

## ВЛИЯНИЕ НА НЕРАВЕНСТВАТА В ПУБЛИЧНОТО ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В ЕС ВЪРХУ ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19

Боян Игнатов<sup>1</sup>, УНСС

### Резюме

*В статията се изследва връзката между публичното финансиране на здравните системи в ЕС и Великобритания и начина по който те се справят с пандемията от COVID-19. За целта се разглеждат и анализират данни за три последователни периода от 2020 г. насам и същите се оценяват към края на всеки един от тях.*

**Ключови думи:** *неравенства, публични разходи за здравеопазване, COVID-19, пандемия, здравеопазване, финансиране;*

## IMPACT OF INEQUALITIES IN PUBLIC FUNDING OF EU HEALTH SYSTEMS ON THE COVID-19 PANDEMIC

Boyan Ignatov<sup>2</sup>, University of National and World Economy

### Abstract

*This article examines the connection between public funding of health systems in the EU and the UK and how they are coping with the COVID-19 pandemic. For this purpose, data for three consecutive periods since 2020 are reviewed and analyzed and evaluated towards the end of each of them.*

**Key words:** *inequalities, public expenditures on health, COVID-19, pandemic, healthcare, financing;*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Пандемията от COVID-19 е явление, което предопределя в голяма степен начина ни на живот в последните две години. Започвайки от Китай, то обхвана на практика целия свят и доведе до сериозни изпитания за здравните системи на всички страни. Те бяха изправени пред трудности, свързани с осигуряването на необходимите медицински специалисти, легла, консумативи, медикаменти и протоколи за лечение.

Пандемията от COVID-19 засегна драстично хората, а икономическите и социалните последици от нея отекват в световен мащаб. Тя промени бизнеса, но засегна и националните

---

<sup>1</sup> Боян Игнатов е доктор по икономика. Защитава дисертация в областта на здравния мениджмънт през 2021 г. в катедра „Публична администрация“ при УНСС. Към момента е мениджър за България на фирма „Медиклим“ ЕООД;

<sup>2</sup> Boyan Ignatov has a Phd in economics. He defended his dissertation in the field of health management in 2021 at the Department of Public Administration at UNWE. Currently, he is Country manager for Bulgaria at Mediclim EOOD;

икономически системи (Shterev, 2021). В резултат на това не само международната търговия е намалена, но има и промяна в националните и глобалните вериги за създаване на стойност. Значително е влиянието на пандемията от COVID-19 върху раждаемостта и смъртността в световен мащаб. Данните от Европа показват рязък спад в броя раждания до края на 2020 г. (Harper, 2021). В Италия и Испания, например, се наблюдава спад от 20% в месечния брой на ражданията между декември 2019 г. и декември 2020 г., като в последния от тези месеци се отчита най-ниското месечно ниво на раждаемостта в Испания от 1941 г. насам, годината от която се води тази статистика. Франция отбелязва спад от 13,3% в ражданията през януари 2021 г. спрямо декември 2020 г., което е най-големия спад в два последователни месеца от 45 години. Проучване на учени от Университета в Цюрих показва, че през 2020 г. в Швейцария, Швеция и Испания са регистрирани най-високите стойности на смъртни случаи, в следствие на инфекциозна болест, от 1918 г. насам (Staub, 2022).

Справиха ли се всички страни еднакво добре в борбата с COVID-19 ? Има ли връзка между готовността на всяка здравна система и нейното функциониране в условията на пандемия и нивата на публичното ѝ финансиране ? Целта на настоящото изследване е да сравни протичането на пандемията от COVID-19 в страните от Европейския съюз (ЕС) и Великобритания и да се търси връзка с нивата на публичните разходи за здравеопазване в тези страни.

## **МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

Като основен индикатор за оценка на протичането на пандемията от COVID-19 ще бъде използван показателят брой починали, като процент от общият брой заразени във всяка държава. Той ще бъде разгледан и анализиран за три последователни периода от време, съответно към 30.06.2020 г., 31.12.2020 г. и 31.12.2021 г. Целта е да се оцени ситуацията във всяка страна, съответно в краткосрочен (в първите седмици след началото на пандемията), средносрочен (до появата на първите ваксини и тяхното масово прилагане) и дългосрочен (цялата 2021 г. с няколко налични ваксини и протоколи за лечение) план. Този подход ще позволи разглеждането на броя починали, като процент от общия брой заболели от COVID-19 и в динамика, което ще добави информация, която да ни покаже адекватността на съответната здравната система за адаптация към новите условия на функциониране. След това ще се съпоставят нивата на публично финансиране в отделните държави с цел да се изведат определени зависимости между тях и функционирането на съответната здравна система.

## **РЕЗУЛТАТИ**

В наскоро приключило свое изследване, авторът доказва наличието на сериозни неравенства във финансирането на здравните системи на страните от ЕС (Игнатов, 2021). Това е валидно, както по отношение на публичните, така и по отношение на частните разходи за здравеопазване в тях. Ясно беше показано съществуването на клъстери от държави в ЕС, съответно отделящи повече и по-малко средства за здравеопазване и беше доказано

наличието на зависимост на здравните показатели на населението от финансирането на здравната система в съответната страна.

**Таблица 1. Средна стойност на публичните разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност за страните от ЕС за 2000 – 2018 г.**

№	Държава	Средно за периода 2000 - 2018 г.	№	Държава	Средно за периода 2000 - 2018 г.
1	Люксембург	\$4 376,24	15	Португалия	\$ 1 609,71
2	Дания	\$3 382,56	16	Малта	\$ 1 568,25
3	Швеция	\$3 265,62	17	Чешка република	\$ 1 564,85
4	Германия	\$3 218,28	18	Гърция	\$ 1 351,16
5	Австрия	\$3 045,54	19	Словакия	\$ 1 189,07
6	Ирландия	\$3 017,92	20	Хърватска	\$ 1 131,34
7	Белгия	\$2 896,15	21	Унгария	\$ 1 033,96
8	Нидерландия	\$2 856,91	22	Естония	\$ 975,11
9	Франция	\$2 771,17	23	Литва	\$ 874,07
10	Великобритания	\$2 725,54	24	Полша	\$ 866,20
11	Финландия	\$2 591,02	25	Кипър	\$ 819,08
12	Италия	\$2 206,39	26	Румъния	\$ 631,56
13	Испания	\$1 885,59	27	Латвия	\$ 617,99
14	Словения	\$1 621,24	28	България	\$ 550,48

*Източник:* <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PP.CD>  
и изчисления на автора

Публичните разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност е показателят, който с най-голяма тежест влияе върху здравните показатели на населението и притежава висока информационна стойност, поради което той ще бъде използван и в настоящото изследване, за сравняване на нивата на публично финансиране в отделните страни.

В таблица 1 са дадени средните стойности на показателя за периода 2000 – 2018 г., за всяка от страните. Най-високите средни публични разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност имаме в Люксембург, Дания, Швеция и Германия, а най-ниски са в България, Латвия, Румъния и Кипър. Разликата между страната с най-високи и страната с най-ниски разходи е почти 8 пъти или близо 4000 \$ годишно. Таблица 1 ще бъде използвана като отправна точка при по-нататъшните международни сравнения.

Данните за кумулативния общ брой случай на заразени с COVID-19 и броя на починалите към 30.06.2020 г. за всяка страна е даден в таблица 2. Те са подредени в намаляващ ред, според процента на починалите. В повечето страни от ЕС първите случаи на заразени с коронавирус хора бяха регистрирани през първата половина на месец март 2020 г. До края на същият месец в голяма част от тях бяха приложени драстични мерки за ограничаване на разпространението на вируса – вземайки предвид влошаващата се ситуация и засягането на

различни сектори (здравеопазване, консулска закрила, гражданска защита, икономика), председателството на ЕС задейства механизма IPCR<sup>3</sup> на режим пълно активиране. Финансова помощ в размер на милиарди евро в подкрепа на различни сектори (здравеопазване, социално и икономическо възстановяване) беше отпусната чрез Европейската инвестиционна банка. Данните в таблица 2 ни показват ситуацията във всяка страна три месеца след началото на пандемията.

Малко изненадващо, страните с най-висока смъртност сред заболялите в този първи етап на пандемията са Франция, Белгия, Италия и Великобритания, а най-ниски са нивата в Малта, Словакия и Кипър. Въпреки че разликата между най-ниската и най-високата стойност на смъртността е много голяма (близо 15 пъти) видно е, че в този първи етап смъртността като цяло е изключително висока. Италия беше първата европейска страна, в която беше регистриран човек, заразен със SARS-COV-2 в края на февруари 2020 г., като първият случай на починал от COVID-19 е от 21.02.2020 г. (Doriguzzi et al., 2021). Първата епидемична вълна там беше наблюдавана между края на февруари и май 2020 г. и се характеризира с голяма географска хетерогенност: най-засегнати са северните райони, също и по отношение на смъртността, докато в центъра и на юг епидемията има по-слабо въздействие. Пандемията от COVID-19 оказва значително влияние върху демографията на Франция (Pison, 2021). Смъртните случаи там се увеличават значително, а ражданията намаляват, което води до спадане на очакваната продължителност на живота при раждане с 0,4 години за жените и 0,6 години за мъжете. С регистрирана смъртност от 4,61% до 30.06.2020 г. България се нарежда до страни като Германия и Дания в които традиционно се счита, че предоставяните здравни услуги са на много високо ниво, а публичните средства за здравеопазване значително надвишават тези в нашата страна.

Сравнение между ранжираните страни от двете таблици показва, че в този първи етап от пандемията не можем да търсим връзка между публичното финансиране и готовността на съответната страна за явление с такива мащаби. Така например, страните с най-ниски нива на публично финансиране – България, Латвия, Румъния и Кипър, са в средата на таблицата, отнасяща се до процента на смъртни случаи, а Кипър е дори в първата тройка на страните с най-нисък брой жертви, заедно с Малта и Словакия. В същото време, едни от страните с най-високи публични разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност, са на последните места, т.е. с най-голям процент починали, като следствие на заразяване с коронавирус. Ниските нива на разпространение на вируса и смъртността от него в Малта и Кипър, през първата вълна на пандемията, може да се обясни със сходните им характеристики – и двете държави са островни, разположени са в Средиземно море, с население под 1 000 000 жители и сходна продължителност на живота (Cuschieri et al, 2022). Предполага се, че малкият географски и популационен размер на тези острови е предимство, в допълнение към прилагането на мерките за COVID-19, за

---

<sup>3</sup> IPCR (Integrated Political Crisis Response) - IPCR е механизмът на Съвета за реакция при кризи. Представява „инструмент“ в ръцете на председателството за координиране на политическия отговор на големи междусекторни и сложни кризи, включително терористични актове.

ограничаване на разпространението на вируса и поддържане на ниска смъртност. В случая с Малта, която е страната с най-малък брой починали, едва 9 души или 1,34% от заболелите от COVID-19, причините могат да се търсят и в ефективните интервенции в общественото здравеопазване, масовото тестване на населението (Малта е трета в света по брой тествани на глава от населението), дистанционното наблюдение на пациентите вероятно са допринесли за тези благоприятни резултати (Micallef, 2020).

**Таблица 2. Общ брой заразени и починали от COVID-19 в страните от ЕС и Великобритания към 30.06.2020 г.**

Държава	Общ брой случаи на COVID-19	Брой починали	%
Малта	670	9	1,34%
Словакия	1 665	28	1,68%
Кипър	1 002	19	1,90%
Латвия	1 118	30	2,68%
Чешка република	11 861	346	2,92%
Люксембург	3 516	110	3,13%
Естония	1 989	63	3,17%
Португалия	45 637	1 576	3,45%
Литва	1 746	61	3,49%
Хърватска	2 725	107	3,93%
Австрия	17 766	705	3,97%
Полша	34 393	1 463	4,25%
Финландия	7 214	328	4,55%
България	4 989	230	4,61%
Германия	195 832	9 079	4,64%
Дания	12 768	609	4,77%
Гърция	3 390	192	5,66%
Румъния	26 582	1 655	6,23%
Ирландия	25 555	1 727	6,76%
Словения	1 600	111	6,94%
Швеция	67 867	5 475	8,07%
Испания	256 196	29 385	11,47%
Нидерландия	50 273	6 113	12,16%
Унгария	4 145	585	14,11%
Великобритания	282 690	40 454	14,31%
Италия	241 738	34 959	14,46%
Белгия	61 427	9 684	15,77%
Франция	154 658	29 818	19,28%

Източник: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> и изчисления на автора

Мерките за контрол на болничните инфекции също са от ключово значение за предотвратяване на значително вътреболнично разпространение на инфекцията. Тези концепции потенциално биха могли да бъдат приложени за спиране на бъдещи огнища на вирусни заболявания. Освен това, в малките островни държави мерките на ниво население са

по-лесни за прилагане, което ограничава по-ефективно разпространението на вируса в сравнение с по-големите държави. Липсата на сухопътни граници допълнително улеснява тази задача. В Словакия, добрите първоначални резултати се дължат на три основни фактора. Първият е бързото решение на правителството да въведе ограничителни мерки още от 16.03.2020 г., включващи затваряне на всички училища, ресторанти, барове и магазини, с изключение на хранителни магазини, аптеки и банки, както и забрана за всички публични събития и събирания (Beblavy, 2020).

Вторият много важен фактор е добросъвестното, доброволно и стриктно спазване на тези ограничения от населението на страната, въпреки, че Словакия като цяло се характеризира с ниски нива на доверие в политиците и правителството. В голяма степен положителен ефект изигра и реакцията на политическия елит, където не се наблюдават разногласия относно сериозността на заплахата и необходимостта от ограничения, за разлика от много други страни. Третият основен фактор са медиите. Коронавирусната криза увеличи читателската аудитория на по-сериозните медии, докато конспиративните сайтове, фокусирани върху здравни проблеми, които са обикновено много популярни в Словакия, пренебрегнаха напълно вируса в продължение на няколко седмици. Това позволи на масовите медии да доминират в обществения дискурс. Дори когато критикуват конкретни действия на правителството основните медии не омаловажават необходимостта от стриктно спазване на ограниченията. Те изиграха огромна роля в кризата с коронавируса не само като държаха правителството отговорно, но и бързо разпространявайки нови социални норми. Докато ранните и решителни действия от страна на правителствата са от решаващо значение в борбата с коронавируса, случаят със Словакия показва, че медиите и гражданското общество могат да компенсират в значителна степен слабостта на обществените здравни институции чрез изграждане на консенсус относно спазване на необходимите мерки за намаляване на разпространението на коронавируса.

В много голяма степен обяснението за високата смъртност на заболели от COVID-19 в тези първи месеци от пандемията може да се търси в неизвестността, относно болестта, мащаба и скоростта на нейното разпространение. Това е времето, когато здравните системи търсеха начини да се адаптират към новата ситуация и капацитета на всяка една от тях да се справи с тази задача беше от ключово значение за по-нататъшното им функциониране.

По-различно изглеждат стойностите на този показател към 31.12.2020 г., данните за което са показани в таблица 3. В рамките на шестте месеца между юни и декември 2020 г. смъртността в повечето страни от ЕС и Великобритания намалява значително, макар и с различни темпове. Ако към 30.06.2022 г. средната смъртност за всички тях е 6,77%, то към 31.12.2020 г. тя е вече 2,06%. Това е времето на втората вълна на вируса, в което лидерите на страните от ЕС се обединяват все повече около необходимостта от засилване на колективните усилия за борба с пандемията от COVID-19. Започват да се формират политиките за тестване и проследяване на населението, правят се сериозни инвестиции в разработването на ваксини и се набеязват области за развитие на сътрудничеството, свързани с тях: справедливо разпределение между държавите членки, критерии за

определяне на приоритетните групи, логистични предизвикателства и затруднения, комуникационна дейност.

**Таблица 3. Общ брой заразени и починали от COVID-19 в страните от ЕС и Великобритания към 31.12.2020 г.**

Държава	Общ брой случаи на COVID-19	Брой починали	%
Кипър	22 309	119	0,53%
Дания	163 479	1 269	0,78%
Естония	27 252	226	0,83%
Люксембург	46 602	498	1,07%
Словакия	173 228	2 138	1,23%
Литва	142 014	1 802	1,27%
Нидерландия	796 981	11 432	1,43%
Финландия	36 107	561	1,55%
Латвия	39 043	635	1,63%
Португалия	413 678	6 830	1,65%
Чешка република	719 298	11 887	1,65%
Малта	12 774	219	1,71%
Австрия	360 815	6 222	1,72%
Хърватска	208 446	3 920	1,88%
Германия	1 745 518	34 313	1,97%
Швеция	454 758	9 817	2,16%
Полша	1 294 766	28 022	2,16%
Словения	119 740	2 697	2,25%
Ирландия	92 112	2 226	2,42%
Испания	1 958 030	50 837	2,60%
Франция	2 440 416	64 780	2,65%
Румъния	627 941	17 744	2,83%
Унгария	319 543	9 537	2,98%
Белгия	644 242	19 245	2,99%
Великобритания	2 427 039	73 621	3,03%
Гърция	137 918	4 838	3,51%
Италия	2 102 994	74 237	3,53%
България	202 266	7 576	3,75%

Източник: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> и изчисления на автора

Прави впечатление драстичната промяна на смъртността в няколко държави. Във Франция тя спада от 19,28% до 2,65%, което е намаление с повече от 7 пъти. След като първата вълна на епидемията отминава, Франция се е справила със здравната криза по-добре от другите страни с високи доходи, но без да компенсира първоначалните си недостатъци (Barna, 2022). Страната в действителност полага огромни усилия, като увеличава бюджета си за здравеопазване с 8% през 2020 г. в сравнение с 2019 г., което води до дефицит от 30 милиарда евро за здравния сектор (20 пъти повече от 2019 г.). На този фон представянето на Франция изглежда спорно, като се има предвид състоянието на френската система за

здравеопазване и относително високия дял от брутния вътрешен продукт (БВП), който тя отделя за здравеопазване. Въпреки това, може да се твърди, че качеството на здравната система на Франция заедно с изключителното участие и сътрудничество на здравните работници успяват да компенсират в значителна част високата смъртност, регистрирана в началото на здравната криза, която произтича главно от състоянието на общественото здраве на страната, централизацията и липсата на гъвкавост на френската здравна система. В Нидерландия спадът е повече от 8 пъти, а в Италия и Белгия съответно 4 и 5 пъти. Въпреки това, смъртността в тези две държави остава относително висока. Към края на 2020 г. Италия е на 37-мо място в света по брой заразени и на 4-то място в света по брой починали на глава от населението. В много голяма степен причините за това се търсят в застаряващото население (през 2019 г. Италия има най-възрастното население в Европа, с 22,8% от хората над 65 г.), социалната структура на обществото, в която младите често живеят с по-старите си роднини, излагайки ги на опасност от заразяване, недостатъчно финансирана здравна система и липсата на добра подготовка и организация. В случаят на Белгия, обяснението за незадоволителните първоначални данни се крие в голямата гъстота на населението, което затруднява социалната дистанция и улеснява предаването на вируса, както и в конфликта между регионалните и федерални лидери. Белгия има уникална конфигурация, разделена е на три общности (френска, немска и фламандска) и три региона (Брюксел-столица, фламандски и валонски). Те споделят различни политически отговорности помежду си. Например, докато общностите наблюдават образованието, регионите имат думата по икономическите въпроси. В Дания смъртността пада до 0,78% (повече от 6 пъти), което изкачва страната на второ място по този показател в целия ЕС. Смъртността в България намалява от 4,61% до 3,75%, което изпраща страната ни на последно място, с най-висока смъртност от всички 28 страни. Както навсякъде в Европа, втората вълна на вируса удари силно нашата страна. След като се справи прилично през пролетта, България бавно затегна ограничителните мерки, тъй като случаите започнаха да се увеличават през есента. В същото време десетилетията на необузdana корупция и непотизъм подкопаха общественото доверие в институциите и желанието на хората да следват заповедите на правителството (Dzhambazova, 2020). Именно в тази ситуация България плати цената за вече нефункциониращата здравна система, отслабена в годините от медицински специалисти, напускащи страната. Единствената страна, в която смъртността се увеличава за тези 6 месеца е Малта. По-този начин страната отстъпва първото място, което заема на 30.06.2020 г. с 1,34% и се нарежда на 12 място с 1,71% починали от общия брой заразени с коронавирус. В таблица 4 са данните за кумулативния общ брой случай на заразени с COVID-19 и броя на починалите към 31.12.2021 г. за всяка страна от ЕС.



**Таблица 4. Общ брой заразени и починали от COVID-19 в страните от ЕС и Великобритания към 31.12.2021 г.**

Държава	Общ брой случаи на COVID-19	Брой починали	%
Кипър	166 827	638	0,38%
Дания	787 371	3 267	0,41%
Финландия	260 292	1 564	0,60%
Нидерландия	3 132 745	20 924	0,67%
Ирландия	788 559	5 912	0,75%
Естония	241 406	1 932	0,80%
Люксембург	103 766	915	0,88%
Малта	52 473	477	0,91%
Австрия	1 278 619	13 733	1,07%
Швеция	1 336 942	15 337	1,15%
Великобритания	12 935 668	148 624	1,15%
Словения	464 050	5 589	1,20%
Франция	9 972 800	123 741	1,24%
Белгия	2 089 657	28 308	1,35%
Португалия	1 389 646	18 955	1,36%
Литва	519 747	7 378	1,42%
Испания	6 294 745	89 447	1,42%
Чешка република	2 477 271	36 210	1,46%
Германия	7 176 448	112 756	1,57%
Латвия	276 674	4 570	1,65%
Гърция	1 210 853	20 790	1,72%
Хърватска	715 245	12 538	1,75%
Словакия	841 733	16 635	1,98%
Италия	6 008 744	137 562	2,29%
Полша	4 108 216	97 054	2,36%
Унгария	1 256 415	39 186	3,12%
Румъния	1 808 891	58 787	3,25%
България	747 108	30 955	4,14%

Източник: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> и изчисления на автора

За времето от 31.12.2020 г. до 31.12.2021 г. броя починали, като процент от общия брой заразени продължава да намалява и средната стойност на показателя за всички страни е вече 1,5%, срещу 2,06% една година по-рано. Въпреки това, в седем от държавите смъртността сред заболелите се е увеличила – това са България, Румъния, Унгария, Полша, Словакия, Латвия и Литва. Това отрежда и незавидно място на тези страни в дъното на таблицата, с най-висока смъртност в ЕС, а България категорично запазва последното си място с 4,14% починали от общия брой заразени.

Основният фактор, на който се разчиташе да промени коренно протичането на пандемията от COVID-19 през 2021 г. бяха първите разработени ваксини. Дългоочакваната им поява в края на 2020 г. бе съпътствана с огромен оптимизъм, но и с много резерви в голяма част от

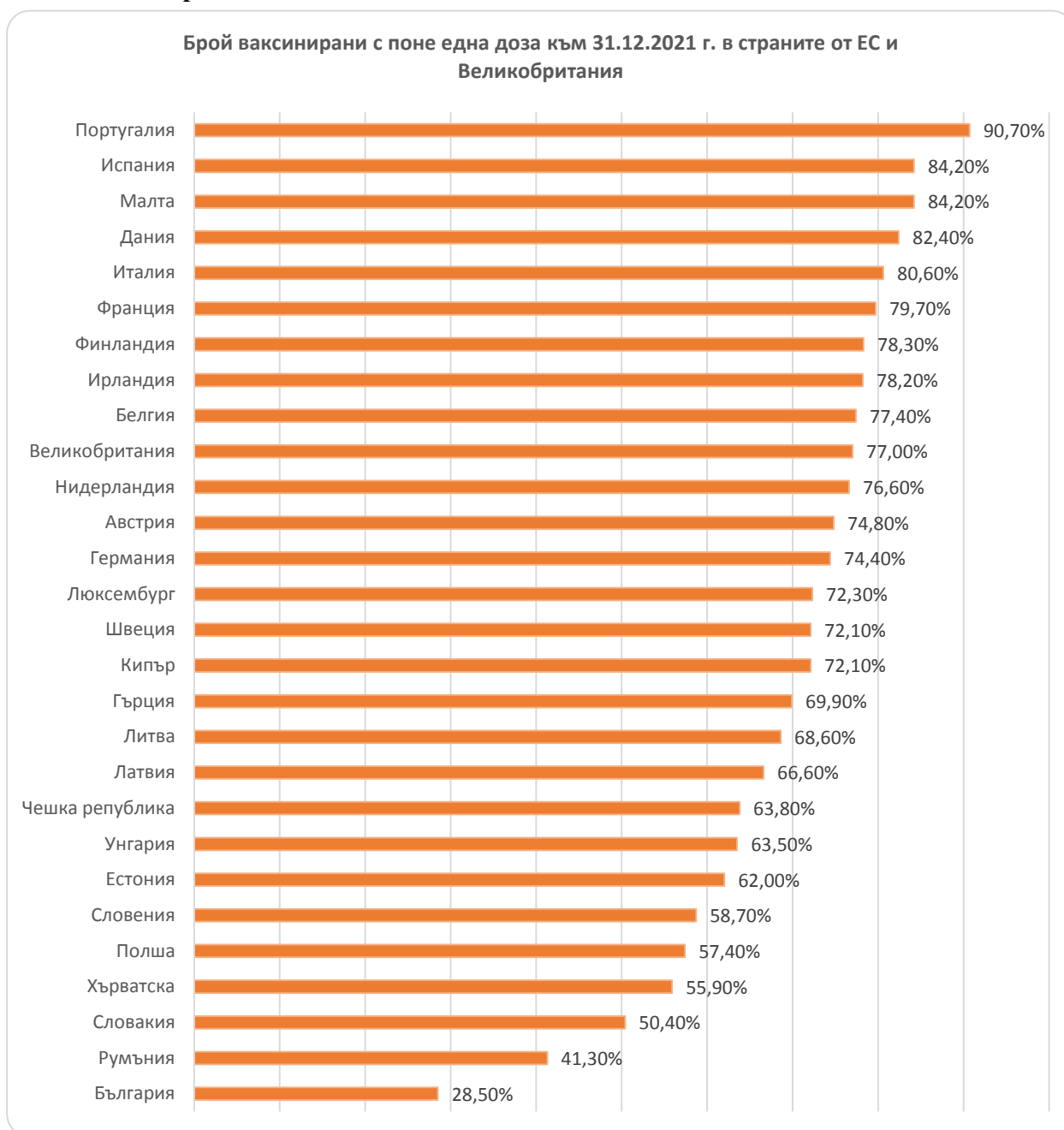
европейските граждани. Бяха разработени мащабни информационни кампании, политическите лидери в цяла Европа призоваваха за масова ваксинация и постигане на групов имунитет възможно най-скоро. Доставките за всички страни от ЕС бяха договорени и се осъществяваха по план. И докато в много от западните държави първоначалният песимизъм или дори страх от действието на ваксините постепенно изчезна, то в България и някои от другите по-нови страни-членки този процес се задълбочи. На фигура 1 е показано ваксинационното покритие в страните от ЕС и Великобритания към 31.12.2021 г. показващо относителния дял на населението в съответната страна с поне една поставена доза ваксина<sup>4</sup> срещу COVID-19. Тя илюстрира огромната пропаст в доверието към ваксините, спомената по-горе. България е страната с най-ниско покритие от всички страни в ЕС с едва 28,50% ваксинирано население, като дори разликата с втората страна с най-ниско покритие Румъния е значителна. Едва ли е случайно, че страните с най-висока смъртност, като процент от броя заболели към 31.12.2021 г. са и тези, които са с едни от най-ниските нива на ваксинация (България, Румъния, Словакия, Полша, Хърватска). В случая на България една от слабостите, която се прояви при тази криза беше липсата на здравен маркетинг. Здравният маркетинг се определя като маркетинг на продукти и услуги, свързани със здравето (Thomas, 2008). Здравеопазването е емблематичен пример за липсата на информация, което определя пазарната сила на предлагането (Вълков, Пенкова, 2015). Обикновено пациентите и лекарите не могат да бъдат сигурни в резултатите от лечението, което прави разяснителните кампании абсолютно задължителни. Обикновено пациентите търсят отговори на въпроси като: какви здравословни проблеми могат да се очакват, кой или какво може да даде решение на проблема, къде да намерят необходимата информация, какво да очакват, какво получават в резултат на лечението, и т.н.

Особеното при България е, че страната ни е с най-лошите от всички разгледани показатели досега – най-висока смъртност, най-ниско ниво на публично финансиране и най-ниско ниво на ваксинация. Това са сериозни индикатори и поредно доказателство за сериозните проблеми, от които е раздирана здравната система в България в продължение на десетилетия. Освен това, в сравнителен международен план България оглавява и още една негативна класация - за най-висок относителен дял на лицата, изложени на риск от бедност и социално изключване (Велева, 2018), като най-висок е относителния дял на лицата на възраст 65+ години.

---

<sup>4</sup> За страните от ЕС като източник на тази информация е използван интернет сайт <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu>, а поради липсата на данни за Великобритания е използван сайта <https://ourworldindata.org>

**Фигура 1. Брой ваксинирани с поне една доза срещу COVID-19 в страните от ЕС и Великобритания към 31.12.2021 г.**



**Източник:** <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab> и <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=GBR>

Кампанийният подход и липсата на политическа воля за сериозна промяна превръщат българското население в заложник на неработещата и неефективна система на здравеопазване, което в комбинация с останалите социално-икономически фактори превръща страната ни в една от най-бързо изчезващите от световната карта. Централен проблем и същевременно възможност за по-успешно развитие на здравеопазването в България е необходимостта от постепенно нарастване на публичните средства в здравеопазването

(Пенкова и колектив, 2019). Това би подобрило включително конкурентоспособността на болничните лечебни заведения и предоставяната стойност за потребителите (Вълков, 2007).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изследването показва, че не можем да търсим съществена връзка между нивата на публично финансиране и готовността на здравната система на съответната страна за действие при пандемия от подобен мащаб. Очевидно е в случая, че всички държави от ЕС и Великобритания регистрират относително по-висока смъртност в месеците след появата на първите заразени в коронавирусна инфекция. В огромната си част обаче, страните отделящи повече публични средства за здравеопазване са тези, които се справят много по-добре в средносрочен и дългосрочен план. Това означава, че техните здравни системи се адаптират по-бързо и по-качествено към промените, настройвайки се към новите условия на работа. Разбира се, съществуват много фактори, които не са за подценяване и оказват значително влияние в ситуации като тази. Някои държави се представиха добре в пандемията, други не толкова. И това важи както за демокрациите така и за автократиите. Факторите, обясняващи успешните реакции срещу пандемията, са държавния капацитет, социалното доверие и лидерството (Fukuyama, 2020). Държавите, които разполагат и с трите – компетентен държавен апарат, правителство, на което гражданите се доверяват и ефективни лидери се представиха впечатляващо, като успяха да ограничат претърпените щети до поносимия минимум. Държавите с нефункционални правителства, поляризирана общества или лошо лидерство се справиха зле, а гражданите и икономиките им се оказват изложени и уязвими за последствията от кризата.

## БИБЛИОГРАФИЯ

Велева, Р., Публични политики за намаляване на лицата в риск от бедност и социално изключване, научни трудове на УНСС, Издателски комплекс – УНСС, том 4, 161-172, София, 2018 [Veleva, R., Publichni politiki za namalyavane na litsata v risk ot bednost i sotsialno izklyuchvane, nauchni trudove na UNSS, Izdatelski kompleks – UNSS, tom 4, 161-172, Sofia, 2018]

Вълков, А., Конкурентоспособност на публичните многопрофилни болници: концепция, показатели и стратегии за подобряване на конкурентните позиции, Икономически алтернативи, брой 3, 2007 [Valkov, A., Konkurentosposobnost na publichните mnogoprofilni bolnitsi: kontseptsia, pokazateli i strategii za podobryavane na konkurentnite pozitsii, Ikonomicheski alternativi, broy 3, 2007]

Игнатов, Б., Неравенства в здравните системи на европейските страни, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”, УНСС, София, 2021 [Ignatov, B., Neravenstva v zdravните sistemi na evropeiskite strani, Disertacionen trud za prisajdane na obrazovatelna i nauchna stepen “Doktor”, UNSS, Sofia, 2021]

Пенкова, Е. и колектив, Пазарни и непазарни алтернативи при публично финансираните услуги, Издателски комплекс – УНСС, София, 2019 [Penkova, E. i kolektiv, Pazarni i nepazarni alternativi pri publichno finansiranite usluzhi, Izdatelski kompleks – UNSS, Sofia, 2019]

- Barnay, T., Why France is among the high-income countries where the most people died of Covid-19, 2022, <https://theconversation.com/why-france-is-among-the-high-income-countries-where-the-most-people-died-of-covid-19-176082>
- Beblavy, M., How Slovakia Flattened the Curve, 2020, <https://foreignpolicy.com/2020/05/06/slovakia-coronavirus-pandemic-public-trust-media/>
- Cuschieri, S., Pallari, E., Hatziyianni, A., Sigurvinsdottir, R., Sigfusdottir, I. D., & Sigurðardóttir, Á. K. (2022). Mortality comparisons of COVID-19 with all-cause and non-communicable diseases in Cyprus, Iceland and Malta: lessons learned and forward planning. *Public health*, 202, 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.025>
- Dorrucchi, M., Minelli, G., Boros, S., Manno, V., Prati, S., Battaglini, M., Corsetti, G., Andrianou, X., Riccardo, F., Fabiani, M., Vescio, M. F., Spuri, M., Urdiales, A. M., Martina, D. M., Onder, G., Pezzotti, P., & Bella, A. (2021). Excess Mortality in Italy During the COVID-19 Pandemic: Assessing the Differences Between the First and the Second Wave, Year 2020. *Frontiers in public health*, 9, 669209. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.669209>
- Dzhambazova, B., Bulgaria's health system on brink of collapse from coronavirus crisis, 2020, <https://www.politico.eu/article/bulgaria-health-crisis-coronavirus-hospitals-deaths>
- Fukuyama, F., The Pandemic and Political Order, *Foreign affairs*, August, 2020;
- Harper, S., The impact of the Covid-19 pandemic on global population ageing, *Journal of population ageing* 14, pages 137–142, 2021, <https://doi.org/10.1007/s12062-021-09330-w>
- Micallef, S., Piscopo TV, Casha R, Borg D, Vella C, Zammit M-A, et al. (2020) The first wave of COVID-19 in Malta; a national cross-sectional study. *PLoS ONE* 15(10): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239389>
- Pison, G. & Meslé, F. (2021). France 2020: 68 000 décès supplémentaires imputables à l'épidémie de Covid-19, *Population & Sociétés*, 587, 1-4, <https://doi.org/10.3917/popsoc.587.0001>
- Staub, K., Panczak, P., Matthes, K., Floris, J., Berlin, C., Junker, C., Weitkunat, R., Mamelund, S., Zwahlen, M., Riou, J., Historically High Excess Mortality During the COVID-19 Pandemic in Switzerland, Sweden, and Spain, *Annals of internal medicine*, February, 2022;
- Stereov, N., Economic impact of COVID-19 pandemic: case of Bulgaria, *SHS Web Conf.*, 120, 2021, <https://doi.org/10.1051/shsconf/202112002005>
- Thomas, R. *Health Care Marketing*. Health Administration Press, AUPHA, 2008;
- Valkov, A., Penkova, E., Health care marketing: pro and con, *Knowledge, International Journal, Scientific and Applicative Papers*, Vol. 8, No.1, Institute of Knowledge Management, Skopje, 2015;
- Web site <https://www.worldometers.info/coronavirus>, 21/02/2022
- Web site of the World bank: <https://data.worldbank.org>, 21/02/2022