

# ЧАСТНИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И НЕРАВЕНСТВА В ДОСТЪПА ДО ЗДРАВНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ

Мария Рохова

*Катедра по икономика и управление на здравеопазването,  
Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна*

## PRIVATE HEALTH EXPENDITURES AND INEQUITIES IN ACCESS TO HEALTH SERVICES IN BULGARIA

Maria Rohova

*Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health,  
Medical University – Varna*

### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** *Равнопоставеността в достъпа до здравни услуги зависи от това, доколко гражданите трябва да заплащат директно за тях. Целта на изследването е да се анализира финансовата тежест на здравните разходи върху домакинствата в България и на тази основа да се направи оценка за неравенствата в достъпа до здравни услуги, причинени от неравенства в доходите на населението.*

**Материал и методи:** *В изследването са представени данни за разходите за здравеопазване в България и е анализирано влиянието на частните разходи върху достъпа на населението до здравни услуги. Използвани са данни от Националния статистически институт, Световната здравна организация, Евростат и други, както и резултати от различни проучвания.*

**Резултати и дискусия:** *През последните години разходите за здравеопазване в България постоянно нарастват, но финансовата тежест се измества не към публичните фондове, а към домакинствата. Съотношението публични – частни разходи е изключително неблагоприятно, като дялът на последните се движи между 41 и 48%. Относителната финансова тежест на здравните разходи на домакинствата и лицата е по-висока за хората с по-ниски доходи. Редица проучвания показват, че разходите за здравеопазване създават сериозни бариери в достъпа до здравни услуги, особено за по-бедните домакинства, неосигурените лица и другите уязвими групи.*

### ABSTRACT

**Introduction:** *The equity in access to health services depends on private expenditures on health. The aim of the study is to analyse financial burden of health expenditures on households and to assess the social-economic inequities in access to health services in Bulgaria.*

**Material and Methods:** *The current study relies on health expenditures analyses and their impact on access to health services. Data are provided from the National Statistical Institute, World Health Organisation, Eurostat, etc. and from different other studies.*

**Results and Discussion:** *During the last years, private health expenditures in Bulgaria have been continuously growing and their financial burden for the households has been increasing. The share of private expenditures on health is between 41 and 48% of total expenditures. The relative financial burden is higher for the households with lower income. Different studies show that the share of private spending creates barriers in access to health services especially for vulnerable groups.*

**Conclusions:** *The results confirm the conclusion that the principles of solidarity and equity are disturbed. The Bulgarian health system doesn't offer financial protection to the population. The private expenditures in Bulgaria are higher than the international standards and this creates barriers in access to health services and health inequities.*

**Keywords:** *health expenditures, equity, access, unmet needs for health services*

**Заклучение:** Резултатите потвърждават извода, че системата на финансиране на здравеопазването в България не почива на принципите на солидарност и равнопоставеност. Здравната система в България не предлага голяма финансова защита. Плащанията със собствени средства са значително високи според международните стандартни и създават бариери пред достъпа на населението до здравни услуги.

**Ключови думи:** разходи за здравеопазване, равнопоставеност, достъп, неудовлетворени потребности

## ВЪВЕДЕНИЕ

Редица изследвания показват, че съществуват значими различия в здравния статус на населението между отделните държави, които произтичат от неравенствата в обществено-икономическото им развитие (23). Но подобни неравенства се наблюдават също и в границите на една страна – дори и в най-богатите. Според М. Marmot – председател на Комисията по социални детерминанти на здравето към Световната здравна организация – „за развитието на едно общество, богато или бедно, може да се съди по здравето на нацията, колко „справедливо“ е разпределено сред социалните групи и какво е равнището на социална защита, оказвана на хора в лошо здравословно състояние“ (19).

Редица изследователи като Wagstaff, Paci, van Doorslaer, Braverman, Krieger, Lynch и други се фокусират върху социоекономическите неравенства, анализирайки вариациите в здравния статус между различните социални класи (21, 14). Тези неравенства се отнасят до взаимовръзката между здравето и социоекономическата позиция в обществото, дефинирана по отношение на социални, икономически или демографски характеристики. Те са свързани и с т.нар. неравнопоставеност в здравеопазването, дефинирана като нечестни и несправедливи различия в достъпа до здравни услуги между отделни региони в страната или между отделни групи от населението, определени обикновено по социоекономически критерий (18).

Равнопоставеността се разглежда често и в контекста на финансирането на здравната система. От тази гледна точка равнопоставеността се фокусира върху въпроса „колко справедливо е финансирането съобразно платежоспособността на населението“. Във връзка с тази интерпрета-

ция хоризонтална равнопоставеност има в случаите, когато индивиди или домакинства с еднакви доходи имат едни и същи здравни разходи, докато вертикалната равнопоставеност съществува, когато хора с по-големи възможности плащат по-големи здравни вноски и изобщо имат по-големи разходи за здравни услуги (15). Или здравна система, която се основава на принципите на равнопоставеността, трябва да осигури възможности за използване на услугите съобразно здравните потребности (равнопоставеност в достъпа до медицинска помощ) и плащания за здравните услуги съобразно платежоспособността (равнопоставеност във финансирането на медицинската помощ) (20).

Равнопоставеността в достъпа до голяма степен зависи от това, доколко гражданите трябва да заплащат директно за ползваните от тях здравни услуги. Колкото по-високи са т.нар. частни разходи за здравеопазване (директни плащания от домакинства и доброволни здравни осигуровки и/или застраховки), толкова по-голямо е финансовото бреме за населението и съответно равнопоставеността се нарушава, тъй като използването на здравни услуги става все по-зависимо от дохода.

Целта на изследването е да се анализира финансовата тежест на здравните разходи върху домакинствата в България и на тази основа да се направи оценка за неравенствата в достъпа до здравни услуги, причинени от неравенства в доходите на населението.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В настоящото изследване са представени данни за структурата и изменението на разходите за здравеопазване в България - публични и частни, както и за относителната тежест на разходи-

те за здравеопазване в общите разходи на домакинствата и лицата. Анализирани са влиянието на частните разходи върху достъпа на населението до здравни услуги и неудовлетворените потребности от медицинска помощ в различните доходни групи, дължащи се на финансови причини. По отношение на бариерите в достъпа са представени и резултати от изследвания за размера на неформалните и нерегламентирани разходи за здравни услуги, както и за случаите на т. нар. „катастрофални“ здравни разходи и такива, водещи до обедняване на домакинствата. Анализът се основава на данни от Националния статистически институт (НСИ), Световната здравна организация (СЗО), Евростат, Световната банка, Министерство на здравеопазването и Българската стопанска камара. Използвани са и резултати от проучвания, проведени от Световната банка, Министерство на здравеопазването и различни изследователи в България.

### РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

През последните години разходите за здравеопазване в България постоянно нарастват, но финансовата тежест се измества не към публичните фондове (както е в повечето страни в Европейския съюз), а към домакинствата. От 2007 г. и публичните, и частните разходи се увеличават, но темпът на нарастване на вторите е значително по-висок, с изключение на 2011 г. (Фигура 1). През 2013 г. частните разходи са 1,65 пъти по-високи спрямо 2007 г., докато публичните надвишават 1,39 пъти равнището си от 2007 г. По данни на НСИ средните разходи на домакинствата за здравеопазване за периода 2002-2014 г. се повишават близо 3,2 пъти – от 176 лв. на 570 лв. Тази тенденция се отнася и за разходите на едно лице, които се увеличават над 3,5 пъти - от 66 на 235 лв. (9). Изследване на А. Димова (2016) показва, че основен принос в нарастването на частните разходи имат разходите за лекарства, които заемат близо 80% от разходите за здравеопазване (2). В резултат на това темпът на нарастване на разходите за здравеопазване на домакинствата сериозно изпреварва този на общите им разходи.

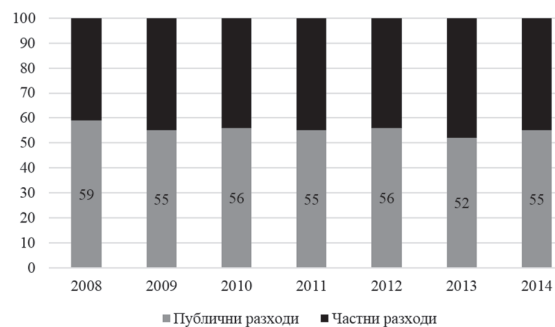
Съотношението публични – частни разходи в България е изключително неблагоприятно, като през последните години делът на последните се движи между 41 и 48% (Фигура 2). Това съотношение е по-скоро характерно за слабо развитите държави и е далеч от оптималните стойности от 75 към 25% в полза на разходите от публични източници.



Източник: Българска стопанска камара, 2014, собствени изчисления.

Фигура 1. Индекси на изменение на публичните и частните разходи за здравеопазване, 2007-2013 г. (2007=1,0)

Високият дял на частните разходи се свързва с проблеми на достъпа до здравни услуги и с нарушаване на принципите на солидарност и равнопоставеност. До голяма степен това важи за хората с по-ниски доходи, които на практика могат да останат „изключени“ от здравната система. Същевременно директните плащания от пациентите се увеличават, докато доброволното здравно осигуряване (сега здравно застраховане) остава неразвито. Реално финансовата тежест се прехвърля все повече към бюджетите на домакинствата, без да се разпределя рискът и без да се осигурят възможности за контрол на разходите и качеството на здравните услуги. Високото равнище на плащанията със собствени средства значително ограничават финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно на най-бедните слоеве от населението.



Източник: WHO, 2016

Фигура 2. Съотношение публични - частни разходи за здравеопазване, 2008-2014 г. (в %)

Проблемът с разходите за здравеопазване на домакинствата се усложнява и от наличието на т.нар. неформални или нерегламентирани плащания (извън официалните потребителски такси и регламентирани плащания за здравни или

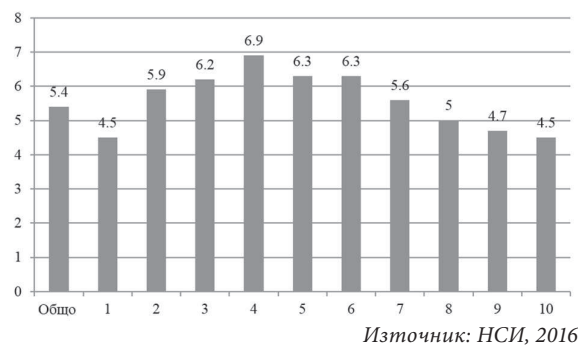
свързани с тях услуги). Такива практики съществуват още преди въвеждане на здравното осигуряване и официалното регламентиране на допълването за използване на медицинска помощ (16). Според резултати от проучвания, например, през 1994 г. 43% от анкетираните са заплащали за оказани безплатни здравни услуги в публични здравни заведения, а през 1998 г. - 51% са заплащали на лекар или стоматолог за услуги, които по регламент би трябвало да са безплатни (5).

Въпреки че през 2000 г. са въведени официално потребителските такси и са регламентирани случаите, при които здравноосигурените лица заплащат за определени услуги (напр. избор на лекар или екип в болница), неформалните плащания продължават да бъдат обичайна практика в българската здравна система. Национално представително проучване, проведено през 2006 г., показва, че 20% от пациентите на болничните лечебни заведения в страната са платили лично за медицински дейности (хирургични операции, консултации и др.), над 11% са заплащали за услуги от санитар и около 7% - за услуги от медицинска сестра, като за респондентите с по-високи доходи тези стойности доближават 50% (3). През 2010 г. неформални плащания са извършени от 13% от пациентите в доболничната помощ и 1/3 от пациентите в болниците (13).

Според Националната здравна стратегия 2014-2020 г. през последните години размерът на тези плащания нараства значително и достига 1,5 млрд. лв. (6) Ако се вземат предвид и те, то относителният дял на публичните разходи от общите разходи за здравеопазване ще намалее до под 50%. Това значително финансово бреме също се поема от населението, а лицата, които не разполагат или не могат да осигурят финансови ресурси, се лишават от достъп до медицинска помощ.

Относителната финансова тежест на здравните разходи на домакинствата и лицата е по-висока за хората с по-ниски доходи. Ако през 2015 г. средно 5.4% от общите разходи на домакинствата (и 5.3% от тези на лицата) са за здравеопазване, то делът им в групите с по-ниски доходи се движи от 4.5 до 6.9%, като най-висок е в четвъртата децилна група (Фигура 3). В групите с по-високи доходи делът на здравните разходи е 5% и под 5% (в 8, 9 и 10-та децилна група). Този факт би трябвало да се разглежда и в още един контекст – значимите неравенства, които съществуват в разпределението на доходите. Данните за периода 2004-2015 г. показват нарастване на икономическата диференциацията и поляризацията на населението, като доходът на най-богатите

10% превишава около 8 пъти този на най-бедните 10% (8).



Фигура 3. Дял на разходите за здравеопазване от общите разходи на домакинствата по децилни доходни групи, 2015 г.

Една от основните цели на всяка здравноосигурителна система е да защити лицата от неочаквано големи разходи за здравеопазване, които те не могат да си позволят (12). Универсалното здравноосигурително покритие, както е възприето от СЗО, трябва да осигури на лицата достъп до здравни услуги, без да търпят финансови трудности, когато плащат за тях. Пациенти, които трябва да плащат значителни суми със собствени средства, може да се окажат тласнати към бедност или да се откажат от медицинска помощ. За измерване на влиянието на директните плащания от пациентите и равнището на финансова защита на населението СЗО и Световната банка предлагат 2 индикатора: т.нар. „катастрофални“ здравни разходи – случаите на значителни директни плащания за здравни услуги и случаите на обедняване на домакинствата поради високото равнище на здравните разходи. Според изчисленията на СЗО в България случаите на „катастрофални“ здравни разходи (25% от общите разходи на домакинствата) са около 3%, докато случаите на обедняване поради директни плащания за здравни услуги се наблюдават при под 1% от домакинствата (25).

Неравномерно разпределение на финансовата тежест може да се установи и при задължителното здравно осигуряване. Съществуващата горна граница на дохода за определяне на размера на осигуровките (2 600 лв. за 2016 г.) има регресивен ефект. Това означава, че колкото повече доходът надвишава тази граница, толкова по-малка е относителната финансова тежест на здравните осигуровки (12). Нещо повече, големият брой на неосигурените лица (част от които са самонаети хора с високи доходи, които нямат доверие в со-

циалната здравноосигурителна система) задълбочава допълнително финансовото неравенство.

Една от целите на здравната реформа в България е изграждането на финансова система, основана на солидарността и социалната справедливост в разпределението на финансовата тежест, но тази цел досега не е постигната (4). Слабата финансова защита на населението води до относително висок дял на частните разходи в сравнение с публичните и задълбочава неравенствата. Хората с ниски доходи плащат пропорционално повече от тези с високи доходи. Така най-голямата финансова тежест се понася от хората с ниски и със средни доходи. Това безспорно нарушава т. нар. вертикална равнопоставеност във финансирането, която предполага, че хората с по-големи възможности трябва да плащат по-големи здравни вноски и изобщо да имат по-големи разходи за здравни услуги.

Финансовата тежест на разходите за здравеопазване създава сериозни бариери в достъпа до здравни услуги, особено за по-бедните домакинства, неосигурените лица и другите уязвими групи. Нещо повече, хората с най-големи здравни потребности са изправени пред риска от по-нататъшно обедняване поради неравнопоставеност в достъпа и влошено здраве. Няколко изследвания, проведени през различни периоди, потвърждават тези заключения. По данни от национално представително проучване от 2006 г. високите цени са направили лекарствата и някои услуги недостъпни за голяма част от населението – 23.2% заявяват, че изпитват недостиг на финансови средства за закупуване на предписаните им медикаменти, докато 56% не могат винаги да си позволят да закупят всички лекарства, които са необходими за тяхното лечение. В допълнение, 28.7% декларират, че изпитват финансови затруднения да заплащат директно за медицински услуги, а 49.9% обвиняват здравната реформа за увеличаването на здравните им разходи (3). Според проучване, проведено през 2009 г.,

70% от гражданите имат непрекъснато нарастващи месечни разходи за здравеопазване, но само 28% могат да си ги позволят, без да се лишават от нещо друго (храна, дрехи и т.н.). За повече от 80% от респондентите здравните разходи се увеличават по време на здравната реформа (10). До подобни резултати достига и проучване от 2010 г., проведено сред безработни и социално слаби лица, което показва, че голяма част от тях имат финансови затруднения да ползват здравни услуги, въпреки че здравословното им състояние е влошено (7).

По данни от регулярно провеждано европейско здравно интервю делът от населението в България, което смята, че потребностите му от медицинска помощ (диагностика и лечение) не са удовлетворени, през 2014 г. е 5.6% (Табл. 1). Въпреки че този процент е по-нисък спрямо предходните години, той остава сред най-високите стойности за Европейския съюз. Различни фактори оказват влияние върху този резултат, но той се свързва предимно с големия брой неосигурени граждани, недостига на общопрактикуващи лекари в някои региони, затруднения достъп до специализирана медицинска помощ и финансовите трудности сред някои групи от населението. Последното се потвърждава и от факта, че най-висок дял на неудовлетворени потребности от медицинска помощ се декларира от групата с най-нисък доход, а с нарастването на дохода този процент намалява (Табл. 1). Голямата разлика, която се наблюдава между стойностите на показателя в групата с най-ниски доходи (1-ви квинтил) и тази с най-високи (5-и квинтил), още веднъж доказва наличието на сериозни финансови бариери в достъпа до здравни услуги, които създават предпоставки за неравнопоставеност между групи от населението с различен социоекономически статус.

Актуални данни в тази връзка са представени в Националната здравна стратегия 2014-2020 г., в анализа на която се твърди, че между 20 и 40%

Табл. 1. Дял от населението с неудовлетворени потребности от медицинска помощ поради финансови причини, общо и по доходни групи, 2008-2014 г. (в %)

Групи	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Общо	15,3	10,3	10,5	9,8	8,2	8,9	5,6
1-ви квинтил	28,4	23,8	22,2	21,2	16,9	21,1	11,1
2-ри квинтил	16,7	10,4	9,9	11,2	10,3	8,7	7,0
3-ти квинтил	12,5	7,1	8,7	7,0	6,2	7,3	4,6
4-ти квинтил	10,3	6,1	7,3	5,8	4,9	5,4	3,6
5-и квинтил	8,6	4,0	4,3	3,6	2,7	1,9	1,9

Източник: Eurostat, 2016

от населението на страната изпитва реални ограничения в достъпа до здравеопазване – при закупуването на предписани лекарства (37.6%) или при извършване на медико-диагностични изследвания (30.6%) (6). В допълнение на това, всеки четвърти се въздържа от прегледи и/или изследвания извън населеното място, където живее (25.8%), всеки шести – от постъпване в болница (16%), а всеки седми – от различни медицински услуги поради отдалеченост от дома (13.7%).

До подобни резултати достига проучване на Световната банка, проведено в България през 2010 и 2011 г., което показва, че вследствие на икономическата криза в страната много хора, особено с по-ниски доходи, съкращават разходите си за лекарства и за ползване на здравни услуги (22). Около 25% от домакинствата с най-ниски доходи отлагат посещение при лекар при здравословен проблем, а над 40% пропускат закупуването на лекарства, за да намалят месечните си разходи. Изводът, до който достигат експертите на Световната банка, е, че финансовата защита в нашата здравна система е ограничена. Данни от наше проучване в Североизточния район на планиране сочат, че около 2/3 от респондентите с ниски доходи отлагат използването на здравни услуги, когато са им нужни, а около 1/3 нямат финансовата възможност да си купуват редовно предписаните им лекарства (11). Това свидетелства не само за слаба финансова защита, но и за наличието на неравнопоставеност в здравеопазването, обусловена от различията в доходите.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данните от посочените изследвания потвърждават извода, че системата на финансиране на здравеопазването в България не почива на принципите на солидарност и равнопоставеност. Системата на здравеопазването в България не предлага голяма финансова защита. Плащанията със собствени средства са значително високи по международните стандартни, както и частта от разходите в домакинствата за закупуване на здравни услуги и продукти за равнището на приходите в България. Финансовата тежест все повече се измества към домакинствата и лицата, което създава сериозни затруднения в достъпа до здравни услуги.

Значимите различия в отложеното използване на здравни услуги между подоходните групи не само свидетелстват за наличието на неудовлетворени потребности (и от там на неравнопоставеност), но в един по-дълъг период от време

може да доведат до влошаване на здравословното състояние на онези групи от населението, които по принцип се нуждаят от повече грижи (по-възрастните, по-бедните, живеещите в по-отдалечени населени места). От тази гледна точка именно тези разлики могат да засилят здравните неравенства между населението. От друга страна от наличието на неудовлетворени потребности можем да съдим за съществуването на бариери пред достъпа до медицинска помощ (географски, финансови или организационни).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Българска стопанска камара. Здравеопазване 2014: състояние, проблеми, решения, предизвикателства. 2014. Достъпно на: <http://www.bia-bg.com/uploads/files/analysis/Zdraveopazvane-2014.pdf>.
2. Димова, А. Финансовите ресурси за здравеопазване: разход или инвестиция? // Варненски медицински форум, 2016; 5(2):236-42.
3. Димова, А., М. Попов, М. Рохова. Здравната реформа в България. Анализ. Варна, Институт „Отворено общество“, 2007.
4. Димова, А., М. Рохова, Е. Мутафова, Е. Атанасова, Ст. Коева, Д. Пантели, Е. ван Гинекен. Здравни системи в преход. България. Анализ на здравната система: 2012. Варна, Медицински университет, 2013.
5. Министерство на здравеопазването. Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България“, 2001-2010 г. София, 2001.
6. Министерство на здравеопазването. Национална здравна стратегия 2014-2020 г. Приета с Решение № 27 на Министерския съвет от 21.01.2014 г.
7. Мутафова, Е., Ж. Рангелова, Т. Костадинова, Д. Томов, К. Докова, А. Димова, А. Атанасова. Бедност и здраве – резултати от социологическо изследване сред социално слаби и безработни лица // Сб. доклади от научна конференция „Здравеопазването през 21 век“, том 1, МУ-Плевен, 2010, с. 64-8.
8. Национален статистически институт. Бюджети на домакинствата в Република България 2015. София, НСИ, 2016.

9. Национален статистически институт. Демографска и социална статистика. Доходи и разходи на домакинствата. Посетен на: 14.11.2016 г. Достъпно на: <http://www.nsi.bg/bg/content/3168>.
10. Петев, И. Домакински разходи за здравеопазване [магистърска теза]. Медицински университет – Варна, 2009.
11. Рохова, М. Намалване на неравенствата в достъпа до регионална здравна мрежа. Докторска дисертация. Икономически университет - Варна, 2015.
12. Световна банка. Междинен доклад. Проект на анализа на състоянието, актуерски разходен модел и набор от варианти за реформиране на сегашната система. Март 2015. Втора редакция. Достъпно на: [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/06/16/mejdinen-doklad-proekt-na-analiza-na-sustoznieto-aktuerski-razhoden-model-i-nabor-ot-varianti-za-reformirane-na-segashnata-sistema.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/06/16/mejdinen-doklad-proekt-na-analiza-na-sustoznieto-aktuerski-razhoden-model-i-nabor-ot-varianti-za-reformirane-na-segashnata-sistema.pdf).
13. Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Informal payments for health services: the experience of Bulgaria after 10 years of formal co-payments. *European J of Public Health*, 2013; 1–6. doi:10.1093/eurpub/ckt165.
14. Braverman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. *Bulletin of the WHO*, 2000; 78(2):232–4.
15. Ciss'e B, Luchini S, Moatti JP. Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa? *Health Policy*, 2007; 80:51–68.
16. Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 1997; 42:89–100.
17. Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reason and income quintile [updated 2016 July 7; cited 2016 Nov 13]. Available from: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.
18. Leon DA, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ*, 2001; 322:591.
19. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007; 370:1153–63.
20. Schieber G, Maeda A. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, 1999; 18(3):193–205.
21. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Science and Medicine*, 1991; 33:545–57.
22. World Bank. Bulgaria: Household Welfare during the 2010 Recession and Recovery. 2012.
23. World Health Organisation. Commission on Social Determinants of Health. Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes. Geneva: WHO; 2007.
24. World Health Organisation. Global Health Expenditures Database [updated 2016 Nov 8; cited 2016 Nov 13]. Available from: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
25. World Health Organisation. World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2016.

**Адрес за кореспонденция:**  
 Мария Рохова  
 Катедра по икономика и управление на здравеопазването,  
 Факултет по обществено здравеопазване,  
 Медицински университет – Варна  
 ул. Марин Дринов 55  
 e-mail: [mariarohova@abv.bg](mailto:mariarohova@abv.bg)