

## Inequalities in Health Care Services Utilization and the Impact of the COVID-19 Pandemic in Bulgaria

Maria Rohova - Assoc. Prof. Dr.  
Medical University - Varna, Varna, Bulgaria  
maria.rohova@mu-varna.bg

### Abstract

*The pandemic reduced access to health care, particularly for disadvantaged social groups, thereby exacerbating health disparities. This study aims to examine the social-economic inequalities in the use of health services in Bulgaria in the context of the COVID-19 pandemic. In November 2021, a cross-sectional national study was conducted on a sample of 800 Bulgarian residents. A self-administered online questionnaire was used to collect data on the utilization of health services over the previous 12 months. In general, as respondents' income rose, their utilization of outpatient health services increased. Residents of the capital or district city were more likely to consult a specialist and visit a dentist than residents of smaller towns. The shift toward higher income groups indicated the existence of disparities in the utilization of outpatient care that were not determined by health needs. Only hospital care utilization was not affected by income and residence.*

*Keywords: health inequalities, health services, income, utilization, pandemic, COVID-19*

*JEL Code: I140*

### Въведение

Пандемията от КОВИД-19 оказва огромен натиск върху здравните системи на отделните държави, като освен директното въздействие с нарастване на заболяемостта от бързото разпространение на вируса и свързаното с това значително повишаване на търсенето на здравни услуги се отчитат и редица индиректни ефекти върху резултатите от функционирането на здравната система. Заболяемостта и смъртността от коронавирусна инфекция засягат по различен начин отделните групи от населението, засилвайки здравните неравенства. Те до голяма степен са предизвикани от съществуващите преди пандемията неравенства в социалните детерминанти на здравето (WHO, 2021). Изследвания, проведени в различни държави, показват, че групите в неравностойно положение изпитват затруднения да се придържат към противоепидемичните мерки, които са насочени към ограничаване на разпространението на вируса. Хората с ниски доходи, живеещите в по-бедни райони или в пренаселени жилища, нискоквалифицираните работници, възрастните хора, както и тези с придружаващи заболявания са изложени на по-висок риск от инфекция, тежко протичане и летален изход (Burstrom & Tao, 2020; Galea & Keyes, 2020; Jung et al., 2021). Наличието на хронични заболявания също често се свързва със социално-икономическия статус, етнически или културални фактори, като социалните неравенства засилват различията в здравното състояние (WHO, 2021).

Същевременно пандемията оказва значително неблагоприятно въздействие върху достъпа до здравната система. Част от здравните услуги са преустановени поради наложените противоепидемични мерки, предоставянето на други се забавя съществено поради свръхнатоварването на лечебните заведения и медицинските специалисти, а в редица случаи самите пациенти отлагат използването поради страх от заразяване. Независимо от причините, намаленото използване на здравни услуги и ограниченията в достъпа оказват различно влияние върху отделните групи от населението, като най-засегнати са хората в неравностойно положение, което в крайна сметка увеличава неравенствата (WHO, 2021). Различни проучвания предоставят доказателства за ефекта на пандемията върху неудовлетворените потребности от медицинска помощ и тяхното засилване поради влиянието на различни социално-икономически фактори. Хората с по-ниски доходи и образование, жителите на селски и отдалечени райони, възрастните хора и тези с влошено

здравно състояние срещат по-големи затруднения при достъпа до здравни услуги и по-често отлагат тяхното използване (Menon et al., 2022; Smolić et al., 2021). Отлагането на или въздържането от здравни услуги води до по-ниска използваемост при хора, които често се нуждаят в по-голяма степен от тях (т.нар. хоризонтална неравнопоставеност в здравеопазването), а това от своя страна се отразява върху неудовлетворените потребности от медицинска и дентална помощ (Davillas & Jones, 2020).

Или можем да обобщим, че хроничните незаразни заболявания влошават неблагоприятните ефекти от коронавирусната инфекция, а пандемията от COVID-19 увеличава болестния товар от хронични заболявания. Тези взаимосвързани ефекти са засилени от социалните неравенства, които от своя страна водят до непропорционалното бреме на COVID-19, увеличаване на неравенства при хроничните заболявания и социалните детерминанти на здравето. Това дава основание на учени и експерти да определят ситуацията като „синдемия“ (Vambra et al., 2020; The Lancet, 2020), дефинирана като „свързани и взаимно усилващи се здравни проблеми, които засягат здравното състояние на населението в контекста на неблагоприятни социални условия с продължаващо въздействие“ (Singer, 1996, p. 99). Синергичният ефект на пандемията оказва най-силно влияние върху уязвимите групи от населението, като засилва техните здравни и социално-икономически проблеми. Съществуващите и преди разпространението на COVID-19 бариери пред достъпа до здравни услуги за тези групи се увеличават вследствие от въведените ограничения и свръхнатоварването на лечебните заведения, което забавя диагностиката и лечението на придружаващите заболявания, а в някои случаи, особено в икономически изостаналите региони и при маргинализираните групи, се отразява и на последствията върху здравето от коронавирусната инфекция.

В България тези ефекти на пандемията от COVID-19 са регистрирани още в самото ѝ начало. Резултати от проведени социологически проучвания показват, че са налице отлагане на здравни услуги и неудовлетворени потребности, които се дължат на въздържане от посещение на лечебно заведение поради разпространението на вируса (Eurofound, 2020; Rohova, 2022), както и затруднения в достъпа до медицинска помощ (Indeks na bolnitsite & Galap interneshanal, 2020; Zlatanova et al., 2022). Наред с това, данните на национално равнище показват спад в използваемостта на различни здравни услуги, особено през пиковите периоди на епидемията, което засяга дори извършването на някои неотложни интервенции (Indeks na bolnitsite & Galap interneshanal, 2021; МоН, 2021). Значителен спад в сравнение с периода преди пандемията е регистриран в броя на диспансеризираните лица (МоН, 2021), което предполага забавяне в диагностиката и последващото лечение на хронични заболявания с висока честота на разпространение в България. Това от своя страна повдига въпроса, доколко „еднакво“ пандемията засяга пациентите в страната, т.е. има ли разлика между отделните групи от населението в затрудненията, които срещат в достъпа до здравни услуги. Целта на настоящото изследване е да се анализират социално-икономическите неравенства в използването на здравни услуги в условията на пандемията от COVID-19 в България.

### **1. Материал и методи**

За да се потърси отговор на поставените изследователски въпроси, са използвани данни от национално проучване, проведено през месец ноември 2021 г., свързани с използването на медицинска и дентална помощ от участниците за предходните 12 месеца. Периодът, който е обхванат, включва няколко вълни на епидемията, по време на които са въведени различни противоепидемични мерки. За разлика от началото през пролетта на 2020 г., когато временно са преустановени някои консултации, изследвания и профилактични прегледи в извънболничната помощ, то между ноември 2020 г. и октомври 2021 г. ограниченията, свързани с предоставянето на здравни услуги на пациенти без доказана

коронавирусна инфекция, засягат основно плановете хоспитализации в отделни области или в цялата страна, като извън обхвата на мерките остава дейността в извънболничната помощ. В периода, обхванат от проучването, няма наложени мерки, свързани с придвижване между населените места, които също са предпоставка за по-малко използване на здравни услуги. Поради изложените обстоятелства можем да приемем, че пред използването на здравни услуги в извънболничната помощ няма формални ограничения, свързани с пандемията и наложените протиепидемични мерки. Това предполага, че въздържането от или отлагането на медицинска помощ е основно по решение на пациентите (страх от заразяване), поради голямата натовареност на лечебните заведения или поради бариери пред достъпа до здравни услуги, които не са свързани с епидемичната обстановка.

За провеждане на проучването е използвана стандартизирана онлайн анкета, която е попълнена от 800 пълнолетни граждани в цялата страна. В анкетата са включени въпроси за използването на отделни видове здравни услуги през последните 12 месеца. Здравните услуги са разделени в следните групи – първична извънболнична медицинска помощ (посещение при общопрактикуващ лекар (ОПЛ)), специализирана извънболнична медицинска помощ (преглед при лекар-специалист, лабораторно изследване и образна диагностика в извънболнични условия), дентална помощ (посещение при зъболекар) и болнична помощ (прием в болница). Повикванията към центровете за спешна медицинска помощ и посещенията в спешните отделения на болниците не са включени в изследването, тъй като в този период те се увеличават значително поради разпространението на коронавирусната инфекция. Възможните отговори са формулирани в интервална скала, определяща броя на използването на различните видове услуги за период от една година преди провеждане на проучването, като е предвиден и отговор „не съм използвал/а“. Във въпросника са включени и различни социално-демографски и икономически променливи като пол, възраст, етнос, образование, местоживееене (населено място), доходи, както и някои специфични въпроси за здравноосигурителния статус и здравното състояние, включително и наличието на хронично заболяване.

Проучването е одобрено от Комисията по етика на научните изследвания към Медицински университет - Варна и е проведено от специализирана социологическа агенция.

Използвани са дескриптивни статистически анализи за използването на различните видове здравни услуги и стратифициране според социално-икономическите характеристики на изследваната популация. Наличието на статистически значими разлики в използването между различните групи от населението е проверено с помощта на t-тест на Стюdent за независими извадки. За установяване на влиянието на социално-икономическите характеристики върху използваемостта респондентите са разпределени спрямо дохода и местоживееенето. Според разполагаемия месечен доход на член от домакинството са формирани пет групи, като за определяне на границите на всяка група са използвани данни от Националния статистически институт за доходите на домакинствата в България (NSI, 2022). В първия доходен квинтил попадат респондентите с най-ниски доходи на член от домакинството, а в пети – тези с най-високи доходи. Населените места, в които живеят анкетираните, са обобщени в четири категории – столица, областен град, малък град и село. Статистическата значимост е определена при стойности на  $p < 0,05$ . В допълнение на статистическите тестове, доходните неравенства в използването на медицинска и дентална помощ са анализирани и с кривата на Лоренц, която показва „изместването“ на използваемостта към по-бедните или по-богатите групи от популацията. За статистическа обработка и анализ на данните е използван специализиран софтуер (*jamovi, version 2.2.5*).

## **2. Резултати**

От участниците в проучването 51,9% са жени. Преобладаващата част от респондентите попадат във възрастовата група 50-65 години (33,6%) и са с висока степен на

образование – полувисше или висше (64,5%). С доходи под минималната работна заплата за изследвания период са 6,8%, а 27,4% попадат в групата с най-високи доходи. От анкетираните в извадката 37,6% живеят в областен град, 19,8% - в малък град, а 18,4% са от столицата.

По-голямата част от респондентите определят своето здравно състояние като много добро (28,4%) или добро (48,3%), а останалите 23,4% имат хронично заболяване. Мнозинството от анкетираните посочват, че са здравноосигурени (88,6%), като 30,9% декларират, че през последните 12 месеца, предхождащи проучването, са използвали медицинска или дентална помощ изцяло покривана от НЗОК, 47,0% са заплащали за част от здравните услуги, а 6,3% са разчитали само на директни плащания. От респондентите в извадката 15,8% заявяват, че не са използвали медицинска или дентална помощ през последната година.

Над една трета от респондентите (36,0%) посочват, че са отлагали използването на здравни услуги за последните 12 месеца, като предимно това са прегледи при ОПЛ и консултации с лекар от специализираната извънболнична медицинска помощ. Само 6,8% са отложили прием в болница. Причините за това се свързват както със страха от заразяване с вируса при посещение в лечебно заведение, така и с някои обичайни бариери пред достъпа като затруднения при поемане на разходите, свързани с използването на здравните услуги, необходимост от пътуване до друго населено място, отсъствие от работа и др.

На таблици 1 и 2 са представени обобщени показатели за използването на различни видове здравни услуги в зависимост от някои социално-икономически характеристики на анкетираните – средна аритметична с 95% доверителен интервал и стандартно отклонение.

Резултатите показват, че с увеличаване на дохода на респондентите като цяло нарастват и показателите, отчитащи средното използване на здравни услуги в извънболничната медицинска помощ (Таблица 1). Известно изключение се наблюдава при четвърти квинтил. Използването на специализирана извънболнична медицинска и денталната помощ се отличава съществено при респондентите с най-високи доходи в сравнение с тези, попадащи в по-ниските доходни квинтили. В извънболничната помощ ясно се очертават различията според доходите, като общата извадкова средна е по-висока от средните показатели за използване на отделните видове здравни услуги в групите с по-ниски доходи (първи и втори квинтил). За разлика от тях, в болничната помощ не се наблюдават толкова изразени разлики, като средните показатели в отделните доходни групи са близки по стойност.

Според населеното място, в което живеят респондентите, също се наблюдават известни различия в използването на здравни услуги (Таблица 2). Участниците в проучването, живеещи в град София или в областен град, се консултират по-често с лекар-специалист и посещават повече зъболекар в сравнение с жителите на по-малките населени места. Средното използване на диагностични изследвания в извънболничната помощ също е по-високо сред респондентите от столицата. Достъпът до здравни услуги в по-големите градове на страната е значително по-улеснен от гледна точка на осигуреността с медицински специалисти и лечебни заведения и изборът на пациентите е по-голям, което обяснява посочените разлики. При първичната медицинска помощ средното използване е най-високо в областните градове, следвано от това в малките градове и селата. Следва да се отбележи, че средният брой посещения при ОПЛ в столицата е най-малък, което вероятно се дължи на използването на специализирана медицинска помощ директно, без направление. В болничната помощ различията са предимно между жителите на областните и малките градове, като средно приемът в болница е по-висок в областните градове, следван от този в столицата и в селата.

Таблица 1. Показатели за използването на здравни услуги по доходни квинтили

Здравни услуги	Показатели	Общо	Квинтили спрямо дохода				
			първи	втори	трети	четвърти	пети
<b>ОПЛ</b>	$\bar{x}$	2,93	2,20	2,66	3,30	2,77	3,12
	95% CI	2,76-3,10	1,76-2,64	2,22-3,11	2,85-3,74	2,30-3,25	2,87-3,37
	S	2,44	2,20	2,54	2,63	2,32	2,39
<b>Лекар-специалист</b>	$\bar{x}$	1,91	1,44	1,67	1,84	1,60	2,23
	95% CI	1,76-2,06	1,07-1,82	1,31-2,03	1,46-2,21	1,17-2,03	2,01-2,46
	S	2,13	1,86	2,05	2,24	2,11	2,16
<b>Зъболекар</b>	$\bar{x}$	1,71	1,31	1,26	1,62	1,52	2,06
	95% CI	1,59-1,84	1,01-1,60	1,04-1,49	1,31-1,93	1,13-1,91	1,86-2,26
	S	1,81	1,48	1,29	1,82	1,91	1,94
<b>Клинична лаборатория</b>	$\bar{x}$	2,00	1,27	1,66	1,95	1,63	2,44
	95% CI	1,86-2,14	0,92-1,63	1,30-2,02	1,62-2,28	1,25-2,01	2,22-2,65
	S	2,03	1,75	2,06	1,96	1,87	2,06
<b>Образна диагностика</b>	$\bar{x}$	0,75	0,53	0,53	0,76	0,64	0,92
	95% CI	0,67-0,84	0,35-0,70	0,35-0,71	0,56-0,96	0,37-0,91	0,79-1,05
	S	1,18	0,89	1,01	1,18	1,31	1,25
<b>Болница</b>	$\bar{x}$	0,94	0,92	1,07	0,80	0,91	0,97
	95% CI	0,84-1,05	0,65-1,19	0,80-1,35	0,57-1,03	0,60-1,23	0,80-1,13
	S	1,51	1,34	1,58	1,34	1,55	1,59

Бележки:  $\bar{x}$  - средна аритметична; CI – доверителен интервал; S – стандартно отклонение

Таблица 2. Показатели за използването на здравни услуги по населено място

Здравни услуги	Показатели	Общо	Населено място			
			столица	областен град	малък град	село
<b>ОПЛ</b>	$\bar{x}$	2,93	2,59	3,09	3,01	2,93
	95% CI	2,76-3,10	2,22-2,95	2,68-3,50	2,74-3,29	2,59-3,28
	S	2,44	2,23	2,61	2,43	2,46
<b>Лекар-специалист</b>	$\bar{x}$	1,91	2,40	1,98	1,83	1,61
	95% CI	1,76-2,06	1,99-2,81	1,67-2,30	1,60-2,06	1,32-1,89
	S	2,13	2,51	2,02	2,03	2,01
<b>Зъболекар</b>	$\bar{x}$	1,71	2,03	1,66	1,74	1,46
	95% CI	1,59-1,84	1,70-2,37	1,40-1,93	1,53-1,94	1,23-1,69
	S	1,81	2,08	1,67	1,82	1,64
<b>Клинична лаборатория</b>	$\bar{x}$	2,00	2,47	1,87	2,11	1,59
	95% CI	1,86-2,14	2,11-2,83	1,56-2,19	1,88-2,34	1,34-1,84
	S	2,03	2,21	2,02	2,03	1,79
<b>Образна диагностика</b>	$\bar{x}$	0,75	0,88	0,80	0,71	0,69
	95% CI	0,67-0,84	0,66-1,10	0,62-0,98	0,59-0,83	0,51-0,86
	S	1,18	1,36	1,16	1,06	1,24
<b>Болница</b>	$\bar{x}$	0,94	0,98	1,15	0,82	0,93
	95% CI	0,84-1,05	0,74-1,22	0,88-1,41	0,67-0,98	0,71-1,16
	S	1,51	1,48	1,70	1,36	1,59

Бележки:  $\bar{x}$  - средна аритметична; CI – доверителен интервал; S – стандартно отклонение

За тестване на разликите в средното използване на здравни услуги между отделните групи на изследваната популация е използван t-критерият на Стюdent (Таблица 3). Между групите с най-ниски и най-високи доходи (първи и пети квинтил) се доказват статистически значими разлики в използването на всички видове здравни услуги, с изключение на тези в болничната помощ. Най-големи са различията при лабораторните изследвания и посещенията при ОПЛ, следвани от тези при лекар-специалист и зъболекар. Използването на здравни услуги в първичната и специализираната медицинска и дентална помощ се

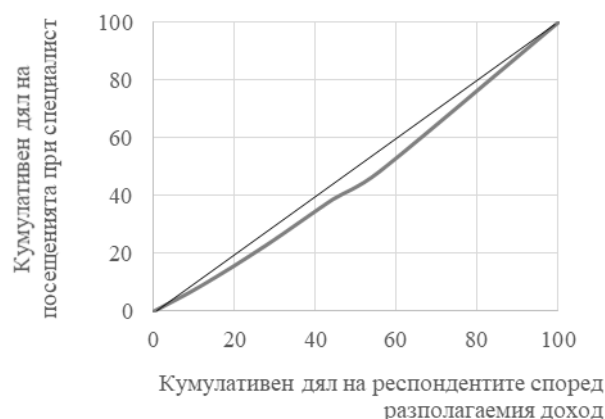
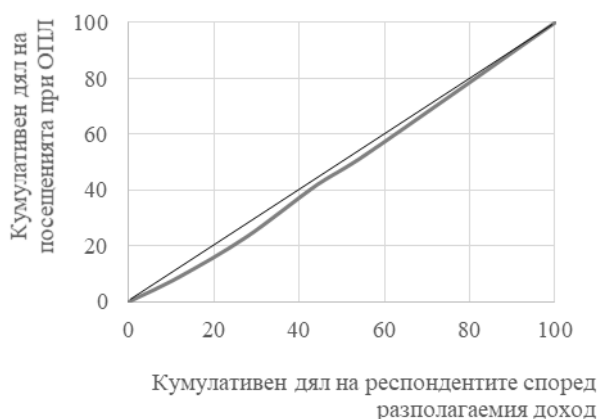
различава съществено ( $p < 0,05$ ) между областните градове и селата. Статистически значими разлики според местоживеенето не се установяват при образната диагностика в извънболничната помощ и при приема в болница.

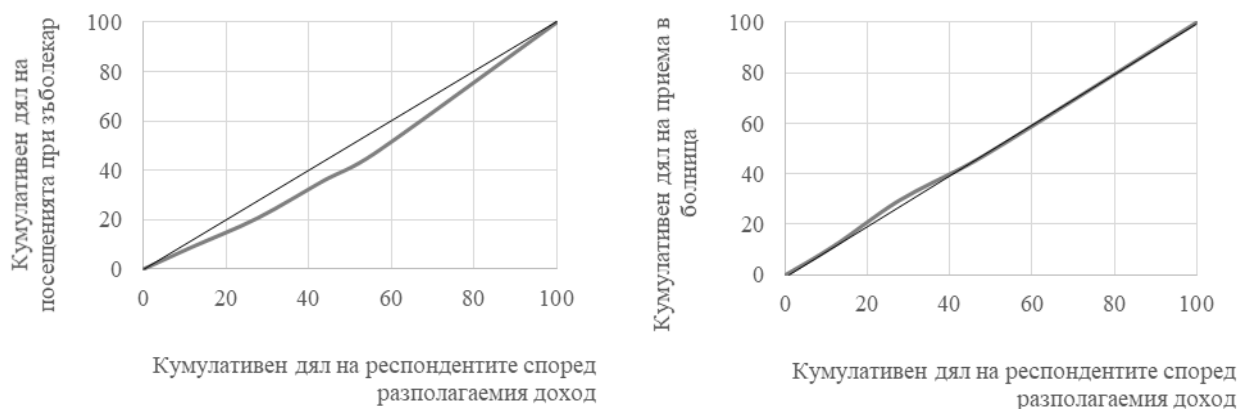
Таблица 3. Показатели за разликите в използването на здравни услуги

Показатели	ОПЛ	Лекар-специалист	Зъболекар	Клинична лаборатория	Образна диагностика	Болница
<i>първи – пети доходен квинтил</i>						
<i>t-критерий</i>	-3,40	-3,26	-3,53	-5,04	-2,88	-0,28
<i>p</i>	< ,001	0,001	< ,001	< ,001	0,004	0,777
<i><math>\bar{x}</math> - разлика</i>	-0,92	-0,79	-0,76	-1,16	-0,40	-0,05
<i>95% CI</i>	-1,45 – -0,39	-1,27 – -0,31	-1,18 – -0,34	-1,62 – -0,71	-0,66 – -0,13	-0,40 – 0,30
<i>областен град - село</i>						
<i>t-критерий</i>	-0,29	2,21	2,36	3,71	0,80	-0,46
<i>p</i>	0,77	0,027	0,019	< ,001	0,422	0,645
<i><math>\bar{x}</math> - разлика</i>	-0,06	0,41	0,37	0,64	0,08	-0,06
<i>95% CI</i>	-0,47 – 0,35	0,05 – 0,77	0,06 – 0,68	0,30 – 0,98	-0,12 – 0,28	-0,31 – 0,19

Бележки:  $\bar{x}$  - средна аритметична; CI – доверителен интервал; p – вероятност

Разпределението на използването на здравни услуги по доходни групи е илюстрирано с помощта на кривата на Лоренц (Фигура 1), която показва отклонението от „идеалното разпределение“ – 45-градусовия диагонал. По-големите различия при посещенията при лекар-специалист от извънболничната помощ и при зъболекар се потвърждават и от графичния анализ на данните. Разликите при първичната медицинска помощ (посещения при ОПЛ) са по-малки, но и в трите случая се установяват отклонения към групите с по-високи доходи (*pro-rich*), които показват зависимост на използването на здравни услуги от дохода. Изместването към групите с по-високи доходи свидетелства за съществуването на несправедливи различия (неравнопоставеност) в използването на медицинска и дентална помощ, които не са предпоставени от потребностите, а от социално-икономическите неравенства в обществото. Те от своя страна често водят до разлики и в здравното състояние между хората с по-ниски и тези с по-високи доходи – здравни неравенства. При болничната помощ кривата на Лоренц се доближава до идеалното разпределение. Известно отклонение над 45-градусовата права се наблюдава при втория квинтил, което означава, че хората с по-ниски доходи използват повече здравни услуги в болничната помощ (*pro-poor*). Въпреки това обаче в този случай разликите между доходните групи не са статистически значими. Резултатите показват, че достъпът до болница в страната не се влияе от дохода, т.е. не се установяват неравенства, обусловени от социално-икономически детерминанти, в този случай.





Фигура 1. Криви на Лоренц за използването на здравни услуги (ОПЛ, специалист от извънболничната помощ, зъболекар и болница) по доходни квинтили

### 3. Обсъждане

Резултатите от изследването демонстрират наличието на социално-икономически здравни неравенства в България, измерени посредством използването на здравни услуги през последните 12 месеца, предхождащи проучването. Тези неравенства се определят като несправедливи и свидетелстват за неравнопоставеност в здравеопазването (Braverman et al., 2000). В повечето случаи наличието на доходни неравенства в използването на здравни услуги показва, че са налице бариери пред достъпа до медицинска и/или дентална помощ, които засягат в по-голяма степен хората с ниски доходи. Тези бариери обикновено зависят от разходите за пациентите като директно заплащане за услугата, потребителските такси или разходи за транспорт до лечебното заведение и др. Използването на здравни услуги не според потребностите, а според възможностите за покриване на свързаните с него разходи, води до различия и в здравното състояние между групите от населението с различни доходи.

Пандемията от COVID-19 наруши нормалното функциониране на здравните системи и в много случаи това се отрази върху предоставянето на здравни услуги. Поради различни причини пациентите отлагат използването на медицинска помощ, дори в ситуации на неотложна потребност, което води до увеличаване на неудовлетворените потребности. Проучване, провеждано периодично сред хора над 50-годишна възраст в Европейския съюз (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - SHARE*), показва, че в държави, в които директните плащания за здравни услуги, са по-високи, пациентите са по-склонни да отлагат или да се въздържат от медицинска помощ и неудовлетворените потребности нарастват (Tavares, 2022). По данни от същото проучване е идентифицирана отрицателна зависимост между социално-икономическото положение на респондентите и бариерите, които срещат при достъпа до здравни услуги, като финансовите затруднения са значим фактор за отказ или отлагане на използването на медицинска помощ (Arnault et al., 2021; Smolić et al., 2021).

В отделни изследвания от различни държави се доказва увеличаване на социално-икономическите здравни неравенства вследствие от разпространението на вируса. Неравенства в достъпа до здравни услуги в полза на групите с по-високи доходи е установено във Великобритания по време на първите вълни от епидемията през 2020 г. (Davillas & Jones, 2020). Уязвимите групи от населението, включително и тези с ниски доходи, са засегнати в по-голяма степен от пандемията и вероятността да се въздържат от търсене на здравни услуги при тях нараства (Gonzalez et al., 2020; Menon et al., 2022). Изследване, проведено в Италия, показва, че като цяло достъпът до спешните отделения в болниците по време на пандемията се е влошил в икономически изостаналите региони,

въпреки че използването на болнична помощ за някои от най-често срещаните заболявания не се е променил съществено (Di Girolamo et al., 2022).

Трудно можем да определим, доколко неравенствата в използването на здравни услуги, обусловени от социално-икономическите детерминанти, са се повлияли в България поради липсата на съпоставими данни преди епидемията от коронавирусна инфекция. В изследване, проведено през 2014 г. в Североизточния регион на страната, се установяват статистически значими разлики между групите с най-ниски и най-високи доходи за посещенията при общопрактикуващ лекар, лекар-специалист и при приема в болница. Използването на първична и болнична медицинска помощ, обаче, е по-изразено при групите с по-ниски доходи, докато при специализираната извънболнична медицинска помощ няма ясно очертан градиент (Rohova et al., 2017). Все пак трябва да се има предвид, че тези анализи се отнасят само до един регион от страната и не могат директно да се сравняват с резултатите от настоящото проучване.

Икономическите и социалните ефекти от пандемията допълнително допринасят за увеличаване на неравенствата в обществото, което от своя страна оказва влияние и върху социалните детерминанти на здравето. Спадът на икономическата активност, нарастването на безработицата, социалната изолация, ограниченията в дейността на някои отрасли и сектори в икономиката засягат също по-силно уязвимите групи от населението, което засилва неравенствата (Vambra et al., 2020; Marmot et al., 2020.). Всичко това дава основание да се очаква нарастване на здравните неравенства в бъдеще, като един от дългосрочните индиректни ефекти от пандемията (Vambra et al., 2020; Maani et al., 2021).

При интерпретацията на резултатите от настоящото изследване трябва да се вземат предвид няколко ограничения. Поради протиепидемичните мерки през 2021 г. анкетата е проведена онлайн, което води до известно изкривяване на репрезентативността. По-малко са представени групите с ниски доходи и по-ниско образователно равнище, както и по-възрастните хора. В допълнение, използването на различните видове здравни услуги през предходните 12 месеца е заявено от самите анкетиращи, при което съществува риск от неточности и грешки. При анализите на данните не е разгледана връзката между отлагането на здравни услуги и средните показатели за тяхното използване по отделни социално-икономически групи.

### **Заклучение**

COVID-19 може да окаже неблагоприятно въздействие върху здравното състояние на населението в средносрочен и дългосрочен период. Ефектите от пандемията са свързани не само с непосредственото влияние върху заболяемостта и смъртността от коронавирусната инфекция, но и със забавяне на диагностиката и лечението на други заболявания, което е причина да се очаква „нова епидемия“ от хронични незаразни болести. Наред с това, отлагането на здравни услуги и нарастването на неудовлетворените потребности от медицинска помощ, обусловени от социално-икономически детерминанти, дават основание да се очаква засилване на здравните неравенства. Икономическата криза ще влоши допълнително ситуацията, особено за уязвимите групи. Поради това е необходимо да се положат допълнителни усилия за преодоляване на ефектите от пандемията и ограничаване на неблагоприятното им влияние в бъдеще. Здравната политика в пост-COVID условия трябва да бъде насочена към справяне с дългосрочните последици върху здравето на населението, „наваксване“ на изоставането в профилактиката, диагностиката и лечението на хроничните незаразни заболявания със специален фокус към уязвимите групи и мерки, ориентирани към ограничаване на социално-икономическите здравни неравенства.



### References

1. Arnault, L., Jusot, F. and Renaud, T. (2021) Economic vulnerability and unmet healthcare needs among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. *European Journal of Ageing*. 5. pp. 1-15.
2. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J. and Matthews, F. (2020) The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 74 (11). pp. 964-968.
3. Braverman, P., Krieger, N. and Lynch, J. (2000) Health inequalities and social inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*. 78 (2). pp. 232-234.
4. Burström, B. and Tao, W. (2020) Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European Journal of Public Health*. 30 (4). pp. 617-618.
5. Davillas, A. and Jones, A. M. (2020) *Unmet health care need and income-related horizontal equity in access during the COVID-19 pandemic*. IZA DP no.13910. IZA Institute of Labor Economics, Bonn, Germany. [Online] Available from: <https://ssrn.com/abstract=3739466> [Accessed 18/05/2022].
6. Di Girolamo, C., Gnani, R., Landriscina, T., Forni, S., Falcone, M., Calandrini, E., Cesaroni, G., Russo, A., Leoni, O., Fanizza, C., Allotta, A., Costa, G., Spadea, T. and MIMICO-19 working group (2022) Indirect impact of the COVID-19 pandemic and its containment measures on social inequalities in hospital utilisation in Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*. jech-2021-218452 (Online ahead of print).
7. Eurofound (2020) *Living, working and COVID-19 dataset*. Dublin. [Online] Available from: <http://eurofound.link/covid19data> [Accessed 14/09/2022].
8. Galea, S. and Keyes, K. (2020) Understanding the COVID-19 pandemic through the lens of population health science. *American Journal of Epidemiology*. 189 (11). pp. 1232-1237.
9. Gonzalez, D., Zuckerman, S., Kenney, G. M., Karpman, M. (2020) *Families losing work avoided health care because of costs, COVID-19 risks. Almost half of adults in families losing work during the pandemic avoided health care because of costs or COVID-19 concerns*. Urban Institute, Washington. [Online] Available from: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/102548/> [Accessed 12/10/2022].
10. Indeks na bolnitsite, Galap interneshanal (2020) *15% s problema s dostapa do lekar po vreme na pandemiyata*. [Online] Available from: <https://clinica.bg/12249-15--s-problem-s-dostypa-do-lekar-po-vreme-na-pandemiqta> [Accessed 05/02/2022].
11. Indeks na bolnitsite, Galap interneshanal (2021) *COVID ponizhi s 18% deynostta v invazivnata kardiologia*. [Online] Available from: <https://www.gallup-international.bg/44478/covid-19-cardiology-insults/> [Accessed 02/02/2022].
12. Jung, J., Manley, J. and Shrestha, V. (2021) Coronavirus infections and deaths by poverty status: The effects of social distancing. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 182. pp. 311-330.
13. Maani, N., Abdalla, S. M. and Galea, S. (2021) Avoiding a legacy of unequal non-communicable disease burden after the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*. 9 (3). pp. 133-135.
14. Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E. and Morrison, J. (2020) *Build back fairer: the COVID-19 Marmot review. The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England*. London: Institute of Health Equity. Available from: <https://www.health.org.uk/publications/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review> [Accessed 05/09/2022].
15. Menon, L. K., Richard, V., de Mestral, C., Baysson, H., Wisniak, A., Guessous, I. and Stringhini, S. (2022) Forgoing healthcare during the COVID-19 pandemic in Geneva, Switzerland - A cross-sectional population-based study. *Preventive Medicine*. 156. 106987.

16. Ministry of Health/ MoH (2021) *Analitichen доклад za deynostite, svarzani sas zdravnoto obsluzhvane na naselenieto v otgovor na pandemiyata ot COVID-19 za perioda 1 mart 2020 - 31 may 2021 g.* Ministry of Health, National Centre of Public Health and Analysis. [Online] Available from: <https://coronavirus.bg/bg/1040> [Accessed 14/06/2022].
17. National Statistical Institute/ NSI (2022) *Byudzheti na domakinstvata v Republika Balgariya 2021.* Sofia. Available from: <https://www.nsi.bg/en/content/19735/> [Accessed 25/10/2022].
18. Rohova, M. (2022) Indirect effects of the COVID-19 pandemic - postponed health care and consequences for the health system. *Public Policy.bg.* 13 (2). pp. 130-146.
19. Rohova, M., Atanasova, E. and Dimova, A. (2017) Socio-economic health inequalities in the use of health services in Bulgaria. *Varna Medical Forum.* 6 (1), pp. 184-190.
20. Singer, M. (1996) A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: Conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology.* 24 (2), pp. 99-110.
21. Smolić, Š., Čipin, I. and Međimurec, P. (2021) Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *European Journal of Ageing.* pp. 1-17 (Online ahead of print).
22. Tavares, A.I. (2022) Older Europeans' experience of unmet health care during the COVID-19 pandemic (first wave). *BMC Health Services Research.* 22 (1), p. 182.
23. The Lancet (2020) COVID-19: a new lens for non-communicable diseases. *Lancet.* 396 (10252). p. 649.
24. World Health Organization/ WHO (2021) *COVID-19 and the social determinants of health and health equity. Evidence brief.* Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387> [Accessed 05/09/2022].
25. Zlatanova, T., Yaneva, R., Petrova-Gotova, Ts., Popov, N. (2022) Public opinion on outpatient medical care in the conditions of COVID-19. *Public Policy.bg.* 13 (2), pp. 147-161.