


**АНАЛИЗ НА СИСТЕМАТА ЗА МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА
В БЪЛГАРИЯ: СТРУКТУРНИ ДЕФИЦИТИ, ФИНАНСОВА
УСТОЙЧИВОСТ И СТРАТЕГИЧЕСКИ ПЪТ КЪМ ICF МОДЕЛА**

Петко Салчев

Институт за икономически изследвания при Българската академия на науките,
Национален център по общественото здраве и анализи

ORCID 0000-0002-5713-0186 

Как да се цитира тази статия / How to cite this article:

Salchev, P. (2025). Analiz na sistemata za meditsinska ekspertiza v Bulgariya: strukturni defitsiti, finansova ustoychivost i strategicheski pat kam ICF modela. (Analysis of the Medical Expertise System in Bulgaria: Structural Deficits, Financial Sustainability and Strategic Path towards the ICF Model). *Economic Thought Journal*, 71 (2), 244–274 (in Bulgarian). <https://doi.org/10.56497/etj2671203>

To link to this article / Връзка към статията:

<https://etj.iki.bas.bg/microeconomics/2026/06/08/analysis-of-the-medical-expertise-system-in-bulgaria-structural-deficits-financial-sustainability-and-strategic-path-towards-the-icf-model>



Published online / Публикувана онлайн: 8 June 2026



Submit your article to this journal / Изпратете статия за публикуване

<https://etj.iki.bas.bg>

Article views / Статията е видяна:

View related articles / Други подобни статии:



View Crossmark data / Вж. информация от Crossmark:

Citing articles / Цитиращи статии:


View citing articles / Вж. цитиращи статии:



АНАЛИЗ НА СИСТЕМАТА ЗА МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА В БЪЛГАРИЯ: СТРУКТУРНИ ДЕФИЦИТИ, ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ И СТРАТЕГИЧЕСКИ ПЪТ КЪМ ICF МОДЕЛА

Петко Салчев

Институт за икономически изследвания при Българската академия на науките,
Национален център по общественото здраве и анализи

ORCID 0000-0002-5713-0186 

Резюме: Изследвани са състоянието и предизвикателствата пред системата за медицинска експертиза на трайната неработоспособност в България (системата ТЕЛК). Въпреки последните стъпки, произтичащи от законодателните промени от 2023–2024 г. и включващи по-справедливо изчисляване на процентите, въвеждане на пожизнен ТЕЛК за повече заболявания, дигитализация и премахване на забавянията, системата продължава да страда от сериозни структурни дефицити, вкоренени в строго медицинския подход при оценката на уврежданията. Във връзка с това в представеното изследване са анализирани нарастващият брой решения за инвалидност и тяхното отражение върху дългосрочната финансова устойчивост на фондовете на Националния осигурителен институт. Специално внимание е отделено на несъответствието между медицинската диагноза и реалната функционална възможност за интеграция на пазара на труда. Аргументирана е тезата, че стратегическата модернизация на системата изисква промяна на парадигмата от медицински модел към рамката на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF) на Световната здравна организация. Резултатите показват, че приемането на биопсихосоциален подход не само би увеличило социалната справедливост, но и би оптимизирало публичните разходи чрез по-точно насочване на подкрепата и рехабилитационните услуги.

Ключови думи: медицинска експертиза; трайна неработоспособност; ТЕЛК; финансова устойчивост; ICF модел; България; социално осигуряване

JEL codes: H55; I18; J14

DOI: <https://doi.org/10.56497/etj2671203>

Received 9 April 2026

Revised 4 May 2026

Accepted 26 May 2026

Въведение: генезис на социалния натиск

През 2026 г. медицинската експертиза в България вече не е просто здравен въпрос, а основен социално-икономически фактор. С прогнозирана линия на бедност от 764 лв. финансовата подкрепа за лица с увреждания се превръща в значим източник на доход, което стимулира „медицинизирането“ на социалните проблеми. През периода 2023–2025 г. са предприети множество стъпки за разрешаването на проблемите в системата на медицинската експертиза. През 2023 г. е въведен нов начин за определяне на общата оценка, когато лицето има няколко увреждания. Към най-високия процент за основното заболяване се добавят 20% от сбора на процентите на всички останали съпътстващи увреждания. С Постановление № 13 от 26 януари 2023 г. за изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза се прекратява практиката по-леките заболявания да не се вземат предвид, ако не достигат 50%. С измененията в Закона за здравето и Закона за хората с увреждания (в сила от началото на 2023 г.) се въвеждат строги срокове с цел гражданите да не губят правата си заради опашки и забавяния от страна на администрацията. При временна неработоспособност (болничен) работодателят вече заплаща само първите 2 работни дни (в размер на 70% от брутното възнаграждение) вместо досегашните 3 дни. От 3-тия ден обезщетението се поема изцяло от Националния осигурителен институт (НОИ) (вж. изменението в чл. 40, ал. 5 от Кодекса за социално осигуряване, в сила от 1 януари 2024 г.). С цел по-бързо обработване на досиетата е заложено откриването на нови териториални експертни лекарски комисии (ТЕЛК) в държавните и в общинските болници в цялата страна. Засилва се и дигиталният обмен на документи, като разглеждането вече се извършва предимно по документи чрез Националната здравноинформационна система (НЗИС) (вж. Постановление № 47 от 13 март 2024 г. за изменение на Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза).

Пълната дигитализация и случайното разпределение на досиетата, въведени през 2024 г., осветляват реалните мащаби на инвалидността в България, но същевременно разкриват и дълбоки структурни пропуски.

Процедура по медицинската експертиза на неработоспособността

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

за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, и потвърждаване или отхвърляне на професионалния характер на заболяванията.

Процедурата в ТЕЛК стартира след като личният лекар/лекар по дентална медицина, а за лицата, които нямат личен лекар – лекуващият лекар/лекар по дентална медицина, насочва лицето към ТЕЛК с медицинско направление по образец съгласно Приложение № 8, когато приеме, че е налице:

- трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, която не е предшествана от временна неработоспособност;
- вид и степен на увреждане;
- промяна на датата на инвалидизиране, срока на инвалидизиране, противопоказните условия на труд или причинната връзка¹;
- необходимост от преосвидетелстване поради влошено или подобро състояние²;
- необходимост от преосвидетелстване по други поводи, предвидени в нормативни актове.

При издаване на медицинско направление данните се въвеждат от личния лекар/лекар по дентална медицина, а за лицата, които нямат личен лекар – от лекуващия лекар/лекар по дентална медицина, в Информационната база данни, поддържана в Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК), съгласно чл. 108а от Закона за здравето.

По искане на лицето, регистрираното в информационната система медицинско направление се отпечатва, подписва и подпечатва с печата на лечебното заведение и се връчва на лицето. Лекуващият лекар/лекар по дентална медицина насочва неосигурените лица и тези с прекъснати здравни осигурителни права към ТЕЛК по същия като посочения по-горе ред.

В случаите, при които за конкретно заболяване са извършени консултации и изследвания през последните дванадесет месеца, предхождащи явяването в ТЕЛК, и резултатите от тях са налични в медицинската документация на лицето, към направлението личният лекар/лекар по дентална медицина, а за лицата, които нямат личен лекар – лекуващият лекар/лекар по дентална медицина, прилага заверени копия на същите, без да се налага повторното им назначение и извършване.

След издаването на направлението и извършването на допълнителни изследвания (ако такива са необходими) лицата или законните им представители/упълномощени от тях лица е необходимо да подадат заявление-декларация по

¹ ДВ., бр. 84 от 2019 г., в сила от 01.01.2020 г.

² Пак там.

образец, като посочат причината за явяването си. Същото може да бъде подадено на място в Районната картотека за медицинска експертиза (РКМЕ) по местоживеене, по електронен път или чрез лицензиран пощенски оператор.

Заедно със заявление-декларацията могат да се приложат и направлението от личния/лекуващия лекар или протоколът на Лекарската консултативна комисия (ЛКК), както и медицинската документация, доказваща здравословното им състояние, вкл. заверени копия от медицински документи, съдържащи резултати от медико-диагностични изследвания и консултации, които са налични в медицинската документация при личния лекар и/или при лекуващия лекар, в случаите, когато тези документи не са подадени от съответните лица и органи по чл. 54а, ал. 4 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (ПУОРОМЕРКМЕ)³.

В случаите по чл. 69а от Наредбата за медицинската експертиза⁴ заедно със заявлението-декларация лицата подават в РКМЕ декларация, че искат да бъдат освидетелствани/преосвидетелствани само за увреждания, които са дефинитивни състояния.

За лицата съществува и възможността да подават своите заявления-декларации, както и приложени документи по електронен път в Информационната база данни на адрес <https://ibd.mh.government.bg/>.

При попълването на заявлението-декларация е необходимо да се посочат актуалният адрес за кореспонденция, пенсионният статус (предвид възможността за определяне на пожизнен срок на експертното решение за лица, придобили право на пенсия), начинът, по който да се получи експертното решение на ТЕЛК – на място, по пощата с известие за доставяне, по електронен път чрез Системата за сигурно електронно връчване (в този случай е необходим електронен подпис и регистрация в електронната система).

ТЕЛК освидетелстват и преосвидетелстват лицата в 3-месечен срок от постъпване на документите при тях, като по силата на чл. 40, ал. 1 от ПУОРОМЕРКМЕ при определяне на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане териториалната експертна лекарска комисия се произнася въз основа на личната медицинска и друга документация, вкл. информацията в електронните здравни записи на лицата в Националната здравноинформационна система, без да се извършва клиничен преглед.

³ <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2135677394>

⁴ <https://www.mlsp.government.bg/uploads/37/politiki/trud/zakonodatelstvo/2024/naredba-za-medicinska-ekspertiza24.pdf>

По изключение за нуждите на експертизата на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане териториалните експертни лекарски комисии извършват клиничен преглед в следните случаи:

1) когато цялата медицинска документация на лицето, съхранявана от личния лекар (лекуващия лекар)/ЛКК, е унищожена/загубена;

2) когато лицата поради медицински показания не са в състояние да се снабдят с необходимата медицинска документация, те се освидетелстват/преосвидетелстват въз основа на преглед на място (в дома, в болнично или в друго заведение);

3) когато ТЕЛК потвърждава или отхвърля професионалния характер на заболяванията;

4) когато има сключени спогодби с други страни, в които е установен такъв ред.

Когато за изясняване на отделни случаи се изискват непредставени документи или изследвания, срокът започва да тече от датата на тяхното представяне.

ТЕЛК освидетелстват лицата и по повод на временна неработоспособност. Лекарските консултативни комисии насочват лицата към ТЕЛК не по-късно от 7 дни преди изтичането на отпуска по последния болничен лист. Медицинският протокол на ЛКК за продължаване на временната неработоспособност се внася в РКМЕ не по-късно от 3 дни от издаването му. При временна неработоспособност срокът за освидетелстване е 15 дни от датата на постъпване на документите в ТЕЛК. Срокът на временната неработоспособност може да бъде до два месеца от края на временната неработоспособност по последния болничен лист, освен ако в експертното решение не е посочен по-кратък срок.

Експертните решения се връчват на лицата или на упълномощени от тях лица/на законните им представители срещу подпис с писмо с известие за доставяне или по електронен път при условията и по реда на Закона за електронното управление.

Придобивки за лицата с трайна неработоспособност

Придобивките за лицата с трайна неработоспособност са по конкретни категории и нормативни актове, тъй като те се регулират от различни закони – Закона за хората с увреждания (ЗХУ), Закона за данъците върху доходите на физическите лица (ЗДДФЛ), Кодекса на труда и др.

Месечна финансова подкрепа (Закон за хората с увреждания)

Тя е фиксирана като *процент от линията на бедност* (764 лв. за 2026 г.) и не зависи от доходите на семейството, а само от процента в решението на ТЕЛК:

- 50–70,99% степен на увреждане – 7% от линията на бедност (53,48 лв.);

- 71–90% степен на увреждане – 15% от линията на бедност (114,60 лв.);
- над 90% степен на увреждане – 25% от линията на бедност (191,00 лв.);
- над 90% с определена чужда помощ (за пенсионери) – 30% от линията на бедност (229,20 лв.);
- над 90% с определена чужда помощ (за социална пенсия) – 57% от линията на бедност (435,48 лв.).

Данъчни облекчения (Закон за данъците върху доходите на физическите лица и Закон за местните данъци и такси)

Това са едни от най-съществените финансови ползи за работещи лица или собственици на имоти:

- *Данък върху доходите (за работещи)*. Пример: ако годишната данъчна основа се намалява със 7920 лв. и лицето е на трудов договор, това означава, че всеки месец първите 660 лв. от заплатата му не се облагат с 10% данък (спестява до 66 лв. месечно).
- *Местен данък сгради*. Ако имотът е основно жилище, за лица с над 50% ТЕЛК се ползват 75% отстъпка от дължимия данък (вместо стандартните 50% за основно жилище).
- *Данък върху превозните средства*. Пълно освобождаване от данък за един лек автомобил, ако е до 160 к.с. (117,64 kW) и до 2000 куб. см.

Транспорт и винетни такси

- *Електронна винетка*. Лица с 50% и над 50% степен на увреждане имат право на една *безплатна годишна винетка* за лек автомобил (същите ограничения – до 2000 куб. см и 160 к.с.). Заявлението се подава към Агенцията за социално подпомагане (АСП) – може и онлайн.
- *Карта за паркиране*. Издава се от съответната община. Позволява паркиране на специализирани места (синя/зелена зона) обикновено до 3 часа безплатно.
- *БДЖ*. Лица с ТЕЛК имат право на *две безплатни пътувания годишно* (отиване и връщане) с влак по БДЖ.

Трудови права (Кодекс на труда)

При работещи лица решението на ТЕЛК дава допълнителна сигурност при:

- *Платен отпуск*. Лицето има право на минимум 26 работни дни платен годишен отпуск (вместо стандартните 20).
- *Закрила при уволнение*. Съгласно чл. 333 от КТ работодателят може да

уволни лицето при определени условия само с предварително разрешение от Инспекцията по труда.

- *Трудоустройство.* Работодателят е длъжен да съобрази условията на труд с предписанията в решението на ТЕЛК (например без нощен труд, специфична ергономия и др.).

Помощни средства и целеви помощи

- *Медицински изделия.* Лицето има право на целева помощ за покупка на колички, протези, слухови апарати и др. (през НЗОК).
- *Наем на общинско жилище.* Лица с над 50% ТЕЛК често са с предимство в класациите за общински жилища.
- *Придружаваща помощ (личен асистент).* При над 90% увреждане с право на чужда помощ лицето може да кандидатства по механизма „Лична помощ“, където държавата заплаща на асистент да се грижи за него (до определен брой часове според индивидуалната оценка).

Потребителска такса и здравеопазване

- *Потребителска такса.* Много хронични заболявания, водещи до ТЕЛК, освобождават пациента от потребителска такса при лекар.
- *Лекарства.* Лицето има право на напълно или частично платени лекарства от НЗОК (според списъка на касата за конкретната диагноза).

Анализът на ефективността на подкрепата, социалните резултати и степента на покриване на реалните потребности на хората с увреждания е обект на друго изследване, което трябва да включва: заетост; риск от бедност; индикатори за качество на живот (продължителност на живот, завършено образование и др.); достъп до лична помощ (дял на обхванатите нуждаещи се лица); достъп до рехабилитация и помощни средства (дял от нуждаещите се, адекватност на размера), както и регионални различия в посочените показатели.

Анализ на текущото състояние на системата за експертиза на работоспособността

Данните от Националната здравноинформационна система (НЗИС)⁵ показват стръмна прогресия в броя на експертните решения. През 2025 г. е регистриран исторически връх в броя на експертните решения, като общият брой на лицата с ТЕЛК решения в България достига близо 800 хил.⁶ (табл. 1).

⁵ <https://his.bg/bg/statistical-reports/medical-disability-assessment>

⁶ <https://clinica.bg>

Таблица 1. Брой ТЕЛК решения по години

Година	Брой издадени решения	Промяна спрямо предходната година
2023*	221 501	-
2024**	244 268	+10,2%
2025***	271 084	+~11%

Източник: НЗИС: *<https://his.bg/bg/statistical-reports/medical-disability-assessment/2023>;

** <https://his.bg/bg/statistical-reports/medical-disability-assessment/2024>;

*** <https://his.bg/bg/statistical-reports/medical-disability-assessment/2025>

Разпределение по водещи диагнози

(Международна класификация на болестите, МКБ)

Данните от НЗИС за 2023 г. показват, че най-честите причини за освидетелстване са свързани със сърдечно-съдови и ендокринни заболявания (вж. his.bg). Макар че точният брой решения за всяко отделно заболяване и по години варира, структурата на причините за инвалидизация остава сравнително стабилна, като сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания доминират.

- *Болести на органите на кръвообращението*: ~25–30% от всички случаи. Те остават водещ фактор, като над 60% от общата смъртност в България също са свързани с тях.
- *Злокачествени новообразувания*: ~20–22%. Броят на новооткритите случаи на 100 хил. човека население за 2024 г. е 391,6.
- *Болести на ендокринната система (диабет)*: ~12–15%.
- *Болести на опорно-двигателния апарат*: ~10–12%.
- *Психични и нервни заболявания*: ~8–10%

Демографски показатели и проценти

Обобщените тенденции за периода 2024–2025 г. по демографски показатели и проценти сочат следното:

- *Пожизнени решения*. Около 40% от новите решения на ТЕЛК през 2024–2025 г. са издадени като пожизнени, което е ръст спрямо предходни периоди.
- *Възраст*. Най-голям дял от освидетелстваните лица са във възрастовата група над 50 години, следвани от хората в пенсионна възраст.
- *Пол*. Наблюдава се относително равностойно разпределение, но при определени диагнози, например сърдечно-съдови заболявания, има лек превес

на мъжете, докато при костно-ставните заболявания по-често се освидетелстват жени.

- *Проценти инвалидност.* Най-масовата група остава тази с 50 до 70% трайно намалена работоспособност, следвана от групата 71–90%.

Регионални диспропорции

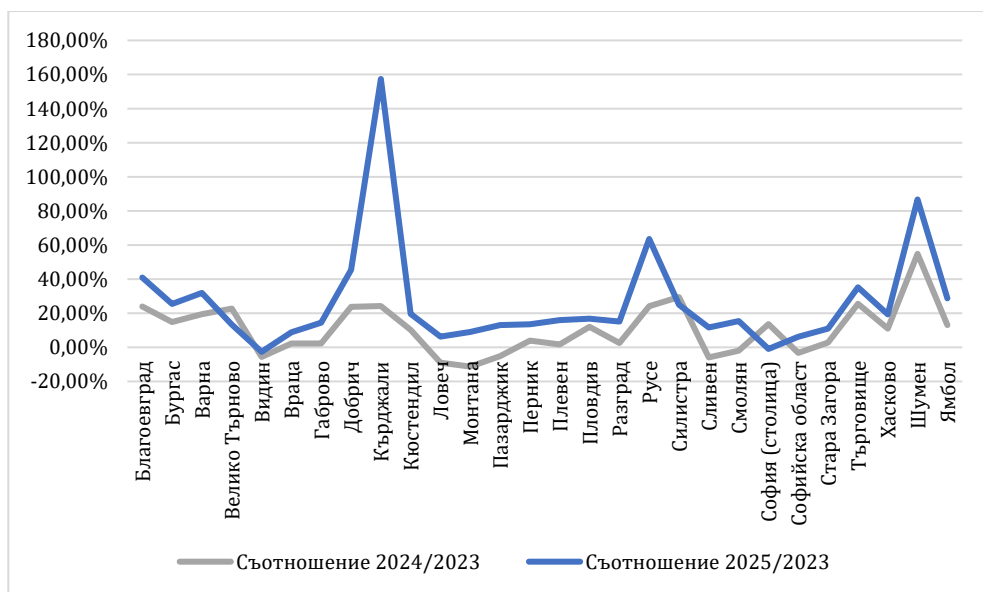
Анализът на регионалното разпределение разкрива сериозни диспропорции. Област Кърджали заема трето място в страната по брой решения (17 733 през 2025 г.), изпреварвайки Варна, въпреки значително по-малкото си население (вж. табл. 2 и фиг. 1). Тази аномалия се отдава на факта, че български граждани, живеещи в чужбина, ползват здравни услуги и съответните придобивки при установена неработоспособност или трайно увреждане в България, което поставя под въпрос ефективността на териториалния контрол.

Таблица 2. Брой експертни решения по региони, 2023–2025 г.

Област	2023 г.	2024 г.	Съотношение 2024–2023 г. (%)	2025 г.	Съотношение 2025–2023 г. (%)
Благоевград	8728	10 814	23,90	12 297	40,89
Бургас	9775	11 227	14,85	12 262	25,44
Варна	11 171	13 337	19,39	14 738	31,93
Велико Търново	7011	8602	22,69	7943	13,29
Видин	4858	4583	-5,66	4730	-2,63
Враца	9184	9388	2,22	9996	8,84
Габрово	5476	5601	2,28	6267	14,44
Добрич	4934	6108	23,79	7177	45,46
Кърджали	6890	8558	24,21	17 733	157,37
Кюстендил	4713	5195	10,23	5637	19,61
Ловеч	5628	5119	-9,04	5982	6,29
Монтана	6359	5641	-11,29	6935	9,06
Пазарджик	9170	8698	-5,15	10370	13,09
Перник	4597	4779	3,96	5217	13,49
Плевен	10 981	11 166	1,68	12735	15,97
Пловдив	21 679	24 292	12,05	25 323	16,81
Разград	4965	5093	2,58	5716	15,13
Русе	5639	7002	24,17	9222	63,54
Силистра	4729	6122	29,46	5912	25,02
Сливен	6043	5684	-5,94	6746	11,63

Област	2023 г.	2024 г.	Съотношение 2024–2023 г. (%)	2025 г.	Съотношение 2025–2023 г. (%)
Смолян	3703	3629	-2,00	4274	15,42
София (столица)	28 451	32 315	13,58	28 193	-0,91
Софийска област	7536	7292	-3,24	8000	6,16
Стара Загора	9604	9878	2,85	10 659	10,99
Търговище	3728	4679	25,51	5040	35,19
Хасково	8268	9179	11,02	9868	19,35
Шумен	3836	5939	54,82	7163	86,73
Ямбол	3845	4348	13,08	4949	28,71

Източник: <https://his.bg/bg/statistical-reports/medical-disability-assessment>



Източник: НЗИС (his.bg), собствени изчисления.

Фигура 1. Съотношение към началната година (2023) на издадените решения на ТЕЛК по области (%)

Ключови промени в експертизата при регионите

1. *Случайно разпределение.* От 2024 г. е премахнат териториалният принцип на експертизата. Досието на всеки пациент може да бъде разгледано от ТЕЛК в друга област, избрана на случаен принцип от електронната система „Медицинска експертиза“.

2. *Повишен капацитет.* Всички държавни и общински многопрофилни болници вече са задължени да имат ТЕЛК, което увеличава броя на местата за освидетелстване в цялата страна.

3. *Дигитален достъп.* Независимо в коя област е издадено решението, то е достъпно в цифров вид през портала *my.his.bg* или през мобилното приложение *еЗдраве*.

Доминиращи диагнози

Данните за 2023–2025 г. потвърждават лидерството на сърдечно-съдовите заболявания. Последниците от мозъчен инфаркт (код по МКБ – I69.3) са най-честата причина за освидетелстване, следвани от параноидната шизофрения и диабета. Притеснителен е ръстът при диабет тип 2 с неврологични усложнения, което е резултат от промени в наредбата, облекчаващи достъпа до системата. Най-рязко увеличение през 2025 спрямо 2023 г. се наблюдава при I11.9 *Хипертонично сърце без (застойна) сърдечна недостатъчност* със 105% и Z96.6 *Наличие на ортопедични имплантати на стави* с 89%.

Таблица 3. Сравнителен анализ на водещите диагнози по Международната класификация на болестите, 10-та ревизия (МКБ-10) – над 2000 броя

Код по МКБ-10	Диагноза	2023 г.	2024 г.	Съотношение 2024–2023 г. (%)	2025 г.	Съотношение 2025–2023 г. (%)
I69.3	Последници от мозъчен инфаркт/ Consequences of cerebral infarction	8848	9812	10,90	11 780	33,14
F20.0	Параноидна шизофрения/ Paranoid schizophrenia	7159	6940	-3,06	6797	-5,06
E11.4	Неинсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения/ Non-insulin-dependent diabetes with neurological complications	6425	7314	13,84	8450	31,52
I25.2	Стар инфаркт на миокарда/ Old myocardial infarction	5355	5621	4,97	6727	25,62
I50.0	Застойна сърдечна недостатъчност/ Congestive heart failure	5251	7095	35,12	9307	77,24
I20.8	Други видове стенокардия/ Other types of angina	4217	4881	15,75	5690	34,93
E11.7	Неинсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения/ Non-insulin dependent diabetes with multiple complications	4203	4440	5,64	3778	-10,11
C50.4	Горен външен квадрант на млечната жлеза/ Upper outer quadrant of the mammary gland	4114	4169	1,34	4556	10,74
J45.0	Астма с преобладаващ алергичен компонент/ Asthma with a predominant allergic component	3656	4028	10,18	4383	19,89

Код по МКБ-10	Диагноза	2023 г.	2024 г.	Съотношение 2024–2023 г. (%)	2025 г.	Съотношение 2025–2023 г. (%)
G40.6	Grand mal припадъци (с малки припадъци [petit mal] или без тях), неуточнени/ Grand mal seizures (with or without petit mal seizures), unspecified	3182	3156	-0,82	3465	8,89
Z96.6	Наличие на ортопедични импланти на стави/ Presence of orthopedic joint implants	2820	4237	50,25	5328	88,94
I11.9	Хипертонично сърце без (застойна) сърдечна недостатъчност/ Hypertensive heart without (congestive) heart failure	2798	4174	49,18	5737	105,04
E10.4	Инсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения/ Insulin dependent diabetes with neurological complications	2705	2404	-11,13	2473	-8,58
I11.0	Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност/ Hypertensive heart with (congestive) heart failure	2674	3273	22,40	3845	43,79
C61	Злокачествено новообразувание на простатата/ Malignant new education of the prostate	2454	3038	23,80	3943	60,68
M51.1	Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с радикулопатия/ Damage to the intervertebral discs in the lumbar and other parts of the spine with radiculopathy	2396	3555	48,37	3957	65,15
J44.8	Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест/ Other specified chronic obstructive pulmonary disease	2169	2381	9,77	2781	28,22
I25.8	Други форми на хронична исхемична болест на сърцето/ Other forms of chronic ischemic heart disease	2064	0	-100,00	0	-100,00
H90.3	Двустранна невросензорна загуба на слуха/ Bilateral sensorineural hearing loss	0	2422	-	2950	-
M17.0	Първична гонартроза, двустранна/ Primary gonarthrosis, bilateral	0	2210	-	3419	-
F01.3	Смесена корова и подкорова съдова деменция/ Mixed cortical and subcortical vascular dementia	0	2146	-	2994	-
M16.0	Първична коксартроза, двустранна/ Primary coxarthrosis, bilateral	0	2062	-	2008	-
K74.6	Друга и неуточнена цироза на черния дроб/ Other and unspecified cirrhosis of the liver	0	2031	-	2492	-
E11.9	Неинсулинозависим захарен диабет без усложнения/ Non-insulin dependent diabetes, No complications	0		-	2719	-

Източник: НЗИС, собствени изчисления.

От представените в табл. 3 данни могат да се направят следните заключения:

- Най-голям брой индивидуални решения се издават за *хипертонични болести и захарен диабет тип 2*.
- Диагнозата с МКБ код I69.3 (последивици от инсулт) остава най-честата причина за решение на ТЕЛК в България. Това е свързано със застаряването на населението и с високия процент на сърдечно-съдови инциденти.
- Захарният диабет (E11.4) бележи най-сериозен ръст. Причината е промяната в наредбата, която позволява по-лесно освидетелстване при наличие на усложнения.
- През 2023 и 2024 г. се наблюдава увеличение на решенията за *злокачествени новообразувания*, което експертите свързват с по-добрата диагностика и с промените в методиката. Ракът на гърдата (C50) е водещата онкологична диагноза. Тук се отчита висок процент на преосвидетелстване за проследяване на състоянието.
- При лицата над 65 години доминират сърдечно-съдовите заболявания, докато при децата (до 16 години) водещи са вродените аномалии и психичните разстройства (аутистичен спектър).
- Шизофренията заема второ място по брой решения, което се обяснява с факта, че тези пациенти почти винаги подлежат на дългосрочно или на пожизнено освидетелстване.
- Рязко увеличение има при диагнозите с импланти.

Икономически анализ

Финансовите разходи за хората с увреждания в България представляват много голяма част в държавния бюджет (вж. табл. 4), която е разпределена основно през две направления: *Националния осигурителен институт (НОИ)* за пенсии и *Агенцията за социално подпомагане (АСП)* за добавки.

Таблица 4. Изплатени обезщетения по функция „инвалидност“ (хил. лв.)

Изплатени обезщетения	2021 г.	2022 г.	Увеличение 2022–2021 г. (%)	2023 г.	Увеличение 2023–2021 г. (%)
	<i>Всички схеми</i>	<i>Всички схеми</i>		<i>Всички схеми</i>	
Обезщетения за социална защита	2186,52	2828,45	29,36	3659,08	29,37
Небазирани на имотен ценз	2186,50	2828,44	29,36	3659,04	29,37
Парични обезщетения	1540,18	1925,09	24,99	2475,80	28,61
Периодични	1495,96	1889,59	26,31	2419,37	28,04

Изплатени обезщетения	2021 г.	2022 г.	Увеличение 2022–2021 г. (%)	2023 г.	Увеличение 2023–2021 г. (%)
Пенсия за инвалидност	943,52	1265,36	34,11	1628,55	28,70
Обезщетение за ранно пенсиониране, дължащо се на намалена работоспособност	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Добавка за чужда помощ	92,80	127,86	37,78	171,82	34,38
Икономическа интеграция на лица с увреждания	1,11	1,18	6,02	1,28	8,05
Други парични периодични обезщетения	458,52	495,19	8,00	617,73	24,75
Еднократна сума	44,23	35,51	-19,72	56,43	58,93
Добавка за чужда помощ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Икономическа интеграция на лица с увреждания	38,44	28,22	-26,58	45,21	60,17
Други еднократни парични обезщетения	5,79	7,28	25,83	11,22	54,12
Обезщетения в натура	646,32	903,35	39,77	1183,24	30,98
Настояване (квартирни)	77,36	97,19	25,64	104,45	7,46
Помощ при извършване на ежедневни дейности	499,67	709,05	41,90	945,03	33,28
Рехабилитация	23,97	35,35	47,48	57,45	62,54
Други обезщетения в натура	45,32	61,76	36,26	76,31	23,56

Източник: НСИ, 2025.

При прогнозата за 2026 г. за линия на бедност от 764 лв. разходите ще достигнат рекордни нива:

Разходи за пенсии за инвалидност (НОИ)

Това ще е най-голямото директно плащане. Към 2025–2026 г. в България има близо 450 хил. пенсионери с лични пенсии за инвалидност.

- Средният размер на пенсията варира между 550 и 680 лв. в зависимост от осигурителния стаж и процента ТЕЛК.
- Годишният разход надхвърля 3,2 млрд. лв.
- Тенденцията е разходите да растат средно с 10–12% годишно поради ежегодното осъвременяване на пенсиите (т.нар. швейцарско правило).

Месечна финансова подкрепа (АСП)

Тази помощ се полага на всички с над 50% ТЕЛК, независимо дали работят, или са пенсионери (табл. 5). Тя е обвързана директно с линията на бедност (764 лв. за 2026 г.).

Таблица 5. Прогноза за месечна финансова подкрепа (АСП)

Категория ТЕЛК	Сума на месец, (2026 г., лв.)	Прогнозен брой лица (хил.)	Годишен бюджет (млн. лв.)
50–70,99%	53,48	~340	~218
71–90%	114,60	~210	~288
Над 90%	191,00	~100	~229
Над 90% + чужда помощ	229–435	~60	~230
Общо (само АСП)		~710	~965

Източник: Собствени изчисления.

Скрити и косвени разходи

Тези разходи често остават извън официалните таблици, но тежат най-много на икономиката:

- *Безплатни винетки.* Те са около 250 хил. издадени годишно. При цена от 87 лв. това са 21,7 млн. лв. пропуснати приходи за АПИ.
- *Данъчни облекчения.* Намалването на данъчната основа със 7920 лв. за работещи, които имат ТЕЛК решение, води до десетки милиони по-малко приходи от ДОД в хазната.
- *Лична помощ.* Бюджетът за асистентска подкрепа (по Закона за личната помощ) вече надхвърля 1 млрд. лв. годишно.

Като обобщение, финансовият натиск върху общия публичен ресурс (пенсии + добавки + асистенти + облекчения) за хора с увреждания в България за 2026 г. се оценява на над 5,5 млрд. лв.

При изготвянето на десетгодишен ретроспективен и прогнозен анализ (2017–2026 г.) трябва да се вземат предвид три ключови фактора: *демографското застаряване, реформите в методиката* (2023 г.) и *скокообразното нарастване на линията на бедност*, към която е обвързана финансовата подкрепа.

Данните за периода 2017–2023 г. са базирани на отчетите на НОИ и НСИ, а за 2024–2026 г. са прогнозни на база бюджетните рамки и актуалната линия на бедност (табл. 6).

Таблица 6. Финансови разходи за хората с увреждания (2017–2026 г.)

Година	Линия на бедност (лв.)	Общ годишен размер на изплатените лични пенсии за инвалидност (млн. лв.)	Общ размер на държавния разход за месечни интеграционни надбавки по ЗХУ (млн. лв.)	Общ финансов ресурс (млрд. лв.)
2017	314	1650	165*	~1,81
2018	321	1720	178*	~1,90
2019	348	1780	415**	~2,19
2020	363	1850	460	~2,31
2021	369	1980	510	~2,49
2022	413	2250	620	~2,87
2023	504	2680	780	~3,46
2024	526	2950	845	~3,79
2025	638	3240	915	~4,15
2026	764	3650***	1085***	~4,73

* Данните за 2017–2018 г. включват старите добавки за социална интеграция преди влизането в сила на новия ЗХУ.

** През 2019 г. влиза в сила новият Закон за хората с увреждания, който драстично увеличава разходите за месечна подкрепа.

*** Прогноза на база темпа на нарастване на средната пенсия и линията на бедност.

Източник: НСИ, собствени изчисления.

Анализ на тенденциите за 10-годишния период

1. *Ефектът „ЗХУ“ (2019 г.).* Това е повратната точка, когато социалните плащания (извън пенсиите) нарастват с над 130% само за една година. Причината е обвързването на подкрепата с линията на бедност вместо с гарантирания минимален доход.

2. *Инфлационен натиск (2022–2026 г.).* Рязкото покачване на линията на бедност (от 413 лв. през 2022 г. до прогнозни 764 лв. за 2026 г.) води до почти двойно увеличение на разходите за социално подпомагане. Това прави системата изключително скъпа за поддръжка при сегашния модел на „право на диагноза“.

3. *Демографски фактор.* Броят на хората с ТЕЛК решения над 65 години нараства

стабилно. През 2017 г. те са били около 38% от общия брой, докато прогнозите за 2026 г. сочат, че ще надхвърлят 50%.

4. *Ръст на пенсиите.* Поради недостига на работна ръка и повишаването на осигурителния доход минималната пенсия за инвалидност се увеличава значително, което натоварва бюджета на НОИ.

Въпреки административните реформи системата страда от няколко фундаментални дефицита:

1. Системата оценява наличието на болест, а не способността на човека да работи и неговата функционалност. Показателен е примерът с успешно ендопротезирана става (МКБ М16) – пациентът може да е напълно възстановен и работоспособен, но продължава да получава пенсия, т.е. *диагноза vs функционалност*.

2. Общият публичен ресурс за 2026 г. се оценява на *над 5,5 млрд. лв.* Разходите за месечна подкрепа са нараснали от 165 млн. лв. през 2017 г. до прогнозни 1,085 млрд. лв. през 2026 г. – ръст от над 550%, т.е. *финансова неустойчивост на системата*.

3. Над 50% от лицата с ТЕЛК са в пенсионна възраст, което превръща системата в паралелен механизъм за доплащане към ниските пенсии вместо в инструмент за интеграция, т.е. системата попада в т.нар. *демографски капан*.

4. Липсата на единни стандарти за обективизиране чрез задължителни изследвания (ЯМР, скенер) позволява издаването на решения само на базата на субективни амбулаторни листове, т.е. наличие на *корупционен риск и на субективизъм*.

5. Увеличението на експертните решения е свързано с *реформата „Случаен избор“*, въведена през 2023 г. Тъй като заявленията за решение на ТЕЛК вече се разпределят в цялата страна, опашките намаляват и скоростта на издаване се повишава.

6. Въвеждането на повече пожизнени проценти за определени диагнози след 2023 г. води до нарастване на общия брой на хората в системата, макар и с малко административни стъпки за тях в бъдеще.

Възможности за подобряване на контрола

Подобряването на контрола върху медицинската експертиза в България е дългогодишно предизвикателство, тъй като сегашната система се фокусира предимно върху *медицинската диагноза*, а не върху реалната *функционалност* на човека (възможността му да работи и да се включи в пазара на труда).

За да се ограничат субективизмът и злоупотребите, се предлагат следните мерки:

- *Пълна дигитализация и Big Data (Големи данни)*. Това включва интегриране на НЗИС с масивите на НОИ и АСП за автоматично засичане на несъответствия – автоматично блокиране на решения при установяване на разминавания със системата на КАТ (например, ако лице със 100% инвалидност поради слепота подновява шофьорската си книжка).
- *Случайно разпределение (вече в ход)*. Разпределянето на досиетата към ТЕЛК в други градове минимизира риска от местни корупционни схеми.
- *Контролни прегледи на извадков принцип*. Това изисква въвеждане на задължителни физически прегледи от НЕЛК или от независими комисии за определен процент от решенията, издадени само по документи.
- *Стандартизация на изследванията*. Необходимо е приемането на строги протоколи за това какви клинични изследвания (например ЯМР, ЕМГ) са задължителни за даден процент увреждане, за да не се разчита само на амбулаторни листове.

Внедряване на ICF

Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) на Световната здравна организация предлага радикално различен подход, който може да реши част от проблемите с контрола. При въвеждането на ICF държавата би могла да спести около 15–20% от този ресурс, като спре плащанията към хора с недоказани обективно увреждания или с леки диагнози (които нямат функционални пречки) и ги пренасочи към реално нуждаещите се, за които сегашните 53 или 114 лв. са крайно недостатъчни. ICF трябва да замени или да допълни сегашната медицинска експертиза с мултидисциплинарна оценка и индивидуални планове.

Как ICF променя контрола?

- *Обективност чрез функционални тестове*. ICF не разчита само на епикриза, а на измерване на конкретни дейности (например може ли лицето да измине 100 метра, може ли да ползва компютър и т.н.). Това е много трудно за фалшифициране от една медицинска диагноза.
- *Мултидисциплинарен екип*. Оценка по ICF се прави не само от лекари, но и от социални работници, ерготерапевти и психолози. Когато няколко различни специалисти оценяват един човек, възможността за манипулация на крайния резултат намалява драстично.
- *Индивидуален подход*. ICF позволява да се разграничат две лица с една и съща диагноза, но с различен начин на живот. Контролът става по-ефективен, защото държавата насочва ресурса там, където има реална бариера в

околната среда, а не просто медицински код.

- *Единен международен език.* ICF предоставя кодове за всичко – от мускулна сила до достъпност на градския транспорт. Това позволява лесна софтуерна проверка на логическата връзка между здравословното състояние и заявените нужди.

Сега заключението на ТЕЛК е: „*Вие имате диабет = 50% неработоспособност*“. Подходът при прилагането на ICF обаче е по-различен: „*Вие имате диабет, но как той ограничава Вашата мобилност, самообслужване и участие в обществения живот?*“

Пример за функционален профил по ICF за най-честата диагноза „инсулт“

Функционалният профил по ICF при инсулт не се фокусира върху самото увреждане на мозъка, а върху това какви са последствията за ежедневиия живот. Вместо просто констатацията на ТЕЛК „80% увреждане“ ICF описва степента на затруднение (от 0 – липса на проблем, до 4 – сериозен проблем) в няколко области.

<i>Примерен функционален профил за пациент със средно тежък исхемичен инсулт (пареза на едната страна):</i>	
1. Телесни функции и структури (Body Functions & Structures)	
Тук се описват преките медицински увреждания.	
• b 730 (Мускулна сила): Степен 3 (Тежка загуба на сила в едната половина на тялото).	
• b 710 (Подвижност на ставите): Степен 2 (Умерена скованост/спастичност).	
• b 117 (Интелектуални функции): Степен 0–1 (Често запазени, но възможни леки проблеми с паметта).	
• b 167 (Езикови функции): Степен 2 (Афазия – затруднено намиране на думи или разбиране).	
2. Дейности и участие (Activities & Participation)	
Това е най-важната част за реалния контрол на инвалидността – какво реално може да прави човекът.	
• d 450 (Ходене): Степен 3 (Може да ходи само на къси разстояния с чужда помощ или прох одилка).	
• d 510 (Миене/Къпане): Степен 3 (Изисква асистент за хигиена).	
• d 540 (Обличане): Степен 2 (Може да се облича сам, но много бавно и с трудности с копчета/връзки).	
• d 160 (Фокусиране на вниманието): Степен 1 (Леки затруднения при четене на дълги текстове).	
• d 850 (Платена заетост): Степен 4 (Пълна невъзможност за изпълнение на досегашната професия, ако е изисквала физически труд).	
3. Фактори на средата (Environmental Factors)	
ICF отчита дали средата помага или пречи (барьера).	
• e 110 (Продукти за лична консумация/лекарства): +4 (Пълна улеснител – ако има достъп до качествени медикаменти).	
• e 150 (Дизайн на сградите/достъпност): -3 (Тежка барьера – ако лицето живее на 4-ти етаж без асансьор).	
• e 310 (Семейство): +3 (Силен улеснител – ако има кой да полага грижи).	

Източник: ICF.

Защо това е по-добро за упражняването на контрол, отколкото сегашния модел на ТЕЛК? Ако системата използва този профил, контролът се осъществява чрез проверка на дейностите:

1. *Проверка на съответствието.* Ако например в профила е записано d450.3 (тежки трудности в ходенето), но камерите на КАТ или социалните работници установят, че лицето се движи свободно без помощни средства, това е автоматичен сигнал за измама.

2. *Динамика.* ICF позволява на всеки 6 месеца да се отчита прогресът от рехабилитацията. Ако мускулната сила се подобри от степен 3 на степен 1, финансовата помощ може да се намали, но да се увеличи подкрепата за преквалификация.

3. *Нужда от асистент.* Вместо „чужда помощ“ само по преценка на лекаря, тук тя се полага единствено ако кодовете в сектор „Дейности“ (къпане, хранене, тоалет) са със степен 3

При поставяне на изкуствена тазобедрена става (коксартроза с последващо ендопротезиране — МКБ М16) функционалният профил по ICF е изключително динамичен. Тук разликата между подхода на сегашните ТЕЛК и на ICF е най-видима, тъй като успешното протезиране често *възстановява* функциите, докато ТЕЛК системата понякога продължава да дава висок процент инвалидност, без да отчита промените и функционалността, както и възможностите за труд.

При експертизата от ТЕЛК се използва специфичната *методика*, която е част от Наредбата за медицинската експертиза, приета с ПМС № 120 от 23.06.2017 г. Механизмът на изчисление по методиката е следният:

– *Оценка на основното заболяване.* За всяко заболяване (в случая ендопротезиране) в Наредбата има фиксиран диапазон или конкретен процент. Например при едностранна коксартроза/гонартроза с алопластика (сменена става) се дават 50% увреждане, а при двустранна алопластика – 75%.

– *Правило при наличие на няколко заболявания.* При наличието само на едно заболяване неговият процент, отчитащ увреждането, е окончателен. При наличието на *няколко различни заболявания* (например сменена става + диабет + високо кръвно) изчислението става по следния начин:

- *Взема се най-високият процент* за най-тежкото заболяване (например 50% за ставата). *Останалите заболявания се вземат предвид само ако* всяко от тях носи *над 10%*.

- Ако човек има две или повече съпътстващи заболявания с по 20% увреждане и т.н., се прилага *формула за събиране*, но тя не е аритметична (т.е. $50 + 20$ не е 70). Ако например има две съпътстващи заболявания – едно 20% и друго 20% увреждане, то сборът им е равен на 40. Изчисляваме 20%, т.е. $20\% \times 40 = 8\%$. Общата сума за този пациент е $50\% + 8\% = 58\%$ крайна степен на увреждане.

– Според *новата формула*, която е в сила от 2023 г. след промяна на *Наредбата*, системата става още по-благоклонна. Ако най-тежкото заболяване е с 50% увреждане, към него се добавят *20% от сбора на останалите* проценти (ако те са над 10%). Целта е да се отрази общото състояние на организма, а не просто да се представи сбор от диагнози.

При новата формула изчислението за съпътстващите заболявания (20% и 30%) се прави върху техния *сбор*. Ето как става математически, ако приемем, че основното заболяване (сменената става) е 50% увреждане:

- *Намира се сборът на съпътстващите заболявания:* $20\% + 30\% = 50\%$.
- *Изчисляват се 20% от този сбор (една пета):* $50 \times 0,20 = 10$.
- *Те се добавят към водещия процент:* 50% (основно) + 10% (добавка) = 60% крайни.

Ако сборът на съпътстващите заболявания е по-голям, добавката също ще е по-голяма. Например, ако съпътстващите заболявания са общо 80%, тогава 20% от тях ще е 16 и крайният резултат ще е $50 + 16 = 66\%$ увреждане.

ТЕЛК не извършва само епикриза относно увреждането, но и относно *функционалното състояние*:

- Какъв е обемът на движение на ставата?
- Има ли скъсяване на крайника?
- Има ли мускулна атрофия или нужда от помощни средства (бастун, патерици)?

Тези детайли, описани от съответния ортопед в „Медицинско направление за ТЕЛК“, могат да наклонят везните към по-висок процент в рамките на позволения диапазон, те са окончателни и не се променят в годините.

– *Пожизнен срок*. При ендопротезиране състоянието се смята за дефинитивно (изкуствената става няма да стане естествена). Затова, ако няма очакване за значително подобрение, комисията е длъжна да даде *пожизнен процент*.

Как ICF подобрява контрола в този случай?

<p>Функционален профил на пациент 3-6 месеца след операцията за ендопротезиране:</p> <p>1. Телесни функции и структури (Body Functions & Structures)</p> <ul style="list-style-type: none">• s75011 (Структура на тазобедрената става): Степен 0 (След успешна операция структурата е коригирана с протеза).• b28015 (Болка в долен крайник): Степен 1 (Лека болка при натоварване, значително подобрение спрямо състоянието преди операцията).• b7100 (Подвижност на една става): Степен 1 (Леко ограничена ротация или флексия спрямо естествена здрава става).• b7301 (Мускулна сила на един крайник): Степен 2 (Умерена загуба на сила поради атрофия след операцията, изисква рехабилитация). <p>2. Дейности и участие (Activities & Participation)</p> <p>Тук се вижда реалното възстановяване на човека:</p> <ul style="list-style-type: none">• d450 (Ходене): Степен 1 (Леки затруднения при дълги преходи или неравен терен; ходи самостоятелно).• d415 (Поддържане на положението на тялото – седене/ставане): Степен 1 (Минимални трудности при ставане от нисък стол).• d455 (Придвижване по различни начини – изкачване на стълби): Степен 2 (Умерени трудности, изисква повече усилия или ползване на парапет).• d540 (Обличане): Степен 1 (Леки затруднения при обуване на чорапи/обувки в началото).• d850 (Платена заетост): Степен 0–1 (Ако работата е офис тип, няма пречки; ако е тежък физически труд – степен 2). <p>3. Фактори на средата (Environmental Factors)</p> <ul style="list-style-type: none">• e115 (Продукти и технологии за лична мобилност): +1 (Леко улеснение – ползване на бастун в първите месеци).• e580 (Здравни услуги и политики): +4 (Пълно улеснител – ако държавата е поела стойността на ставата и рехабилитацията).

Източник: ICF.

В сегашната система за ТЕЛК човек с протеза често получава *50% или повече* инвалидност за 2 или 3 години (или пожизнено при определени условия).

Чрез ICF контролът би изглеждал така:

1. *Обективен напредък.* Ако 6 месеца след операцията профилът показва **d450.1** (леко затруднение в ходенето), държавата може да спре финансовата помощ за инвалидност, но да предложи *целва помощ за специализирана рехабилитация*, за да сведе степента до 0.

2. *Предотвратяване на трайната инвалидност.* При успешно протезиране човекът *не е инвалид* в класическия смисъл. ICF позволява системата да го разпознае като възстановен и да спре изплащането на пенсии, които социалната система в момента губи за хора, които са се завърнали към нормален живот и работа.

3. *Справедливост.* Ако операцията е неуспешна или има отхвърляне на протезата, ICF веднага ще отчете **d450.4** (пълна невъзможност за ходене) и ще активира максимална подкрепа.

Икономически и социален ефект при въвеждане на ICF

Преходът към ICF би позволил на държавата да спести между 15 и 20% от ресурса, насочвайки го от случаи, които са обективно доказани, към най-тежко болните, които в момента са недофинансирани (вж. табл. 7). Основната пречка остава политическата цена, тъй като реформата ще изисква преразглеждане на статута на стотици хиляди граждани.

Таблица 7. Концептуална разлика: сегашен модел на медицинска експертиза на работоспособност vs оценка на функционалността по ICF

Критерий	Медицинска експертиза на работоспособността (сегашна система)	ICF модел – оценка на функционалността (бъдеща система)
Фокус на оценката	Диагноза (код по МКБ)	Функционалност и дейности
Екип	Само лекари	Лекари, социални работници, терапевти
Контрол	Нисък (хартиени епикризи)	Висок (функционални тестове)
Цел на помощта	Пасивност (пенсия за инвалидност)	Активност (реhabилитация и труд)
Справедливост	„На калпак“ (еднакво за всички)	Таргетирано според реалните нужди

Източник: Изготвена от автора.

За да бъде реализиран преходът към функционалния модел на ICF в България, е необходима мащабна ревизия на законодателството. Основната пречка пред въвеждането на ICF е, че се изисква цялостна реформа на администрацията и на процесите, както и обучение на хиляди кадри. Това би превърнало ТЕЛК от „комисия за пенсии“ в „комисия за подкрепа и интеграция“. Текущата реформа (2024–2026 г.) вече полага основите на тази трансформация чрез дигитализация и чрез премахване на териториалния принцип, но същинското внедряване на ICF изисква промени в следните направления (вж. табл. 8):

1. *Промени в Закона за здравето.* Това е фундаменталната стъпка за промяна на философията на експертизата:

- *предефиниране на медицинската експертиза* – въвеждане на законово определение за експертиза на функционирането, която да допълни или замени сегашната медицинска диагноза;
- *мултидисциплинарни комисии* – промяна в състава на ТЕЛК (чл. 103), като

към лекарите се добавят *социални работници, ерготерапевти и психолози* като равноправни членове при вземането на решение.

2. *Промени в Закона за хората с увреждания.* Целта е обвързване на подкрепата с индивидуалната функционалност, а не само с процента увреждане в решението:

- *методика за индивидуална оценка* – актуализиране на методиката по чл. 20, ал. 1, за да включва *WHODAS 2.0* или други инструменти на ICF за оценка на деветте области на живота (комуникация, мобилност, самообслужване и т.н.);
- *трансформация на помощите* – месечната финансова подкрепа трябва да се раздели на *медицинска добавка* (за лекарства и терапия) и *добавка за социално включване* (според индивидуалните бариери в средата).

3. *Промени в Кодекса за социално осигуряване.* Това е най-критичната част за финансовата устойчивост на системата:

- *пенсии за инвалидност* – регламентиране на *временна пенсия за рехабилитация*. Вместо пожизнена пенсия при диагноза подкрепата се дава за период на възстановяване, като спирането ѝ се обвързва с функционален напредък (например след успешно протезиране);
- *трудова интеграция* – въвеждане на механизъм за *частична работоспособност*, който позволява на хората да работят, без да губят пълния размер на подкрепата си, ако функционалният им дефицит остава висок.

Таблица 8. Обобщение на законодателните стъпки

Нормативен акт	Конкретна промяна	Очакван ефект
Закон за здравето	Въвеждане на ICF като стандарт за експертиза	Обективност и премахване на субективизма
Наредба за медицинската експертиза	Задължителни функционални тестове (WHODAS)	Трудни за фалшифициране данни
Закон за хората с увреждания	Обвързване на асистентите само с функционален дефицит	Справедливо разпределение на ресурса
Кодекс за социално осигуряване	Обвързване на пенсиите със задължителна рехабилитация	Връщане на хората на пазара на труда

Източник: Изготвена от автора.

За да илюстрираме как *законодателните промени* ще променят живота на един пациент, представяме сравнителен пример за най-честата диагноза в България – *последстви от мозъчен инфаркт (инсулт)*.

Пример: Пациент със средно тежък исхемичен инсулт (едностранна пареза)

1. Сегашният модел (медицинска експертиза)

Сега комисията гледа само епикризата и неврологичния статус.

- *Диагноза:* МКБ I69.3 (Последици от мозъчен инфаркт).
- *Решение:* 80% ТЕЛК за период от 3 години или пожизнено.
- *Резултат:* Лицето получава инвалидна пенсия и месечна добавка, но системата не се интересува дали то може да се обслужва само или дали рехабилитацията му помага.

2. Бъдещият модел (функционален профил по ICF)

Предимства на ICF модела:

- *Обективност.* Чрез функционални тестове (мобилност, самообслужване) се намалява рискът от фалшифициране на диагнози.
- *Ефективност.* Позволява спиране на помощи при успешно възстановяване (например след смяна на тазобедрена става) и насочване на ресурс към най-тежките случаи.
- *Интеграция.* Насърчава връщането на пазара на труда чрез индивидуални планове за рехабилитация.

Вместо само да се определя процентът от експертизата, при ICF модела се изготвя детайлен профил на възможностите, разделен на четири нива (степен от 0 – няма проблем, до 4 – сериозен проблем):

Категория по ICF	Код и описание	Степен на затруднение
Телесни функции	b730 (Мускулна сила на едната страна)	3 (Тежка загуба)
	b167 (Езикови функции – афазия)	2 (Умерено затруднение)
Дейности и участие	d450 (Ходене на кратки разстояния)	3 (Може само с проходилка)
	d510 (Миене и къпане)	3 (Изисква асистент)
	d850 (Платена заеост/работа)	4 (Пълна невъзможност за физически труд)
Фактори на средата	e150 (Дизайн на сградата – без асансьор, а лицето живее на 4-тия етаж)	-3 (Тежка бариера)
	e310 (Подкрепа от семейството)	+3 (Силен улеснител)

Тази оценка променя отношението към пациента, а именно:

1. *Таргетирана подкрепа.* Държавата вижда, че най-големият проблем не е самата диагноза, а код e150 (липса на асансьор) и код d510 (нужда от къпане). Подкрепата се насочва към *личен асистент и целева помощ за достъпна среда*, а не включва просто парични средства за подпомагане.

2. *Динамичен контрол.* На всеки 6 месеца се прави нов профил. Ако чрез рехабилитация мускулната сила (b730) се подобри от степен 3 на степен 1, финансовата помощ за неработоспособност се намалява, но се увеличава подкрепата за *преквалификация* (за да може човекът да работи в офис въпреки прекарания инсулт).

3. *Пресичане на измамите.* Ако в профила е записано, че лицето не може да ходи (степен 3), но чрез социалните работници или по друг обективен начин се установи, че се движи свободно, това е автоматичен сигнал за системна проверка.

За излизане от кризата в системата за експертиза на неработоспособността е необходим поэтапен преход от медицински към социално-функционален модел, който включва:

Краткосрочни мерки (1–2 години):

- *автоматизиран контрол* – интеграция на НЗИС с КАТ, НОИ, АСП и АХУ; автоматично блокиране на решения при засичане на несъответствия (например на лице със 100% инвалидност поради слепота, което подновява шофьорска книжка);
- *задължителни протоколи* – дефиниране на точен набор от клинични изследвания, без които комисията няма право да определи процент.

Дългосрочната реформа от своя страна е свързана с *внедряването на модела на ICF* – той трябва да замени сегашната медицинска експертиза.

Заключение

Анализът на системата за медицинска експертиза в България (ТЕЛК) показва, че тя се намира в състояние на *критична структурна и финансова нестабилност*. Въпреки опитите за дигитализация и административни реформи през периода 2023–2024 г., системата остава „заложник“ на остарелия медицински модел, който оценява заболяването и съответното увреждане само по себе си, а не реалната способност на индивида да функционира и да се интегрира в обществото. Анализът показва, че върху системата има следните въздействия:

- *Финансов натиск и неустойчивост.* Прогнозираният публичен ресурс за подкрепа на хора с увреждания за 2026 г. надхвърля *5,5 млрд. лв.* Експлозивното нарастване на разходите за месечна финансова подкрепа (ръст от

над 550% спрямо 2017 г.) е пряк резултат от обвързването на помощите с линията на бедност, без да е налице механизъм за контрол върху функционалното състояние.

- *Демографски капан.* Над 50% от лицата в системата са в пенсионна възраст, което превръща медицинската експертиза в паралелен механизъм за социално подпомагане на ниските пенсии вместо в инструмент за трудова интеграция.
- *Регионални аномалии.* Наличието на сериозни диспропорции в броя на решенията по региони (например в Кърджали и Шумен) поставя под въпрос ефективността на териториалния контрол и обективността на експертите.

Единственото устойчиво решение за излизане от кризата е преходът към модел, прилагаш *Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF)* на СЗО. Този модел би променил парадигмата от „пасивно получаване на пенсия/подпомагане“ към „активна интеграция и рехабилитация“, което би позволило да се постигне:

- *по-голяма обективност и прецизност* – използването на функционални тестове и мултидисциплинарни екипи (лекари, социални работници, терапевти) ще намали субективизма и корупционния риск;
- *справедливост и оптимизация* – спестяването на около 15-20% от ресурса чрез прекратяване на плащанията при възстановени функции (например след успешно протезиране) ще даде възможност за по-адекватно финансиране на най-тежките случаи;
- *динамичен контрол* – подкрепата ще бъде обвързана с реалните бариери в средата и с напредъка в рехабилитацията.

В заключение, реформата на медицинската експертиза в България не може да бъде само административна. Тя изисква *политическа воля за цялостна законодателна промяна* в Закона за здравето, в Закона за хората с увреждания и в Кодекса за социално осигуряване.

Конфликт на интереси

Авторът декларира липса на конфликт на интереси.

Използвана литература

- European Commission. (2024). *The 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*. Institutional Paper 279. Brussels: European Commission. doi.org
- Geiger, B. B., van der Wel, K. A., & Tøge, M. (2017). Success and failure in activating disability benefit recipients: A systematic review. *International Journal of Social Welfare*, 26 (4), 312–327.
- Hristoskova, E. (2019). *Trudova meditsina i rabotosposobnost*. Sofiya: Universitetsko izdatelstvo „Sv. Kliment Ohridski“. [Христоскова, Е. (2019). *Трудова медицина и работоспособност*. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“] (in Bulgarian).
- Kodeks na truda. Obn. *Darzhaven vestnik*, br. 26 ot 1 april 1986 g., ... izm. DV., br. 115 ot 30 dekemvri 2025 g., izm. DV., br. 16 ot 10 fevruari 2026 g. [Кодекс на труда. Обн. *Държавен вестник*, бр. 26 от 1 април 1986 г., ... изм. ДВ., бр. 115 от 30 декември 2025 г., изм. ДВ., бр. 16 от 10 февруари 2026 г.] (in Bulgarian). Available at <https://www.lex.bg/laws/ldoc/1594373121>
- Kodeks za sotsialno osiguryavane. Obn. *Darzhaven vestnik*, br. 110 ot 17 dekemvri 1999 g., ... izm. DV., br. 16 ot 10 fevruari 2026 g., izm. i dop. DV., br. 25 ot 10 mart 2026 g., izm. i dop. DV., br. 27 ot 17 mart 2026 g. [Кодекс за социално осигуряване. Обн. *Държавен вестник*, бр. 110 от 17 декември 1999 г., ... изм. ДВ., бр. 16 от 10 февруари 2026 г., изм. и доп. ДВ., бр. 25 от 10 март 2026 г., изм. и доп. ДВ., бр. 27 от 17 март 2026 г.] (in Bulgarian). Available at <https://lex.bg/laws/ldoc/1597824512>
- Kostanjsek, N. (2011). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*, 11 (Suppl 4), S 3. doi.org
- Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, T. B., Kostanjsek, N., & Chatterji, S. (2006). The definition of disability: what is in a name? *The Lancet*, 368 (9543), 1219–1221. doi.org
- Ministerstvo na truda i sotsialnata politika. (2021). *Natsionalna strategiya za horata s увреждания 2021–2030 г.* Sofiya: МТСП. [Министерство на труда и социалната политика. (2021). *Национална стратегия за хората с увреждания 2021–2030 г.* София: МТСП] (in Bulgarian).
- Ministerstvo na zdraveopazvaneto. (2023). *Naredba za meditsinskata ekspertiza*. PMS № 120 ot 2017 g., posl. izm. i dop. DV. br. 10 ot 2023 g. [Министерство на здравеопазването. (2023). *Наредба за медицинската експертиза*. ПМС № 120 от 2017 г., посл. изм. и доп. ДВ., бр. 10 от 2023 г.] (in Bulgarian).
- Natsionalen osiguritelen institut. (2024). *Informatsionen byuletin: Pensii 2023*. Sofiya:

- NOI. [Национален осигурителен институт. (2024). *Информационен бюлетин: Пенсии 2023*. София: НОИ] (in Bulgarian). Available at nssi.bg
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Bulgaria: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. doi.org
- Smetna palata na Republika Bulgariya. (2021). *Oditen доклад № 0300201220 за izvarshen odit na izpalnenieto „Efektivnost na meditsinskata ekspertiza na rabotosposobnostta“*. Sofiya: Smetna palata. [Сметна палата на Република България. (2021). *Одитен доклад № 0300201220 за извършен одит на изпълнението „Ефективност на медицинската експертиза на работоспособността“*. София: Сметна палата] (in Bulgarian).
- World Bank. (2014). *Bulgaria: Options for Reforming the Disability Assessment System*. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO Press. Available at [who.int](https://www.who.int)
- World Health Organization & World Bank. (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.
- Zakon za danatsite varhu dohodite na fizicheskite litsa. Obn. *Darzhaven vestnik*, br. 95 ot 24 noemvri 2006 g., ... izm. i dop. DV., br. 113 ot 23 dekemvri 2025 g., izm. DV., br. 30 ot 27 mart 2026 g. [Закон за данъците върху доходите на физическите лица. Обн. *Държавен вестник*, бр. 95 от 24 ноември 2006 г., ... изм. и доп. ДВ., бр. 113 от 23 декември 2025 г., изм. ДВ., бр. 30 от 27 март 2026 г.] (in Bulgarian). Available at <https://lex.bg/laws/ldoc/2135538631>
- Zakon za horata s uvrezhdaniya. Obn. *Darzhaven vestnik*, br. 105 ot 18 dekemvri 2018 g., ... izm. i dop. DV., br. 39 ot 1 may 2024 g. [Закон за хората с увреждания. Обн. *Държавен вестник*, бр. 105 от 18 декември 2018 г., ... изм. и доп. ДВ., бр. 39 от 1 май 2024 г.] (in Bulgarian). Available at <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137189213>
- Zakon za mestnite danatsi i taksi. Obn. *Darzhaven vestnik*, br. 117 ot 10 dekemvri 1997 g., ... izm. i dop. DV., br. 113 ot 23 dekemvri 2025 g., izm. i dop. DV., br. 30 ot 27 mart 2026 g. [Закон за местните данъци и такси. Обн. *Държавен вестник*, бр. 117 от 10 декември 1997 г., ... изм. и доп. ДВ., бр. 113 от 23 декември 2025 г., изм. и доп. ДВ., бр. 30 от 27 март 2026 г.] (in Bulgarian). Available at <https://lex.bg/laws/ldoc/2134174720>
- Zakon za zdraveto. Obn. *Darzhaven vestnik*, br. 70 ot 10 avgust 2004 g., ... izm. i dop. DV., br. 13 ot 3 fevruari 2026 g., izm. i dop. DV., br. 16 ot 10 fevruari 2026 g. [Закон за здравето. Обн. *Държавен вестник*, бр. 70 от 10 август 2004 г., ... изм. и доп. ДВ., бр. 13 от 3 февруари 2026 г., изм. и доп. ДВ., бр. 16 от 10 февруари 2026 г.] (in Bulgarian).

Салчев, П. Анализ на системата за медицинска експертиза в България: структурни дефицити...

Bulgarian). Available at <https://www.lex.bg/laws/ldoc%20/2135489147>

Zlatilov, V. (2022). *Medicsinskata ekspertiza na rabotosposobnostta v konteksta na sotsialnata sigurnost*. Sofiya: Sibi. [Златилов, В. (2022). *Медицинската експертиза на работоспособността в контекста на социалната сигурност*. София: Сибид (in Bulgarian).

Информационни портали и анализи

Национална здравноинформационна система (НЗИС), his.bg

Национален осигурителен институт (НОИ) – статистически отчети 2017–2025, <https://nssi.bg/za-noi/misiq-i-celi/otcheti-za-deinostta/>

Агенция за социално подпомагане (АСП) – бюджетни рамки по ЗХУ, <https://asp.government.bg/>

Петко Салчев е доктор по социална медицина и управление на здравеопазването, професор в Националния център по обществено здраве и анализи, доцент в Института за икономически изследвания при Българската академия на науките, petkosalchev@yahoo.com

Petko Salchev, PhD, is a Professor at the National Center of Public Health and Analyses, Associate Professor at the Economic Research Institute at the Bulgarian Academy of Sciences, petkosalchev@yahoo.com

ANALYSIS OF THE MEDICAL EXPERTISE SYSTEM IN BULGARIA: STRUCTURAL DEFICITS, FINANCIAL SUSTAINABILITY AND STRATEGIC PATH TOWARDS THE ICF MODEL

Abstract: This article examines the state of and challenges facing the system for medical expertise determining permanent disability in Bulgaria (the TELC system). Despite recent steps towards fairer calculation of percentages, the introduction of lifetime TELC status for more diseases, digitalisation and the elimination of delays with legislative changes from 2023–2024, the system continues to suffer from serious structural deficits rooted in the strictly medical approach to disability assessment. The article analyses the increasing number of disability decisions and their impact on the long-term financial sustainability of the funds of the National Social Security Institute (NSSI). Special attention is paid to the discrepancy between medical diagnoses and real functional possibilities for integration into the labour market. The author argues that the strategic modernisation of the system requires a paradigm shift from a medical model to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. The results show that adopting a biopsychosocial approach would not only increase social justice but would also optimise public spending by more accurately targeting support and rehabilitation services.

Keywords: medical expertise; permanent disability; TELC; financial sustainability; ICF model; Bulgaria; social security

JEL codes: H55; I18; J14

Как да се цитира тази статия: How to cite this article:

Salchev, P. (2025). Analiz na sistemata za meditsinska ekspertiza v Balgariya: strukturni defitsiti, finansova ustoychivost i strategicheski pat kam ICF modela. (Analysis of the Medical Expertise System in Bulgaria: Structural Deficits, Financial Sustainability and Strategic Path towards the ICF Model). *Economic Thought Journal*, 71 (2), 244–274 (in Bulgarian). <https://doi.org/10.56497/etj2671203>