

НЕОЛИБЕРАЛНАТА ПРЕДСТАВА ЗА БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ: РАЗНОВИДНОСТ ИЛИ ПОЗНАВАТЕЛЕН ДИСОНАНС

Елка Тодорова¹, Емилия Ченгелова²
e-mail: etodorova@unwe.bg
e-mail: chengelova@gmail.com

Резюме

Статията разглежда въпроса за неолибералния характер на българското здравеопазване, което веднъж и много бързо въведено, формира разновидности, съчетаващи неолиберални и обратни на неолиберализма тези. Това се проследява в анализ на представите на българските граждани, генерирани при ISSP изследвания в България през 2021 и 2022 г. Тъй като двете изследвания ползват идентични въпроси, могат да се правят сравнения, свързани с представите и нагласите към здравеопазването, ваксинирането, здравните неравенства и др. Резултатите потвърждават тезата, че нагласите към здравеопазването обвързват неолиберални с други противоречиви нагласи, което е пример за разновидност от типа „roll back“ неолиберализъм (Реск, 2002).

Ключови думи: неолиберализъм, здравеопазване, нагласи към здравна грижа, здравни неравенства, доходни неравенства

JEL: L12, L13, L14, H57, H75

Неолиберализмът като процес на трансформация

Известно е, че от 70-те години насам в политологията и социологията се оперира с понятието неолиберализъм и неолиберализация (Panitch, Leys, 2010), макар някои автори да откриват корени на идеята още в периода между двете световни войни (Jessop, 2002b). Терминът днес се употребява за описание на неолибералната системна трансформация в бившите социалистически страни, за смяна на характера на споразумение между държавата и бизнеса, за външно наложени изисквания по искане на подписани споразумения, за промени в посока на неолиберализъм като форма на приспособяване при доминиране на други форми на отношения.

¹ Професор, дсн, катедра „Икономическа социология“, УНСС, ORCID: 0000-0002-0468-2593

² Професор, дсн, Институт по философия и социология-БАН, ORCID: 0000-0003-0652-2427

У нас този проект се осъществява като приватизация и маркетизация, форма на „дисциплиниране“ на държавата да се съобразява с бизнеса и отчита индивидуалните отговорности, защитавайки интересите на капитала и корпорациите. При това наложена не постепенно, а бързо и доведена до крайност в един относително кратък период от време. Според нас по-долу цитираното обширно определение на неолиберализма, дадено от Б. Джесъп (Jessop, 2022, p. 102) предлага най-точна характеристика: „неолиберализмът включва едностранно акцентиране върху аспекта на разменната стойност, а не върху аспектите на потребителната стойност на противоречията в капиталовите отношения: например, той се фокусира върху разменната стойност на стоката, а не върху нейната потребителна стойност; върху разходите за единица труд на работната сила, а не върху конкретните умения, притежавани от работниците; върху абстрактния труд, а не върху занаятчийските постижения; върху работната заплата като производствен разход, а не като източник на търсене; върху парите като лихвоносен капитал, а не като мярка за стойност; върху парите като международна валута, а не като национални пари; върху производствения капитал като абстрактна стойност в движение, свободна да се движи по света, а не като запас от активи, които да бъдат оценени в определено време-място; върху знанието като интелектуална собственост, а не като интелектуални общи блага; върху природата като източник на абсолютна и диференциална рента, а не като „космически кораб Земя“; и върху държавата като „идеален колективен капиталист“, а не като фактор за официална кохезия“ (Jessop & Morgan, 2022).

При трансформация на държавата, приватизиране на публичните ресурси, свеждане до минимум на цената на труда и публичните разходи, елиминиране на регулацията, като спъваща бизнеса и като цяло – отнемане функциите на управление от държавната власт по Гутман (Guthman, 2008) (Larner, Craig, 2005), неолиберализацията дава възможност на силите на свободния пазар да заменят монополите, а на потребителите да разходват доходите си според пазарните търсения, а не директно чрез данъчното облагане. Това създава добра основа за развитие на пазарни механизми във всекидневните отношения, засилва силата на вярата в индивидуалните права и отговорности, развива индивидуалната и групова предприемчивост. В този смисъл, осигуряването на обществено благосъстояние изглежда икономически и етически нецелесъобразно.

В същото време сме свидетели на икономически проблеми, свързани с успешността на неолибералното управление и в определен смисъл с противоречията на механизмите на т.н. „отворено общество“, които провокират изследователите да търсят нови термини за обяснение на различния характер на неолиберализъм в отделните страни. Говори се, например за

„локален неолиберализъм“, за „пусков (roll-out) неолиберализъм“, за „възстановяващ, изкарващ от паметта (roll-back) неолиберализъм“ (Peck and Tickell, 2002), целта на които е да обяснят примери за избори на обратни тенденции на антилиберализъм при неолиберално управление. Но дори в тези случаи неолиберализмът се третира като социално правило, като операционална рамка или „идеологически софтуеърен продукт“ за състезание в глобализационния свят (Peck & Dawes, 2020).

Оттук идва и моралът на теорията на неолиберализма, че става дума за социални практики, които предполагат, че човешкото благосъстояние може най-добре да бъде постигнато чрез освобождаване на предприемаческите възможности и стимулиране на уменията на индивида, естествено в рамките на институционалната рамка за сакрални частнособственически права, свободен пазар и свободна търговия. При икономически трансформации на равнище държава, процесът на неолиберализация се отнася и до създаването на неолиберални субекти, които използват пазарни рационализации във всекидневното си поведение, но също и при оценка на политики и програми, реструктурирани в името на логиката на неолиберализма (Larner and Craig, 2005). Глобалното господство на неолибералните идеи и политики се засилва в период на глобална финансова криза и се превръща в т. нар. политика на икономии (austerity) (Karanikolos et al., 2013; Kentikelenis et al., 2011) и води до процес на засилване на неравенството по отношение на достъпа до защитни системи (Peck, Tickell, 2002 цитирано в Panitch, 2010, Leys, 2010). Доколко обаче това е в състояние да промени посоката на приемане или ревизия на неолибералната рамка? Според редица автори, например Миrowski (Lavoie, 2014), неолиберализмът се учи от грешките си и се адаптира като предлага нови форми на отношения, нови мерки, стратегически поддържащи въведения начин на управление.

Неолиберални разновидности в представите на българските граждани за системата на здравеопазване: сравнение на резултати от ISSP 2021 с ISSP 2022

ISSP като достоверен източник на информация

ISSP е международна социална изследователска програма, която подготвя и провежда ежегодни социални изследвания, посветени на ключови за съвременните общества проблеми.

Всяка година ISSP изследванията са посветени тематично на определена социално икономическа проблематика. През 2021 г. предмет на изследване

са здравните неравенства и тяхната икономическа детерминираност, което позволи да се установят реалните параметри на здравните неравенства в съвременното българско общество. Този изследователски модул е включен и в ISSP изследването за България през 2022 г. и това е направено съзнателно, с цел генериране на сравними емпирични данни, на основата на която да се очертаят наличието или липсата на устойчиви нагласи, както и да се проверят изследователски тези за природата на здравните неравенства и техните количествени и качествени проявления.

ISSP е изследване с утвърден международен авторитет и приемането му като достоверен източник на информация се дължи преди всичко на високите стандарти, които се спазват при разработването на изследователските методологии и инструменти. Изследванията на ISSP се провеждат в над 30 европейски страни, като всички страни участнички се задължават да приемат методическите стандарти на изследването и да гарантират коректното им прилагане при провеждането на националните терени.

През 2021 и 2022 г., след известно прекъсване от преходните години, България се включи в провежданите от ISSP изследвания, като приложи разработените методики, изследователски инструменти и спази единните стандарти за конструиране на представителна извадка и за работата на терена. В България тези изследвания са реализирани от Консорциума „Европейско социално изследване за България“, който е ръководен от изследователи от УНСС и включва няколко други институции³. Проведените през 2021 и 2022 г. в България ISSP изследвания са национално представителни, което дава възможност събраните емпирични данни да се използват за изследователски цели, а направените на тази основа изводи и констатации са валидни за пълнолетното население в България.

В настоящата статия се работи с базите данни, генерирани при ISSP изследвания в България през 2021 и 2022 г. Тъй като двете изследвания са ползвали идентични въпроси за здравните неравенства, това позволява да бъдат направени сравнения, както и да се изведат някои открояващи се за 2022 г. специфики в здравните неравенства в българското общество.

³ Ръководител на Консорциума е проф. дсн Елка Тодорова, а в Консорциума освен УНСС участват Институт по философия и социология-БАН, Българска социологическа асоциация и Съюз на икономистите в България.

Противоречия или разновидности на неолиберални вярвания са представите на българските граждани за състоянието на здравната система?

Сравнението по пол, етнос, възраст на отговорите на респондентите от двете години (2021 и 2022 г.) не разкрива съществени промени. Има определена разлика в оценката за това дали достъпът до здравни услуги е облекчен за по-богатите. Оценката е, че системата на здравеопазване продължава да осигурява повече грижа за богатите, но тя е „малко“, а не „много“ по-облекчена за богатите – от 21% през 2021 г. сега това заявяват 33%. Би могло да се каже, че става дума за относително по-голяма търпимост към подходните различия в отговор на въпроса доколко това е справедливо. В същото време е очевидно и категоричното разграничение по отношение на релацията „доход – достъп до здравни услуги“.

На пръв поглед тезата за амбивалентност в представите би могла да бъде включена като обяснителна схема за подобни противоречия. Друга възможна теза би била наличието на когнитивен дисонанс в представите, преди всичко на нискодоходните групи. При недвусмислени доказателства, че предишните вярвания са погрешни, истински вярващият излиза още по-убеден в истинността на тези вярвания и може да ги демонстрира със засилен патос, който приема формата на „отрицание“.

Като имаме предвид тези варианти, ние предпочитаме да работим с тезите за определени „разновидности“ на неолибералното съзнание, които в българския вариант предполагат, че относително рязкото натрапване на неолибералния модел в здравеопазването, който за разлика от този във Великобритания не протича плавно (Vassilev, Rogers, Todorova, et al., 2017), е приет и интегриран в голяма част от населението като споделен начин на мислене, без непременно да отхвърля други, противоречиви на неолиберализма, форми на отношения.

Става дума за споделяне, но не задължително ценностно интегриране на неолибералните виждания, в резултат на което се създава индиферентно, донякъде „уморено“, неактивно отношение към оценките за справедливост в разпределението на ресурси или в увеличението на подходните разлики. Ситуацията се приема такава каквато е, макар и със съзнанието, че не е удовлетворителна за респондентите.



Източник: ISSP (2021, 2022).

Фигура 1: Удовлетвореност на пълнолетното население от здравната система в България⁴

Ако сравним ситуацията с финансирането на здравната система в България и Великобритания се вижда не само, че общите държавни разходи за здравеопазване у нас са два пъти по-малко от тези във Великобритания, но и че частните разходи за лекарства на глава от населението в България са пет пъти повече като пари, а в % от БВП – десет пъти повече.

⁴ Представените оценки са средни за изследваната съвкупност.

Таблица 1: Сравнителна таблица на разходите за здраве в България и Великобритания

	България	Великобритания
Разходи за социална грижа % БВП (2012)*	17.4%	28.8%
Заети в частния сектор %	89%	81,2%
Заети в ПА % от населението	1,9%	3,1%
Данък в %	10%	Прогресивен до 45%
Дълг % от БВП	27,2%	88,7%
Общи разходи за здравеопазване в % от БВП	7,3%	9,6%
Общи държ. разходи за здравеоп. в % БВП	4,2%	8,1%
Общи разходи за лекарства % БВП	2,8%	1%
Частни разходи за лекарства % БВП	2,2%	0,2%
Частни разходи за лекарства на глава от населението	€ 264	€ 54.4

Източник: Eurostat.

В предишна статия за сравнение на моделите на здравеопазване във Великобритания и България (Тодорова, Василев, 2016) (доколкото реформата на здравната система в България, започнала след промените в края на миналия век следва логиката на тази във Великобритания, започнала десетина години по-рано) беше отбелязано, че има съществена разлика в осъществяването на неолибералното управление в здравеопазването на двете страни. Процесът във Великобритания е относително постепенен, докато в България той се въвежда едновременно бързо и всеобхватно.

Затова и наблюдаваме засилване на очакванията държавата да осигурява повече здравни грижи/услуги, а не само най-основните (71,9% съгласни срещу 10,8% несъгласни), както и засилване на недоволството от здравната система в България, „която не работи добре“ (48,6% недоволни срещу 22,6% доволни). Вижда се и спад в доверието към лекарската професия, която заменя хуманността с меркантилност (44,6% недоволни срещу 22,7% доволни). Това донякъде обяснява повишения скепсис и към ваксинирането (41,6% скептични срещу 34,3% възприемащи ваксинирането), макар да се наблюдава повече вяра в действието на ваксините една година след въвеждането им. А като имаме предвид ниския процент ваксинирани български граждани в сравнение с гражданите на другите европейски страни, отчи-

таме наличната поляризация в отговорите на въпроса „по-добре е да си изградиш имунитет като се разболееш, отколкото да се ваксинираш“ (34,3% несъгласни срещу 41,6% съгласни) за отразяваща реалната картина на легитимация на въздържателното поведение на българските граждани във ваксинационния период.

Ако подходим от критично реалистична гледна точка към отговорите на респондентите за това кои от мерките на публичната власт за безопасност по време на пандемия се приемат от респондентите, отново наблюдаваме неолибералното очакване за слаба регулаторна дейност на държавата. Повече от половината от отговорилите не искат по-голямо влияние на публичната власт върху бизнеса и упражняване на дигитално наблюдение, но са категорични, че трябва да има изисквания за носене на маски (82%), както и че могат да бъдат забранявани публични събития (75%) в ситуации на пандемия, т.е. става дума за „подпомагаща регулативна държавна намеса“. Личната изолация се оставя на регулаторната роля на държавата (86,6% смятат, че може и трябва „по време на тежки епидемии българското правителство да има право да поставя хората, за които се знае, че са носители на заболяването в изолация), т.е. отсъства виждането за засилена индивидуална отговорност в условията на неолиберално управление. Докато по отношение на задължителното образование една трета от респондентите не приемат, че трябва да има държавна намеса. Любопитно е, че по отношение на затварянето на граници толерантността за намесата на държавата е по-висока (69,2% от респондентите смятат, че по време на епидемия българското правителство има право да затваря границите към други страни, макар и незначително, но повече от приемащите намесата на държавата в сферата на образованието (63,9%).

Има ли връзка между доходите и оценката за достъп до здравни услуги?

Наличните данни от 2022 г. показват, че има ясно изразена зависимост между доходите и оценката за достъп до здравни услуги. Показателни в това отношение са данните за това каква част от лицата от различните доходни групи са се лишили от необходимите им здравни услуги през 2022 г. по финансови причини:



Източник: ISSP (2022).

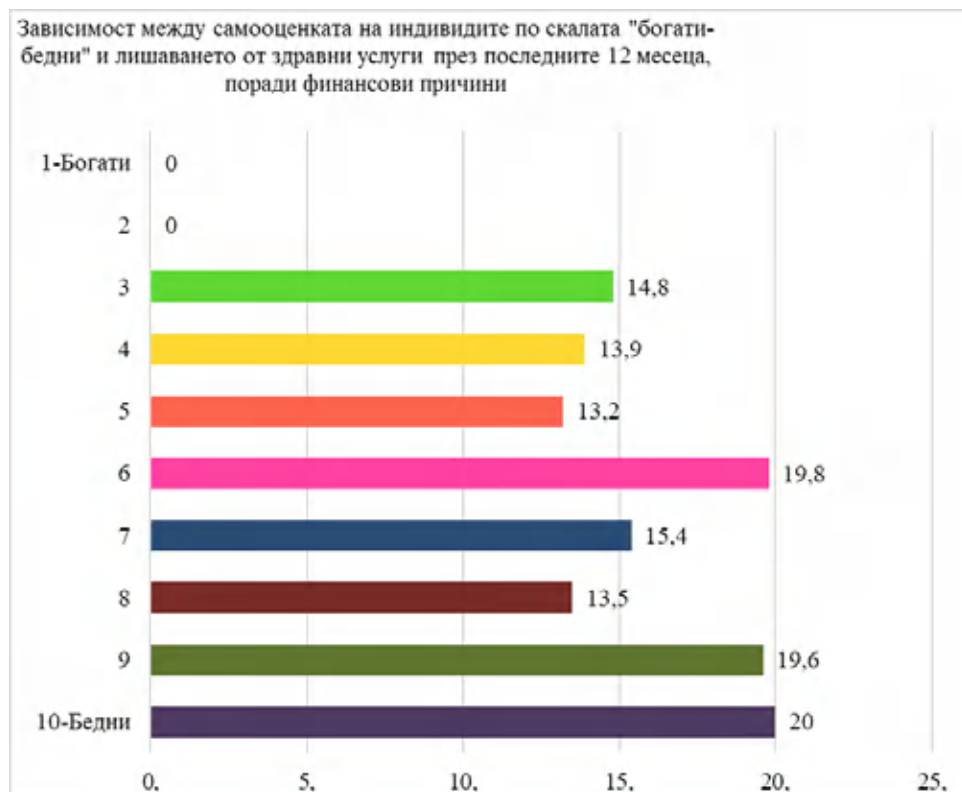
Фигура 2: Оценки по подоходни групи за дяловете лица, които през 2022 г. са се лишили от необходимите им здравни услуги поради финансови причини

Можем да говорим за ясно изразена и статистически значима зависимост между доходите и достъпа до здравни услуги. Представените във фигурата данни показват, че значителни дялове от лицата с по-ниски доходи не са могли да си позволят необходимите им здравни услуги по причина липса на финансови средства. С нарастване на доходите видимо намаляват дяловете от лица, неможещи да си позволят необходимите им здравни услуги. За сравнение, само 5,1% от лицата с доходи над 2000 лв. са се лишили от необходимите им здравни услуги поради финансови причини, докато при лицата с доходи между 300 и 400 лв. този дял е бил 56,7%. Разликата е фрапираща и ясно индикира наличието на здравно неравенство по причина финансов статус на индивида.

Тези данни следва да се тълкуват в контекста на спецификата на здравеопазването в България. Наличието на здравни осигуровки гарантира безплатен достъп до пакет, съдържащ определени медицински услуги. Голям брой медицински услуги обаче са достъпни само срещу доплащане (при

поета една част от здравната каса) или срещу заплащане на цялата сума на услугата.

Друг заслужаващ внимание аспект са самооценките по скалата „богати-бедни“ и достъпът до здравни услуги. Ако анализираме достъпа до здравни услуги през 2022 г. през призмата на самоопределянето на лицата по оста „богат – беден“, получаваме картината, представена на фигура 3.



Източник: ISSP (2021, 2022).

Фигура 3: Зависимост между самоопределянето по скалата „богати-бедни“ и невъзможността да бъдат получени здравни услуги, поради финансови причини

При изследването респондентите са помолени да се самоопределят по скалата „богати-бедни“, където 1 е равно на най-богат, а десет – най-беден. Анализът показва, че има различия в достъпа до здравни услуги през последните 12 месеца при различните групи лица по скалата „богати-бедни“.

Така например, лицата, които поставят себе си в категориите 1 и 2 (това са най-богатите и тези близко до тях), не са имали никакви проблеми с достъпа до здравни услуги. Проблеми с достъпа до здравни услуги по финансови причини са срещнали различни дялове от лицата, самоопределили се в категориите между 3 и 10. Най-силно е бил затруднен достъпът на лицата, поставили себе си в двете крайни категории – 9 – 10, индикиращи силна бедност и крайна бедност. Прави впечатление също така, че дори и тези лица, които са поставили себе си в средата (категория 6), излъчват значим дял (19,8%) от лица, съобщили за невъзможност да ползват здравни услуги поради финансови услуги. Налага се изводът, че в България големи дялове от населението през последните 12 календарни месеца са изпитали затруднения с достъпа до необходимите му здравни услуги и причината за това е финансова. Такива проблеми не са имали само най-богатите хора у нас, но техният дял в българското общество е твърде малък – при настоящото изследване общо 0,6% от респондентите са се самоопределили в позициите 1 и 2, т.е. най-богати и близко до тях. Повечето респонденти са се самоопределили в категориите 5 (30,4%), 6 (19,1%), 7 (18,2%) и 8 (14,2%), а общо 8,4% от респондентите са се поставили в категории 9 и 10, т.е. крайно бедни.

В същото време една пета (21,7%) от респондентите са заявили, че са много или донякъде склонни да плащат по-високи данъци, за да се подобри качеството на здравеопазването у нас. Неутралният отговор „нито склонни, нито не склонни“ е избран от 18,4%. Но впечатляващото е, че на другия край на скалата са застанали общо 58,4% от респондентите, като от тях 22,9% са посочили, че донякъде не са склонни, а 35,5% – изобщо не са склонни да плащат по-високи данъци с цел подобряване на качеството на здравните услуги.

Ако тези данни бъдат сравнени с оценките от изследването през 2021 г., става ясно, че в този тип оценки и нагласи не са настъпили значими промени: през 2021 г. общо 24,4% от респондентите са се самоопределили в категориите „много склонни“ и „донякъде склонни“, 15,3% са били „нито склонни, нито не склонни“, 19,5% – „донякъде несклонни“, а 36,3% – „изцяло не склонни“. С други думи, през 2021 г. общо 55,8% са били против да плащат по-високи данъци, предназначението на което би било подобряване на здравните услуги.

Задълбочаването на анализа показва зависимост между самооценката по скалата „богати-бедни“ и склонността за плащане на по-високи данъци с цел подобряване на качеството на здравеопазването. Данните показват, че между 73% и 80% от лицата, самоопределили се в категориите 7, 8, 9 и 10 (където 10 е равно на крайно бедни), са твърдо против плащането на по-високи данъци. И обратното: 83% от лицата, определили са в категорията 2

(близко до най-богатите) са до известна степен склонни да плащат по-високи данъци. Що се отнася до лицата от категория 1 (най-богатите), то те стопроцентово са заявили, че до известна степен не са склонни да плащат по-високи данъци, т.е. тяхната психологическа нагласа е по-скоро отрицателна, без да е крайна. Представените нагласи показват, че идеята за подобряване на здравеопазването чрез повишаване на данъците за здравеопазване не намира добър прием в българското общество, като най-очевидна е резистентността към тази идея сред хората, чувстващи себе си като по-скоро бедни.

Ако всеки втори е против да плаща по-високи данъци, за да се подобри качеството на здравните услуги, а от друга страна, голяма част от здравните услуги са платени, това поставя въпроса доколко е оправдано съществуването на подобна разновидност на неолиберално здравеопазване. Системата, която функционира в момента в България, предвижда преразпределение на сумите, генерирани чрез здравните вноски, и заплащане от тези суми на определен брой медицински услуги. Заедно с това съществува елемент на доплащане на стойността на определени медицински услуги, както и цялостно заплащане на стойността на определени услуги. Счита се, че този тип система има социален характер, тъй като гарантира предоставянето на жизнено необходими медицински услуги на здравно осигурените лица.

Проблемът е обаче, че хората не са доволни от крайния ефект от функционирането на здравната система. Данните от настоящото изследване показват, че изцяло доволни и много доволни от системата на здравеопазването у нас през 2022 г. са едва 7,8% (при 11,7% през 2021 г.), а 32,8% до известна степен удовлетворени (срещу 28,2% през 2021 г.). От друга страна, донякъде недоволни през 2022 г. са 20,5% (при 18,6% през 2021 г.), а много и изцяло недоволните са общо 11,8% (срещу 7,4% през 2021 г.). Очевидно, през 2022 г., както и през 2021 г., обществото е поляризирано в оценките си за системата на здравеопазването – почти равни дялове от хората са както доволни, така и недоволни, което най-вероятно е свързано с преките им впечатления от получените медицински услуги и от постигнатия ефект (излекувани или не). По-важното е това, че оценките за двете календарни години остават много близки по характер, което е индикация, че в рамките на тези две години нищо съществено не се е променило в начина, по който функционира системата на здравеопазване.

Не са се променили и съществуващите здравни неравенства. Не може да се каже, че през 2022 г. в сравнение с 2021 г. има задълбочаване на здравните неравенства, но не може да се твърди и обратното, че в картината на здравните неравенства е настъпило изменение към по-добро, т.е. инициирани са процеси за преодоляване на здравните неравенства.

Заклучение

Като пример за един тип разновидност на неолибералното мислене може да се приемат нагласите на българските граждани по отношение на здравеопазването. Нагласите на пълнолетното българско население към здравеопазването имат неолиберален характер, макар че се отличават със силна амбивалентност. Наблюдава се, например относително индиферентна реакция към процеса на увеличаване на неравенствата, приемани за естествена обществена еволюция, а в същото време се очакват разширени регулаторни функции на държавата по отношение на корекции в индивидуалното поведение, както и заявено неудовлетворение от минималистичната програма за здравно обгрижване на населението, следваща неолибералния модел.

Заедно с това е налице статистически значима зависимост между доходите и достъпа до здравни услуги, разкриваща сериозно здравно неравенство по причина финансов статус на индивида. Само най-богатите хора в България не срещат никакви проблеми да си осигурят необходимите им здравни услуги. Всички останали подоходни групи се сблъскват с едни или други затруднения, по причина недостатъчни финансови средства, като този тип проблеми са видимо най-сериозни при хората, намиращи се в силна или крайна бедност. В контекста на неолибералното мислене се налага изводът, че финансово по-обезпечените индивиди са в по-висока степен склонни да възприемат неолибералните нагласи към здравеопазването. Колкото по-ниски са доходите на индивидите, толкова е по-вероятно те да очакват силна държавна намеса в здравеопазването и гарантиране на по-разнообразни здравни услуги по линия на здравноосигурителната каса.

Необходимостта да се доплаща за определени здравни услуги или изцяло да се заплаща за други здрави услуги разделя обществото на две полярни категории и доходите отново са водеща характеристика в това разделение: докато богатите хора са до известна степен склонни да плащат по-високи данъци, за да се подобри качеството на здравните услуги, по-бедните хора са категорично против – те очакват по-скоро държавата да управлява по-ефективно средствата и да предоставя по-голям брой здравни услуги, отколкото да се увеличават данъците и здравните осигуровки. Този извод трябва да се тълкува и в светлината на това, че в българското общество все още текат динамични процеси по формиране на различните нива на средната класа, а съдейки по данните и от настоящото изследване, значителна част от хората се отнасят към ниската част на средната класа.

Всичко това ни кара да мислим, че неолибералните нагласи към здравеопазването все още не са интегрирани, до голяма степен в резултат на рязко натрапеното им внедряване. Но и че се наблюдава една разновидност на възстановяващ паметта (roll-back) неолиберализъм (в терминологията на

Джейми Пек), която на пръв поглед изглежда амбивалентно, но фактически е основа за преодоляване на проблеми, съдържащи се в неолибералната доктрина, провеждана в условията на заявена социална държавност. Това е изход, вариант за търсене на подобрени решения за приспособяване на неолибералните виждания към спецификите на конкретната социална среда в България.

Използвана литература

- Тодорова, Е., Василев, И. (2016). Разновидности на неолиберализма в управлението на хроничната болест в България и в Обединеното кралство, Икономическа социология 4.0., сборник п/р А. Нончев, ИК-УНСС. (Todorova, E., Vasilev, I., 2016, Raznovidnosti na neoliberalizma v upravlението na hronichnata bolest v Bulgaria i v Obedinenoto kralstvo, Ikonomicheska sotsiologia 4.0., sbornik p/r A. Nonchev, IK-UNSS).
- Ченгелова, Е., Тодорова, Е. (2022). Здравните неравенства в българското общество: социоекономическа детерминираност, Икономически и социални алтернативи, брой 3, стр. 80-94, DOI: <https://doi.org/10.37075/ISA.2022.3.06>. (Chengelova, E., Todorova, E., 2022, Zdravnite neravenstva v balgarskoto obshtestvo: sotsioikononicheska determiniranost, Ikonomicheski i sotsialni alternativni, broj 3, str. 80-94, DOI: <https://doi.org/10.37075/ISA.2022.3.06>).
- Chengelova, E. (2022). Healthy and Happy amidst Covid 19: how is that possible?, Sociological Problems, Annual XLIX, Vol. 54, pp. 242-261.
- Jessop, B. (2002b). The Future of the Capitalist State, Cambridge: Polity.
- Jessop, B. & Morgan, J. (2022). The strategic-relational approach, realism and the state: from regulation theory to neoliberalism via Marx and Poulantzas, an interview with Bob Jessop, Journal of Critical Realism, 21:1, pp. 83-118, DOI: 10.1080/14767430.2021.1995685
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe, Lancet, Apr 13, epub 2013 Mar 27.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, Lancet, 378 (2011), pp. 1457-1458.
- Larner, W. and Craig, D. (2005). After Neoliberalism? Community Activism and Local Partnerships in Aotearoa New Zealand, Antipode, Volume 37, Issue 3, pp. 402-424.
- Lavoie, M. (2014). European Journal of Economics and economic Policies: Intervention, Vol.11, Issue 3, Book review: Mirowski, Philip (2013): Never Let a Serious Crisis Go to Waste: How Neoliberalism Survived the Financial Melt-

- down, London, UK (384 pages, hardcover, Verso, ISBN 978-1-78168-079-7), pp. 349-351, DOI: <https://doi.org/10.4337/ejeep.2014.03.08>
- Panitch, L. and Leys, C. (2010). *Socialist Register*, Preface, Vol. 46.
- Peck, J. and Tickell, A. (2002). *Neoliberalizing Space*, Antipode, Vol.34, Issue 3, pp. 380-404.
- Peck, J. & Dawes, S. (2020). Contextualizing neoliberalism : an interview with Jamie Peck, in Dawes, S. & Lenormand, M. (eds.), *Neoliberalism in Context: Governance, Subjectivity and Knowledge*, pp. 289-309, https://doi.org/10.1007/978-3-030-26017-0_16
- Vassilev, I., Rogers, A., Todorova, E., Kennedy, A. and Roukova, P. (2017). The articulation of neoliberalism: narratives of experience of chronic illness management in Bulgaria and the UK, *Sociology of Health & Illness*, 39 (3), pp. 349-364, doi:10.1111/1467-9566.12488

THE NEOLIBERAL CONCEPT OF BULGARIAN HEALTHCARE: DIVERSITY OR COGNITIVE DISSONANCE

Prof. Elka Todorova, DSc.
Economic Sociology Department
University of National and World Economy
e-mail: etodorova@unwe.bg

Prof. Emilia Chengelova, DSc.
Institute of Philosophy and Sociology, BAS
e-mail: chengelova@gmail.com

Abstract

The paper examines the issue of the neoliberal nature of Bulgarian health care system, which introduced at once and in non gradual way, formed varieties of combined neoliberal and anti-neoliberal theses. This is tracked in an analysis of data from ISSP surveys in Bulgaria (2021, 2022) regarding health care inequalities. Since the two surveys use certain identical questions, comparisons were made related to the performance and attitudes towards health care, vaccination, the role of the state authorities, etc. The results defend the thesis that neoliberal attitudes to health care are bend to nonliberal expectations in a way that exemplifies a type of "roll back" neoliberalism (Peck 2002).

Keywords: neoliberalism, health care, health care attitudes, health inequalities, income inequalities

JEL: L12, L13, L14, H57, H75