината на боледуването), отпускът се разрешава само след контролен преглед на ТЕЛК на всеки два месеца и само ако има обективни признаци за възстановяване в следващите 6 месеца. Допускат се изключения по мотивирано решение на ТЕЛК за определени заболявания, но принципът е, че не се разрешава за повече от 18 месеца.
- Трайно намалена работоспособност (ТНР)/ вид и степен на увреждане (ВСУ). При този вид нетрудоспособност централният инструмент е процентната оценка, която осъществява връзката между медицинското състояние и административни последици и пораждането на права. В решенията си ТЕЛК/НЕЛК определят и противопоказните условия на труд, а при лица с 50% и над 50% ТЕЛК/НЕЛК се произнася по работоспособността за конкретното работно място.
    - Под 50% ТНР/ВСУ. На лице са признати здравни ограничения, но обичайно не се отключва пълният пакет права, типично свързан с инвалидност и социално-осигурителни плащания; по линия на трудовата реализация наредбата изрично насочва лицата с под 50% (или без определен процент) към ЛКК за преценка дали е необходимо трудоустрояване, т.е. институционалният фокус е повече върху адаптацията на труда, отколкото върху статута.
    - 50–70,99% ТНР/ВСУ. Този диапазон включва трайни функционални дефицити, съвместими в много случаи с трудова активност при ограничения и приспособяване. Като праг за пенсия за инвалидност по общо заболяване НОИ работи с „50% и над 50%“, а

[20] Повече подробности в Наредбата за медицинската експертиза тук: https://asp.government.bg/uploaded/files/681-NAREDBAzamedicinskataekspertiza.pdf и повече примери в насоките на НЕЛК тук: https://www.nelk.bg/prakticheski-nasoki

в социалната подкрепа тази група е отделно разграничена (например при месечната финансова подкрепа по линия на АСП).

- 71–90% ТНР/ВСУ. Диапазон, който институциите използват като маркер за по-съществени и устойчиви ограничения: той фигурира като отделна група и в социалните плащания (например месечна финансова подкрепа), а „повече от 71%“ е и изрично условие за право на социална пенсия за инвалидност.
- Над 90% ТНР/ВСУ. Отделен клас, който обичайно се асоциира с много тежки функционални ограничения и често със значимо стесняване на реалистичните възможности за труд; тази категория е отделно идентифицирана в схемите за социална подкрепа (като самостоятелна група по АСП).
- Над 90% с определена „чужда помощ“. При степен над 90% ТЕЛК/НЕЛК се произнасят и по потребността от чужда помощ, като тя се определя за лица, които не са в състояние да се обслужват самостоятелно при задоволяване на ежедневните потребности; наредбата допуска и нюанси – при психични заболявания чужда помощ може да се определи и при 80% и над 80% при загуба на базисни социални и ключови умения.



Освен вида и степента на нетрудоспособност, от значение е и дали решението на ТЕЛК е срочно или пожизнено, от гледна точка на планирането на разходите за социалната система, предоставянето на социални услуги и участието на пазара на труд. Решенията могат да бъдат:

- Срочни решения. Този тип решения подлежат на периодична преоценка, в срок определен от самата ТЕЛК/НЕЛК според диагнозата и прогнозата. Срокът на инвалидността е от 1 до 3 години, т.е. преобладаващият цикъл на преоценка за срочните решения е в рамките на 12–36 месеца. Законът за здравето описва процедурата: РЗИ следва да уведоми служебно за нуждата от редовно преосвидетелстване до 4 месеца преди изтичането, а лицето трябва да подаде заявление-декларация до 3 месеца преди изтичането; ако лицето е спазило този срок, но ТЕЛК не се произнесе до датата на изтичане, валидността на последното решение се удължава до издаване на ново, за да се избегне загуба на права.
- Пожизнени решения. Наредбата допуска пожизнен срок в две ситуации: (1) при дефинитивни състояния и (2) при лица, които са навършили възрастта за пенсия за осигурителен стаж и възраст. Това обаче не

означава, че процентът никога не може да се промени: лицата с пожизнен срок могат да бъдат преосвидетелствани по свое искане или по искане на контролните органи на медицинската експертиза, което съответно може да промени и произтичащите от освидетелстването права.

Комбинацията от степен и продължителност предопределя правата на отделния човек с увреждане на помощ, както и специфичното му място в заетостта.

Приложение 2: Списък на графиките и таблиците

Графики

Графика 1: Разпределение на ТЕЛК решения по диагнози през 2025 г. (брой)..... 13

Графика 2: Дял на ТЕЛК решения по диагнози, 2021-2025 г. 15

Графика 3: Разпределение на ТЕЛК решенията по пол и възраст, 2023-2025 г. 16

Графика 4: Брой решения на ТЕЛК и НЕЛК по години 17

Графика 5: Експертни решения на НЕЛК, 2025 г. 18

Графика 6: Брой и дял на населението по пол, възраст и степен на увреждане, Преброяване 2021 г. 21

Графика 7: Дял на хората с увреждания по общини, Преброяване 2021 г. 22

Графика 8: Разпределение на хората с увреждания според степента на увреждане и урбанизацията, Преброяване 2021 г. 23

Графика 9: Дял на хората според етническата група и степента на увреждане, Преброяване 2021 г. 23

Графика 10: Дял на хората според степента на увреждане и най-високото завършено образование, Преброяване 2021 г. 24

Графика 11: Дял на хората според степента на увреждане и броя хора в домакинството, Преброяване 2021 г. 25

Графика 12: Дял на хората според степента на увреждане и самооценката на здравето в домакинството, Преброяване 2021 г. 26

Графика 13: Дялове на хората според степента на увреждане и ограничението за извършване на обичайните дейности, Преброяване 2021 г. 26

Графика 14: Дялове на хората според степента на увреждане и участието в работната сила, Преброяване 2021 г. 27

Графика 15: Брой заети хора с увреждания по икономическа дейност, Преброяване 2021 г. 28

Графика 16: Дялове на работещите/учещите хора с и без увреждане според мястото, в което учат/работят, Преброяване 2021 г. 29

Графика 17: Дялове на бедните сред хората с и без увреждания на 16 и повече години, 2019-2025 г., % 30

Графика 18: Брой и промяна (%) в броя пенсионери с инвалидност поради общо заболяване 33

Графика 19: Брой пенсионери по вид на пенсиите 34

Графика 20: Брой на пенсионерите и дял на пенсионерите с инвалидност 35

Графика 21: Брой и дял на пенсионерите с пенсии за инвалидност в работоспособна възраст 36

Графика 22: Разходи за пенсии за инвалидност по различните фондове на НОИ, 2019-2024 г., млрд. евро 37

Графика 23: Дял на пенсиите за инвалидност от общите разходи за пенсии в НОИ, % 37

Графика 24: Среден размер на пенсията за инвалидност поради общо заболяване, евро/месец 39

Графика 25: Среден размер на пенсия за инвалидност на новоотпуснати пенсии, евро 39

Графика 26: Брой на пенсионерите с минимален размер на лични първи пенсии за инвалидност (без индивидуален коефициент - отпуснати на минимален размер) поради общо заболяване и дял от общия брой пенсионери с инвалидност поради общо заболяване 40

Графика 27: Брой на пенсионерите с инвалидност поради общо заболяване с поне една добавка към пенсиите 41

Графика 28: Средна възраст на пенсионерите с пенсии за инвалидност по различните фондове на НОИ, години 42

Графика 29: Среден осигурителен стаж на пенсионерите с инвалидност, години 43

Графика 30: Абсолютен брой получатели на пенсия за инвалидност поради общо заболяване и брой на 1000 души от средногодишното население по области, 2024 г. 44

Графика 31: Брой получатели на пенсия за инвалидност поради общо заболяване на 1000 души населението и дял на населението на над 65-годишна възраст, 2024 г. 45

Графика 32: Брой получатели на пенсия за инвалидност поради общо заболяване на 1000 души населението и коефициент на безработица, 2024 г. 46

Графика 33: Дялове на намалената работоспособност сред получателите на пенсия за инвалидност поради общо заболяване, 2024 г., % 47

Графика 34: Реален брой лица, получавали месечна финансова подкрепа и изплатени суми по реда на ЗХУ, 2019-2025 г. 48

Графика 35: Брой лица, получавали месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ според ТНР/ВСУ, 2019-2025 г. 49

Графика 36: Дял на лицата, получавали месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ според ТНР/ВСУ от средногодишното население* по области, 2025 г., % 50

Графика 37: Дял на лицата, получавали месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ като дял от средногодишното население* и връзка с дела на населението на 65 и повече години и дела на неактивните по общини, 2025 г., % 51

Графика 38: Разход за месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ според ТНР/ВСУ, 2019 и 2025 г., млн. евро 52

Графика 39: Разход за месечна финансова подкрепа по реда на ЗХУ 2025 г., млн. евро 53

Графика 40: Ползватели и разходи за лична помощ, 2019-2024 г. 54

Графика 41: Сума, преведена на общините за лична помощ на човек от населението*, 2025 г., евро/човек 55

Графика 42: Брой здравноосигурявани лица чрез ДСП с различни категории помощи 56

Графика 43: Брой подпомогнати и начислени суми за месечна помощ за дете с трайно увреждане по реда на чл. 8д от ЗСПД и сума на подпомогнато лице/домакинство, евро 57

Графика 44: Брой отпуснати безплатни годишни електронни винетки 59

Графика 45: Брой отпуснати безплатни годишни електронни винетки през 2025 г. и промяна в броя през 2025 г. спрямо 2019 г. (%) 59

Графика 46: Брой отпуснати безплатни годишни електронни винетки през 2025 г. на хиляда души от населението (2024) 60

Графика 47: Брой ползватели и начислени компенсации за пътни разходи и сума за подпомогнато лице, евро 61

Графика 48: Разлика в коефициента на заетост между хората с и без увреждания в ЕС-27, 2025 г., пр.п. 64

Графика 49: Работили лица в субсидирана заетост през периода 2019-2024 г. по НП ЗОХТУ 65

Графика 50: Работили лица в субсидирана заетост през периода 2019-2024 г. по НП ЗОХТУ и дял от общия брой получатели на пенсии за инвалидност 67

Графика 51: Заетост и изразходвани средства за насърчаване на работодателите да разкриват работни места за наемане на безработни лица с трайни увреждания (чл. 51, ал.2 от ЗНЗ) 69

Таблици

Таблица 1: Брой пенсионери, получаващи пенсии за инвалидност от фондовете на НОИ, 2024 г. 32

Таблица 2: Среден месечен размер на пенсиите по различните фондове на НОИ, евро 38

Таблица 3: Работили лица в субсидирана заетост през периода 2019-2024 г. по НП ЗОХТУ по длъжности 68

Приложение 3: Здравен инкубатор на ИПИ

Инициативата „Здравен инкубатор на ИПИ“ има за цел да предлага реформи в здравеопазването, които дават повече власт в ръцете на потребителите при избора на своите доставчици на здравни услуги и протоколи за лечение, както и да предлага и насърчава политики, основани на доказателства, водещи до подобряване на здравните показатели на населението и ефективното функциониране на здравната система.

Всички статии, становища и анализи могат да бъдат намерени тук.

За контакт: д-р Петя Георгиева, petya@ime.bg, 02 952 6266