

ЧАСТНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ - ИСТОРИЯ, ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВИ

— РЕЗЮМЕ —

ЧАСТНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ – ИСТОРИЯ, ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВИ

СОФИЯ
2023 г.

[РЕЗЮМЕ]

Анализът е резултат от изпълнението на проект „Борба с корупцията в Централна и Източна Европа“ (Fighting Corruption in Central and Eastern Europe). Проектът се осъществява от Правна инициатива за Централна и Източна Европа (Central and Eastern Europe Law Initiative/ CEELI Institute) с партньори от България, Румъния, Словакия и Унгария, с финансиране от Държавния департамент на САЩ (DoS/ DRL). Фондация „Български институт за правни инициативи“ е партньор за България по проекта. Изразените мнения, оценки, констатации и предложения в анализа представляват само и единствено гледната точка на авторите и по никакъв начин не може да се приема, че те съставляват мнение на партньорите по проекта и/или финансиращата организация.

Авторски колектив:

Проф. д-р Христо Хинков: Част първа; Част втора, Част четвърта (4.2)

Мартина Бозукова: Част трета (3.1, 3.2, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3); Част четвърта (4.1, 4.2.1, 4.2.2);
Част пета

Биляна Борисова: Част трета (3.3.3, 3.3.4)

Редактори: Биляна Гяурова-Вегертседер и Цветомир Тодоров

Дизайн: Мария Маринова

Български институт за правни инициативи

България, София

Ул. „Г. С. Раковски“ № 132 а, ет. 3

www.bili-bg.org

Съдържание:

ЧАСТ ПЪРВА	4
1. ЗДРАВНАТА РЕФОРМА ПРЕЗ ГОДИНИТЕ ПО ОТНОШЕНИЕ НА БОЛНИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	4
ЧАСТ ВТОРА	7
2. КОНКУРЕНТНОСТТА НА ЧАСТНИТЕ БОЛНИЦИ	7
ЧАСТ ТРЕТА	10
3. СЪСТОЯНИЕ НА СЕКТОРА – РАЗВИТИЕ НА ЧАСТНИТЕ БОЛНИЦИ В БЪЛГАРИЯ	10
3.1. Големите трима	12
3.1. Собственост и политика	15
ЧАСТ ЧЕТВЪРТА	17
4. КАДРИ И ПЪТЕКИ	17
ЧАСТ ПЕТА	19
5. ФИНАНСИРАНЕ, ОБЩЕСТВЕНИ ПОРЪЧКИ И ЦЕНИ	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	23

Изследването обхваща основните процеси в динамично развиващия се сектор на частното здравеопазване в България. Представена е историята на частното здравеопазване в страната след краха на тоталитарния социалистически режим през 1989 г., философията и етиката, на която неговото създаване стъпва, както и взаимодействието му и конфликтите с публичното здравеопазване. Едновременно с това анализът представя и актуална количествена картина на частното здравеопазване в България за периода 2013-2023 г., като брой на частните болници през годините, тяхното географско разпределение, финансиране и предпочитани клинични пътеки. Фокус на изследването са и някои от най-наболените проблеми на здравеопазването в България въобще, като кадровата обезпеченост на болниците, конкуренцията между публични и частни лечебни заведения, свръхконцентрацията на медицински грижи в някои части на страната и липсата им в други. Не са подминати и други важни теми, като собствеността на частните лечебни заведения и продължаващата липса на задължение те да провеждат обществени поръчки, когато работят с публични средства. За целите на изследването е използван широк инструментариум за набиране и оценка на информация: експертни проучвания, статистически и медиен анализ, интервюиране на експерти от практиката. Използвани са основно публично достъпни източници с институционален характер, както и данни, предоставени по реда на Закона за достъп до обществена информация (ЗДОИ) от Националната здравноосигурителна каса.

ЧАСТ ПЪРВА

1. ЗДРАВНАТА РЕФОРМА ПРЕЗ ГОДИНИТЕ ПО ОТНОШЕНИЕ НА БОЛНИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Безпристрастният поглед назад показва, че социалистическото здравеопазване, макар и с аурата на напълно безплатно и общодостъпно, е било на границата на функционалността, с недостатъчни човешки и капиталови ресурси. Самата здравна система, подобно на системата на цялата държавна администрация от онзи период е бюрократизирана, идеологизирана и ригидна. Всичко това прави болничното здравеопазване в тоталитарната социалистическа Народна република България нито ефективно, нито ефикасно. Още по-малко то е справедливо, защото гражданите нямат еднакъв достъп до здравеопазване. [Развитието на](#)

болничната мрежа до 1990 г. е основано на количествени показатели, без да се съобразява с реалните нужди на населението и демографските процеси.

Инерцията в сектора от социалистическия период се запазва през първата половина на 90-те години на XX в., като по-сериозните промени започват едва след 1997 г. За периода 1997-2001 г. са приети 5 устройствени и 7 функционални закона за здравната система, от които основополагащи за реформата са Законът за здравното осигуряване (ЗЗО), Законът за лечебните заведения (ЗЛЗ) и Законът за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (ЗСОЛС).

Приетият през 1998 г. ЗЗО възстановява задължителното здравно осигуряване в България, което е премахнато в периода след 1944 г. През 1999 г. е създаден и държавен орган – Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), която е законово монополист, оператор на средствата, свързани с общественото здравно осигуряване. С приетият през 1999 г. ЗЛЗ за първи път се постига пазарна автономия на лечебните заведения. Това е фундаментална промяна в здравната система. За първи път медицинските заведения за извънболнична и болнична помощ придобиват статут на юридически лица (преди тези промени всички лечебни заведения в страната са подразделения или клонове на Министерството на здравеопазването (МЗ), пряко подчинени на ведомството или непряко – чрез неговите регионални структури).

През 1999 г. е взето решение да се използва редът на вече съществуващия Търговски закон за изменение на юридическия статус на лечебните заведения. Чрез него се уреждат едновременно възникването, формата, управлението, структурата, подчинеността, функциите и закриването на лечебните заведения. На практика се премахва централизирания административно-йерархичен начин на управление на лечебните заведения, довел до тяхната декапитализация и неефективно функциониране. **Демонополизирането на здравната система се извършва с трансформацията на режима на собственост.** Към 1998 г., т. е. към началото на реформите, в огромната си част здравеопазването продължава да е държавна, като за болничната система държавната собственост е 100%.

С промените 28-те областни болници (известни още и като окръжни болници) стават акционерни дружества с 51% държавно и 49% участие на съставните на областта общини. Общинските (районните) болници стават еднолични дружества с ограничена отговорност

(ЕООД) с изцяло (100%) общинска собственост. Всички останали лечебни заведения за извънболнична помощ (медицински центрове, групови и индивидуални практики) са прехвърлени в частния сектор.

Изцяло държавни остават Центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология (кръвопреливните центрове), домовете за медико-социални грижи за деца и лечебните заведения към Министерския съвет и министерствата на отбраната, на вътрешните работи, на правосъдието, на транспорта и съобщенията, както и държавните психиатрични болници. Единолични акционерни дружества с държавна собственост остават и университетските болници.

Смяната на собствеността на лечебните заведения чрез материалните и процесуални правила на Търговския закон съдържа в себе си презумпцията за създаване на условия за бъдеща приватизация на лечебните заведения и поставянето им в условия на конкуренция. През 2002 г. обаче ЗЛЗ претърпява много важна поправка, която на практика спира цялостната концепция за реформа в сектора. Отменен е Раздел II на закона „Приватизация на лечебни заведения с държавно и общинско участие“. През 2002 г. тогавашният министър на здравеопазването Божидар Финков налага мораториум върху приватизацията на сгради и кабинети от бившите поликлиники, докато в Парламента Икономическата комисия изважда от общия ред за приватизация болниците, с аргумента, че до една година ще бъде изготвен отделен закон за приватизация на болниците. Това на практика не се случва и по този начин се отрища процеса на разкриване на частни структури за болнична помощ, които веднага след регистрирането си сключват договори с НЗОК.

След създаването на НЗОК на 01.07.2001 г. се сключват първите договори с 149 болници за 30 клинични пътеки – толкова, колкото са формулирани и остойностени дотогава. Само след няколко години техният брой нараства с пъти и понастоящем покрива практически цялата патология. Към 31.12.2019 г. болниците сключили договори с НЗОК са вече 313. В сравнение с 2001 г. има нарастване с 164 броя болнични заведения. **Очевидно е, че отмяната на законовата възможност за приватизация на съществуващата болнична лечебна база води до разкриване на частни структури. Така започва да се създава паралелна частна болнична мрежа, която през 2019 г. наброява 369 или увеличение с 115 нови болници, с което България става водеща страна в ЕС (а вероятно и в световен мащаб) с най-много болници на глава от населението. Само за периода 2011-2018 г. броят на частните болници нараства от 89 на 114.**

Заедно с това, общият брой на работещите в системата на здравеопазването медицински специалисти не нараства, напротив, намалява по редица причини – възраст, миграция и пр., което създава изключителни трудности за покриване на стандартите за лицензиране и осигуряване на качество на болничните услуги и не по-малко важно, създава условия за миграция от една болница към друга.

В този контекст интересна промяна в нормативната уредба е решението от 2010 г., съгласно което на територията на държавно или общинско лечебно заведение за болнична помощ да може да се осъществява дейност от друго лечебно заведение за болнична помощ, като условието е последното да извършва различна медицинска дейност от тази осъществявана от болницата-домакин. Последиците от тази законова възможност са основно свързани с миграцията на специалисти от държавните към частните лечебни заведения за болнична помощ или най-малкото работата им на две или повече места.

Важен акцент в този процес е факта, че НЗОК не може да отказва сключване на договори с всяко лечебно заведение, което отговаря на изискванията на закона и е регистрирано по съответния ред, което в перспектива става една от най-важните причини в сектора на настъпят нови изкривявания, които не са съобразени с нуждите на населението и демографските процеси в страната.

ЧАСТ ВТОРА

2. КОНКУРЕНТНОСТТА НА ЧАСТНИТЕ БОЛНИЦИ

Съществуват три типа болници – по отношение на тяхната дейност и регистрация. Работещи без печалба (nonprofit, non-for-profit), работещи с печалба (for-profit) и държавни/общински. Работещите без печалба болници обикновено са структури, които се разкриват от частни или публични организации с нестопанска цел – благотворителни, религиозни, хуманитарни, фондови и пр. Тези болници се финансират по различни начини, но не калкулират печалба, тъй като всичките им приходи по линия на дарения, благотворителност и пр. се използват за покриване на разходите за лечебна дейност. За сметка на това, тези болници са освободени или облекчени от данъци. Някои изследователи правят разлика между чистата форма „без печалба“ (nonprofit) и не работещи за печалба (non-for-profit), т.е. печалбата не е основната

цел на работата на болницата и ако я има, тя се използва за реинвестиция в същата дейност.¹ Важно е да се отбележи, че формата на собственост не винаги съвпада с това какъв е вида на болницата, по отношение дали работи без печалба или с печалба, т.е. определящото не е вида собственост, а избора на това как ще функционира дадена болница и как ще се финансира нейната дейност.

В различните страни болниците действат при различни пазарни условия, свързани с различни демографски, конкурентни, правни, икономически и пр. характеристики. Поради това всяка система на болнична помощ има специфики. Прегледът в европейски мащаб показва значителни различия в организацията и структурата на болничната помощ по отношение на собствеността и дейността на болниците. **В България всички частни лечебни заведения за болнична помощ работят с печалба, докато тези с пълно или частично държавно или общинско участие, работят без печалба, но с известна финансова автономия.**

Използвайки горните дефиниции, може да се направи извода, че у нас всички лечебни заведения за болнична помощ (ЛЗБП), разкрити и управлявани от частни инвеститори, работят с печалба (for-profit), тъй като в България няма ЛЗБП, разкрити от организации с нестопанска цел, религиозни, благотворителни и др. Болниците с пълно или частично държавно или общинско участие работят без печалба, макар че тяхната организация като търговски дружества им позволява известна свобода за управление на собствените финанси с цел планиране и устойчивост.

При организацията на финансиране на болничната помощ от един публичен национален фонд – НЗОК, възниква въпросът откъде идва печалбата на частните болници при положение, че цените на клиничните пътеки, по които те работят и се отчитат са еднакви както за тях, така и за държавните? Независимо, че всички болници у нас са регистрирани по реда на Търговския закон (и по-точно по Закона за лечебните заведения, който ползва реда на Търговския закон), те нямат право на друга дейност освен на лечебна дейност. Нещо повече, те не са освободени от данъци, както това би било при благотворителните болници работещи без печалба, ако ги имаше в страната. **Лесният отговор е, че печалбата на частните болници би трябвало да идва от добро управление, ефективно използване на ресурсите и оптимизиране на персонала.** Изследователи подчертават, че собствеността върху болничните

¹ Преди 1944 г. в България е имало различни болници създадени по този начин, които впоследствие са национализирани.

заведения не оказва голямо влияние върху техния продукт, респ. техния пазарен дял.² По начало пазарното състезание в здравеопазването се очаква да доведе до сериозни подобрения в качеството на предлаганите услуги от страна на болниците. То може да доведе до създаване на нови форми на болничен дизайн, политики за привличане на пациенти.

Дали обаче пазарната конкуренция е по отношение на цените на услугите или по отношение състезание за сключване на договори с единствен купувач на здравни услуги? Прави се уговорката, че от определена гледна точка концепцията за създаване на конкуренция в здравеопазването е подвеждаща. Тя предполага, че пазарното състезание е отделна политика, която лесно може да бъде управлявана и променяна във времето. Причината е, че пазарните реформи могат да бъдат отменяни или отлагани или отслабвани или деформирани от концептуална гледна точка. Ето защо, редица изследователи считат, че пазарно-ориентирани реформи не оказват еднозначно въздействие върху разходите, равния достъп и разпределението на финансовия ресурс в държавата.³

От друга страна, когато говорим за конкуренция на пазара на болнични услуги трябва да се имат предвид следните съображения. На първо място, **пазарът в здравеопазването е квазипазар**, т.е. не отговаря напълно на принципите на търсенето и предлагането. **Причината е, че здравето не е стока в класическия смисъл на думата. Здравето е благо и ценност, съизмерими с понятието добродетел. То следва да бъде цел и идеал за постигане.**

Публично-частният микс е политически, икономически, социален и ценностно балансиран модел на икономически взаимоотношения в здравеопазването. Публично-частният микс е въведен в България след реформите през 1997-2001 г. Създаването на дружества, регистрирани по реда на Търговския закон, дава възможност да се либерализира системата без резки сътресения чрез масова или касова приватизация (това, което се случва в други сфери на стопанския живот), да се опише юридическото лице, което успоредно със създаването на здравноосигурителната каса да бъде в състояние да сключва самостоятелни договори за финансиране и да се очертае перспектива за бъдеща приватизация на тези структури. Извън този модел, по-късно се дава възможност за разкриване на частни

² Bruch, J. D., Bellamy, D., *Charity Care: Do Nonprofit Hospitals Give More than For-Profit Hospitals?*

³ Hans Maarse, Charles Normand. *Market competition in European hospital care (Investing in hospitals of the future)*, European Observatory on health systems and Policies WHO, 2009.

болнични структури, като регулаторния механизъм освен изискванията за регистрация е и т. нар. здравна карта, която описва нуждата от медицински дейности по райони в страната.

Интересен въпрос е дали поведението на болницата зависи не само от нейната форма на собственост, но и от тази на потенциалните конкуренти? Някои анализатори предполагат, че пазарният дял на организациите с печалба е положително свързан с отзивчивостта към финансовите стимули сред нестопански организации.

ЧАСТ ТРЕТА

3. СЪСТОЯНИЕ НА СЕКТОРА – РАЗВИТИЕ НА ЧАСТНИТЕ БОЛНИЦИ В БЪЛГАРИЯ

Десетилетието между 2013 и 2023 г. е белязано от динамичен ръст в броя на частните лечебни заведения за болнична помощ. В годините, съвпадащи с пандемията от Covid-19 и след това се наблюдава по-слабо нарастване на броя на новите частни лечебни заведения, като се разкриват по 1-2 нови годишно. Продължава, обаче, разкриването на допълнителни дейности и разрастване в рамките на вече съществуващите частни болници, като броят на преминалите пациенти в тях и финансирането от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) продължава да се увеличава. **По данни на НЗОК и НЦОЗА за периода 2012-2022 г. договорните партньори – лечебни заведения за болнична помощ, са се увеличили с 34. През 2022 г. НЗОК има сключени договори със 166 лечебни заведения за болнична медицинска помощ, в това число и медицински центрове, докато през 2012 г. те са били 132.**

По данни на Националния статистически институт (НСИ)⁴ към 31.12.2022 г. в страната функционират 319 лечебни заведения за болнична помощ, от които 116 са частни. По-малкият брой частни болници спрямо статистиката на НЗОК се дължи на обстоятелството, че сред лечебните заведения за болнична помощ-договорни партньори на НЗОК, има и медицински центрове. В частните болници се намират малко под една трета от общия **брой болнични легла в страната, който към 31.12.2022 г. е 52 462.**

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла. Към края на 2022 г. тази осигуреност е 848.5 на 100 000 души население. Най-високи са стойностите на показателя в областите Плевен (1 184.5 на 100 000

⁴ *Здравеопазване 2022*, НСИ и Национален център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА). Достъпно на: https://www.nsi.bg/sites/default/files/publications/Zdraveopazvane_2022.pdf

души от населението), Смолян (1 135.5) и Пловдив (1 069.5), а най-ниски са в областите Перник (400.0), Ямбол (420.9) и Видин (460.5).

При частните болници също се наблюдават диспропорции, като концентрация на повече на брой лечебни заведения частна собственост има в по-малко на брой, обикновено областни и университетски центрове. Анализ на БИПИ въз основа на данни за договорните партньори на НЗОК за 2022 г. показва, че в страната има само 1 област, в която няма частни лечебни заведения с приходи от НЗОК и това е Силистра. **В много други области на страната, като Видин, Добрич, Смолян, Търговище** присъствието на частен капитал е съсредоточен в малки медицински центрове, които имат пренебрежимо малък приход по линия на НЗОК, в сравнение с големите играчи в сектора. С най-много на брой частни лечебни заведения за болнична помощ са областите **София-град, Пловдив, Пазарджик и Плевен**.

На национално ниво към 2021 г. **частните болници са с пазарен дял 35%**, изчислен на базата на извършени, отчетени и платени дейности от НЗОК. Той постоянно нараства в последните години, докато делът на държавните болници намалява до под 50 на сто – 49.74%. Делът на общинските болници е относително константен и слабо варира около 15%. **Въпреки че на национално ниво частните болници са с пазарен дял от около 35 на сто, в няколко области: Пловдив, Пазарджик, Плевен, Бургас, Русе и Ямбол частните лечебни заведения усвояват половината и повече от половината от средствата за болнична помощ от НЗОК, т.е. постепенно изместват държавните болници като лидер на местния пазар.**

Отново по данни на НСИ⁵ през 2021 г. през стационарните на лечебните заведения за болнична помощ в страната са преминали 1 850 783 болни, от които 693 193 болни или около една трета са лекувани в частни лечебни заведения. Цитираните статистически данни не обхващат т. нар. ведомствени болници. Средният престой на 1 болен в болниците в страната е 5.3 дни, като **характерен за частните лечебни заведения е по-краткият болничен престой от 4.1 дни.**

Относно динамиката в развитието на частната болнична помощ в по-дългосрочен план може да се съди по данни на НСИ, които показват, че в периода 2005-2021 г. броят на **операциите, извършени в частни болници нараства от 24 958 на 291 726 или повече от 10 пъти.**

⁵ Пак там.

Тенденция е вече съществуващите частни болници да продължават да се разрастват чрез разширяване на своята дейност, като за сметка на това възникват по-малко изцяло нови частни лечебни заведения на годишна база.

На територията на страната функционират три по-големи частни болнични групи, които притежават както многопрофилни, така и специализирани лечебни заведения и имат най-големи пазарни дялове: групата болници около „Булфарма“; веригата „Аджибадем“ и групата на Търговска лига.

Освен тях има и множество по-малки частни субекти, предимно с регионално значение, като сред тях преобладават специализираните лечебни заведения с конкретна насоченост към няколко по-атрактивни за частни инвестиции терапевтични области: Кардиология, Онкология, Ортопедия и травматология, Офталмология, Хемодиализа.

Често по отношение на частното здравеопазване възниква въпроса *Може ли да е бизнес здравеопазването? Редно ли е да бъде? Какво печелят и какво губят пациентите от това? Кой притежава и управлява този бизнес?* **Очевидно е, че здравеопазването (и не само частното такова) в България е бизнес. Очевидно е, че този бизнес е добър и от него се печели. Както при всеки печеливш бизнес, не винаги е лесно да се различи кой е действителният собственик зад едно или друго предприятие.**

Прегледът чрез публично достъпните източници сочи, че **в голямата си част частните лечебни заведения са основани и притежавани от лекари или хора с медицинско образование.** Не са малко обаче и случаите, в които собственици – частично или на целия капитал, са предприемачи, чиято основна дейност е развивана в съвсем различна посока. Що се отнася до чуждестранните инвестиции – като цяло не се наблюдава голям пробив в тази посока, с едно сериозно изключение – Аджибадем.

Не на последно място анализът на капитала в частното здравеопазване показва, че едни и същи крайни собственици, които са започнали своята дейност най-напред в здравеопазването, с течение на времето развиват своето портфолио в разнообразни други посоки.

3.1. Големите трима

В голяма степен последното заключение важи за трите най-големи частни болнични групи в страната. Те притежават както многопрофилни, така и специализирани лечебни заведения и

имат най-големи пазарни дялове. Става дума за групата болници около „Булфарма“, веригата „Аджибадем“ и групата на „Търговска лига“.

Групата „Булфарма“, собственост на д-р Михаил Тиков, инвестира в здравния сектор от 2000 г. като същата година прави първата в България приватизация на публично здравно заведение в Пазарджик. Оттогава досега фирмата чрез приватизация и собствено изграждане е създала 6 болници в София, Пловдив, Бургас, Пазарджик, Пещера и Велинград и 7 медицински центъра в различни градове. Най-голямата от 6-те болници е столичната УМБАЛ „Софиямед“, открита през 2012 г., която разполага с 646 легла. За 2022 г. постъпленията от НЗОК само на болниците от групата, без медицинските центрове, са в размер **над 187.9 млн. лева., което я прави лидер по приходи сред частните вериги у нас. Основен принос за това имат трите най-големи лечебни заведения от групата: „Софиямед“, „Пълмед“ (Пловдив) и „Бургасмед“.**

Част от групата „Булфарма“ е и един от големите дистрибутори на лекарства и медицински изделия в страната „Булфарма“, което позволява директното снабдяване на болниците от собствен търговец на едро с лекарствени продукти и консумативи.

Интересен факт е, че в периода от своето създаване до 2022 г. групата около „Булфарма“ е придобила мажоритарни дялове в 31 дружества, които освен в здравеопазването, са активни и в сферата на фармацията, строителството, обществения транспорт и логистика, производството на строителни материали, управление на недвижима собственост и др.

Групата „Аджибадем Сити Клиник“ се формира през 2016 г. като обединение на съществуващите частни болници „Токуда“ и „Сити Клиник“ под шапката на един от най-големите здравни холдинги в Турция – „Аджибадем“ (Acibadem). Групата е собственост на турския холдинг в съдружие с българския бизнесмен Иван Ангелов, който е основател на здравната група „Сити Клиник“. В общественото пространство Иван Ангелов е по-известен с фамилията бизнес за производство на пилешко месо под марката „Градус“.

В България структурата включва 3 болници в София (УМБАЛ „Токуда“; УМБАЛ Сърдечно-съдов център „Сити Клиник“; УМБАЛ „Сити Клиник“-Младост) и 1 медицински център „Сити Клиник“ във Варна. Две от болниците са единствените медицински заведения в страната акредитирани с международния стандарт за качество и безопасност - Joint Commission

International (JCI). Болница „Токуда“ е най-голямото многопрофилно лечебно заведение в България, построено и развито с частни инвестиции. Има капацитет от 670 легла, 39 клиники и отделения, 3 медико-диагностични лаборатории, 22 операционни зали, 4 ангиографски лаборатории, спешно отделение и център за клинични проучвания. Другите две лечебни заведения от групата са по-малки, съсредоточени и специализирани главно в сърдечно-съдовите дейности и онкологията.

За 2022 г. трите лечебни заведения от групата в София са реализирали **приходи от НЗОК в размер на 145.5 млн. лв., от които 87.8 млн. са само от болница „Токуда“**. „Токуда“ е на второ място по приходи от НЗОК изобщо сред всички лечебни заведения в страната, след държавната пловдивска университетска болница „Свети Георги“.

Групата „Търговска Лига – Глобален Аптечен Център“, собственост на бизнесмена Тихомир Каменов, е интегриран конгломерат от компании и холдинги в няколко области: болници и медицински центрове, производство и дистрибуция на лекарства, застраховане. Под шапката на „Български кардиологичен институт“ функционират две многопрофилни болници от веригата „Сърце и Мозък“ в Плевен и Бургас, както и 5 специализирани болници по кардиология в Плевен, Варна, Велико Търново, Ямбол и Шумен, а също и медицински центрове в градовете София, Стара Загора, Бургас, Варна, Плевен, Велико Търново и Ямбол. Видно от профила на лечебните заведения, по-голямата част от болничния бизнес на групата е фокусиран върху сърдечно-съдовите заболявания. В двете многопрофилни болници „Сърце и Мозък“ има разкрити отделения по кардиохирургия и кардиология, неврохирургия и неврология, гръдна и съдова хирургия, анестезиология и интензивно лечение, медицинска онкология, лъчелечение, АГ, пулмология, ортопедия и травматология, урология, гастроентерология и др.

За 2022 г. лечебните заведения за болнична помощ от групата са реализирали **приходи от НЗОК в размер на 126.2 млн. лева**.

Фармацевтичната компания от групата „Чайка фарма“ произвежда генерични лекарствени продукти в няколко терапевтични области: анестетици, антибиотици, противовъзпалителни средства и др., като най-широка е продуктовата гама в областта на кардиологията, където е и фокусът на болничния бизнес. Сред лекарствата за сърдечно-съдовата система са такива за хипертония, тромбози, хиперхолестеролемия, профилактика на инфаркт и инсулт и др. Това

позволява частично затваряне на цикъла и снабдяването на болниците от групата с лекарства собствено производство. Част от групата на „Търговска лига“ е и застрахователната компания „ДалБогг: Живот и Здраве“, в чието портфолио влизат и здравни застраховки.

3.2. Собственост и политика

Логично е политиката да влияе върху здравеопазването, защото най-малкото на законодателно ниво, секторът е бил оформян и реструктуриран през годините. Но освен тази връзка съществуват и много други отношения между двата социални домейна, които не винаги са толкова видими. При публичните лечебни заведения (с общинска или държавна собственост) връзката между тяхното управление и политическата власт е пряка, тъй като ръководителите на болници се назначават от управляващите на местно и централно ниво. При частните болници обаче такава връзка няма. Но има примери, в които собственици на болници стават и действащи или действали някога политици. Два такива примера са акад. Григор Горчев, собственик на частната УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен и Семир Абумелих – собственик на УМБАЛ „Дева Мария“ в Бургас. И двамата са били избирани за депутати от ПП ГЕРБ. Собственик на частната болница „Медика“ в град Русе е д-р Кирил Панайотов – популярна фигура от структурата на ПП ГЕРБ в Русе и спонсор на партията. Панайотов е известен още с това, че е директорът на болница с най-висока годишна заплата в България – от порядъка на 1.5 млн. лева.⁶ Според публикация на разследващия сайт "Бивол" от 2019 г.⁷ прокуратурата няколко пъти е сезирана за съмнителна сделка в Русе от 2014 г., при която общинска поликлиника е продадена на активиста на ГЕРБ Панайотов на цена под данъчната оценка, но тя е била "смачкана" от тогавашния главен прокурор Иван Гешев.

Отношенията между политиката и частното болнично дело са многопластови и не винаги е лесно да се обясни как това влияе на сектора. Специфично проявление на тези взаимоотношения са връзките между частните болници и техните публични конкуренти. Поради силната специфика на всеки отделен случай, най-добре начина, по който политиката, чрез създадената от нея рамка за вземане на решения и контрол (а понякога и въпреки тях)

⁶ *Директор на частна болница взел 1.5 млн. лв. годишна заплата*, mediapool.bg, 10.09.2021 г. Достъпно на: <https://www.mediapool.bg/direktor-na-chastna-bolnitsa-vzel-15-mln-lv-godishna-zaplata-news326205.html>

⁷ *Иван Гешев смачкал проверка за многомилionenна щета от продажба на общински имот в Русе*, bivol.bg, 26.11.2019 г. Достъпно на: <https://bivol.bg/geshev-dkc-ruse.html>

влиятелно на отношенията между частни и държавни болници, може да се илюстрира чрез конкретни казуси. Изследването представя три казуса, на болници с публична собственост и начина, по който те са докарани на ръба на финансов и кадрови крах.

Първият казус е посветен на врачанската МБАЛ „Христо Ботев“, където според наблюдатели причина за кризата в болницата е нелоялната конкуренция от страна на частни медицински заведения работещи или имащи намерение да работят в града.

Вторият казус, който е разгледан, е свързан с МБАЛ „Велинград“, където собственик на 100 % от капитала е община Велинград. В скандалите, около управлението на болницата, са замесени нейните мениджъри, общински съветници, областни управители и партийни групи, като отново развитието на скандала оставя съмнение за нелоялна конкуренция между частна (и) и публична болница.

Показателен пример за колизията между публичен и частен интерес е и **третия казус** на държавната болница в Ловеч „Параскев Стоянов“ АД.⁸ За нея през годините също са изразявани съмнения от представители на местната и държавната власт, че се води към умишлен фалит в полза на частни интереси.

Не на последно място по-задълбоченият анализ на собствеността на някои частни болници показва, че има собственици на капитала и/или участници в управлението им, които са с принадлежност към структурите на бившата Държавна сигурност. **Проверка на Комисията по досиетата от 2014 г. установява, че общо 113 лекари, които заемат или някога са заемали ръководни длъжности в управителните и контролните съвети на болниците, са били агенти на бившата Държавна сигурност.**⁹ Това показва, че болничният бизнес не остава изолиран от подобна тенденция, която през прехода от планова към пазарна икономика се наблюдава и в други сектори на българското стопанство.

В други случаи **връзките на собствеността на частни болници водят до офшорни компании или сенчест бизнес.** Разследване на сайта bird.bg от 2021 г., направено по повод нашумелия скандал „Осемте джуджета“,¹⁰ посочва като собственик на столичната МБАЛ „Надежда“ Иван

⁸ *Как на гърба на държавна болница се разчиства пътят за частна*, автор: Мартина Бозукова, mediapool.bg, 13.10.2017 г. Виж: <https://www.mediapool.bg/kak-na-garba-na-darzhavna-bolnitsa-se-razchistva-patyat-za-chastna-news270460.html>

⁹ *113 лекари от ръководствата на болниците били агенти на Държавна сигурност*, 24chasa.bg, 09.01.2023 г. Виж: <https://www.24chasa.bg/bulgaria/article/2889999>

¹⁰ „Осемте джуджета“ е разследване на Антикорупционен фонд (АКФ), което разкрива конкретни данни за това как в България се постига неправомерно влияние за уреждане на юридически конфликти и се правят опити за завземане на бизнес чрез участието на правоохранителните органи. Цялото разследване може да бъде

Стаменов.¹¹ Управител на болницата е братът на Иван Стаменов – Георги Стаменов, когото публикациите свързват с множество офшорни фирми, схеми за пране на пари от други дейности,¹² както и със самия скандал „Осемте джуджета“.

ЧАСТ ЧЕТВЪРТА

4. КАДРИ И ПЪТЕКИ

През последното десетилетие се наблюдава процес на мигриране на лекарски и медицински персонал от публичните към частните болници. Примерите, при които изтъкнати специалисти от държавните болници преминават на работа в новоразкритите частни болници, понякога с целите си екипи, са многобройни. В София отделенията на частните болници са пълни със специалисти от Пирогов, ВМА, „Царица Йоанна“ – ИСУЛ, УМБАЛ „Света Анна“, Националната кардиологична болница, Александровска болница, градските болници Първа и Пета МБАЛ. Така например почти целият състав на емблематичната Клиника по артроскопска травматология в УМБАЛ „Софиямед“ се състои от бивши кадри на ВМА и „Пирогов“, начело с д-р Антони Георгиев – водещ специалист в страната в областта на колянната хирургия. Скоро създадената в „Софиямед“ Клиника по инфекциозни болести се ръководи от привлечения от ВМА водещ специалист по инфекциозни болести проф. Георги Попов. Клиниката по медицинска онкология на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Младост“ се ръководи и състои до голяма степен от бивши кадри на УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ. Специалистите на частната УМБАЛ „Света Марина“ в Плевен идват в голямата си част от държавната УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен, МБАЛ „Д-р Тота Венкова“ – Габрово и други по-малки болници в региона. УМБАЛ „Уни Хоспитал“ е привлякла кадри от болници в Пазарджик, Пловдив и София, в това число и от частни лечебни заведения.

видяно на сайта на неправителствената организация: <https://acf.bg/bg/tsyalata-istoriya-na-osemte-dzhudzheta-vs/>

¹¹ *Баджанак* на Бай Миле и контрабандист на цигари от „Булгартабак“ водели клиенти на „Осемте джуджета“, *bird.bg*, 05.01.2021 г.

Виж: <https://bird.bg/stoicev-stamenov-evroto/>

¹² В цитираната публикация на *bird.bg* се твърди, че Иван Стаменов е замесен в контрабанда на цигари – името му се появява в качеството на обвиняем в разследване на Прокуратурата на Република България от 2007 г. за контрабанда на цигари от „Булгартабак“ и пране на пари.

При липса на промяна в провежданите политики, тази ясно видима тенденция обрича публичните болници в обозримо бъдеще на тежък дефицит на медицински кадри. Особено валидно е това за малките общински болници, но от общия тренд за недостиг на специалисти ще бъдат засегнати дори някои днес големи областни градове със слава на медицински **съсредоточия**. Дефицитът на кадри е важен елемент и от конкуренцията между самите частни болници, като в перспектива той е един от важните фактори, които по естествен начин ще ограничат и регулират появата на нови играчи на пазара, и който дори ще доведе до концентрация на субектите в сектора.

Клиничните пътеки са основния източник на приходи за болниците. Разбира се, разликите в цените на клиничните пътеки, тяхната трудоемкост и рискове от усложнения дават основания на мениджмънта на болницата да има съответните планове и предпочитания. Трите основни критерия за този тип планиране са: 1. цената на пътеката, 2. натоварването на болницата с нейното изпълнение и 3. оборота, който е свързан със специфичната заболяемост по тази **диагноза**. В някакъв смисъл болниците обаче нямат особено голяма възможност за избор в описаните рамки – възможности за изпълнение на дадена пътека, цената на пътеката и броя пациенти, които се лекуват по нея средногодишно. Една клинична пътека с голям оборот и сравнително ниска цена може да бъде предпочитана от болничния мениджър просто защото той ще има по-голям оборот от пациенти, за които ще получава и необходимото заплащане. От друга страна, пътека с висока цена за високоспециализирана дейност също може да се окаже доходоносна, ако съответната болница е изградила необходимия потенциал – апаратура, подготвени специалисти, организация и пр. за нейното изпълнение. В тези разсъждения обаче, трябва да се има предвид и още един важен фактор – това са лимитите, които НЗОК определя за изпълнение на болнична помощ. Този административен натиск изкривява реалната картина на търсене и предлагане на медицински услуги и променя съотношенията. **Изводът, който се налага е, че управлението на цялостния процес в интерес на пациента е от страна на НЗОК и рамковото договаряне, тъй като цените на клиничните пътеки са обект на договаряне, но до голяма степен се изчисляват предварително от НЗОК.** Самото договаряне също така, е обусловено от лобистки натиск от една или друга специалност вътре в съсловната организация, което е още един елемент от цялостната сложна картина на управление на системата чрез финансовите потоци.

Популярният обществен наратив е, че частните болници избират клиничните пътеки, по които да работят. Причината е, че едни клинични пътеки са свръхфинансирани, докато други, и съответно цели групи заболявания – страдат от недофинансиране. Отново според популярното схващане, една от причините за лошото икономическо състояние на редица публични болници, в сравнение с частните, е това, че те са длъжни да обслужват пациенти и по по-ниско платените пътеки. Какво показва статистиката?

Частните болници усвояват все по-голям дял от бюджета на НЗОК за болнична медицинска помощ. Сред 50-те лечебни заведения с най-много изплатени средства по клинични пътеки през 2018 г. има 16 частни и 33 публични болници, като за 2022 г. частните болници са 18, а публичните 31.¹³ **Макар че броят на частните болници сред потребяващите най-много обществен ресурс не се е изменил съществено, виждаме чувствително нарастване на сумите, които те изработват. През 2018 г. НЗОК е изплатила 986 883 328 лв. на болниците в топ 50, като 32% от тях или 312 261 215 лв. са били за частните болници. За сравнение през 2022 г. НЗОК е платила 1 440 597 196 лв. на болниците в топ 50 и делът на частните болници вече е 38% с получени 550 207 636 лв.** Същевременно в някои сфери на медицината се наблюдава по-бързо нарастване на дела на частните болници като приходи от НЗОК спрямо общия темп на нарастване от 6 на сто. Това се дължи както на по-изявения интерес към този вид дейности, така и на по-високите приходи, които те генерират.

ЧАСТ ПЕТА

5. ФИНАНСИРАНЕ, ОБЩЕСТВЕНИ ПОРЪЧКИ И ЦЕНИ

Публичните финанси са като въздуха за съвременното здравеопазване в България. И държавните, и общинските, и частните болници формират огромния дял от своите приходи именно на база на публичните средства. Основната **прилика във финансирането на публичните и частните болници** е в това, че и двете групи лечебни заведения формират ядрото от своите приходи на база договорите с НЗОК за изпълнение на медицинска помощ. Друга прилика е равнопоставеността им, независимо от вида собственост – т. е. всяко лечебно заведение оперира свободно и съгласно законово установените норми в

¹³ От сравненията и статистическите данни е изключена публично-частната МБАЛ „Уни Хоспитал“, поради обстоятелството, че се отнася до различна категория от смесен тип.

българската икономика. На трето място е и принципът, че не могат да извършват търговски сделки, освен за нуждите на осъществяваните от тях медицински дейности и за обслужване на пациентите.¹⁴

Разликите се състоят в това, че докато публичните болници получават средства и субсидии от републиканския и общинските бюджети, то това не се отнася за частните, чиято инвестиция за изграждането и поддръжката се формира от собствени приходи. **Другата най-основна разлика е свързана със задължението за провеждане на обществени поръчки. По смисъла на Закона за обществените поръчки, длъжни да провеждат такива са само ЛЗБП с публична собственост, но не и частните.** Частните болници също така не влизат в обхвата на Наредба 5 от 17.06.2019 г., касаеща стандартите за финансова дейност, прилагани от държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ и комплексни онкологични центрове.

По закон лечебните заведения в България са равнопоставени, независимо от формата им на собственост. От това следва, че те би следвало да функционират по едни и същи правила и при равни условия, но в практиката у нас са налице изключения от това правило. Така например някои държавни болници получават бюджетна субсидия за определени дейности, важни за обществото, като например работа в труднодостъпни райони, на която частните болници нямат право. **Едно от най-съществените разминавания е възможността частните лечебни заведения да не провеждат обществени поръчки за снабдяването със стоки и услуги, за разлика от държавните и общинските.**

От 2004 до 2012 г. в Закона за обществените поръчки съществува задължение частните лечебни заведения за болнична помощ да провеждат обществени поръчки. Първоначално частните болници фигурират в закона като възложители, ако повече от половината от приходите им са от държавния бюджет. От 2011 г. изискването за провеждане на обществени поръчки е лечебното заведение да бъде финансирано с повече от 50% публични средства, а от 2012 г.: повече от 30% от приходите за предходната година да са от публични средства.

Още докато действа това задължение, частните болници са против и настояват то да бъде премахнато с аргумента, че от гледна точка на публичните финанси, за бюджета на НЗОК няма никакво значение какви разходи е направила болницата за предоставяне на услугата, защото

¹⁴ Повече за финансирането на болниците виж в *Обществените поръчки в здравеопазването в България – начин на употреба*, БИПИ, София, 2022 г.

заплащането за нея е фиксирано.¹⁵

След приемането на Директива 2014/24¹⁶, през 2016 у нас е приет изцяло нов Закон за обществените поръчки, в който частните лечебни заведения са освободени от задължението да провеждат обществени поръчки.

През 2020 г. става ясно, че Европейската комисия е започнала процедура срещу България заради това, че е изключила частните лечебни заведения от кръга на публично-правните организации и от задължението да провеждат обществени поръчки единствено въз основа на формата им на собственост. Страната ни е обект на процедура за нарушение на Договора за функциониране на Европейския съюз заради неправилно тълкуване на понятието публично-правна организация. Процедурата срещу България засяга и още един аспект на ЗОП в болниците, а именно възможността някои нерегистрирани у нас лекарствени продукти да се набавят без обществени поръчки от болниците. Въпреки усилията в периода 2020-2023 г. частните болници също да станат задължени лица по ЗОП, гласуваните в Народното събрание на Република България промени в ЗОП през октомври 2023 г. отново оставят частните болници извън субектите, които са задължени да провеждат обществени поръчки. Т.е. те продължават да не провеждат обществени поръчки за лекарства и медицински изделия, въпреки че за тях заплаща Здравната каса с пари от здравните вноски.

Аргументите на частните болници да бъдат изключени от възложителите на обществени поръчки са, че те не могат да бъдат причислени към определението за „публично-правна организация“, тъй като **понесат сами загубите си**, ако имат такива, а не им ги покрива държавата.¹⁷ В своята позиция Националното сдружение на частните болници (НСЧБ) посочва, че лечебните заведения, които са регистрирани по търговския закон и са с преобладаваща (над 50%) частна собственост не са „публично-правни организации“ по смисъла на Директива 2014/24/ЕС. Извън юридическите аргументи отбелязват, че частният собственик на едно лечебно заведение – търговско дружество е **лично заинтересован да осигури доставки на възможно най-ниската цена**, защото по-ниските разходи водят до по-

¹⁵ *Частните болници оспорват задължението да провеждат обществени поръчки*, автор: Мартина Бозукова, mediapool.bg, 05.08.2023 г.

Виж: <https://www.mediapool.bg/chastni-bolnitsi-osporvat-zadalzhenieto-da-provezhdat-obshtestveni-porachki-news209741.html>

¹⁶ Директива 2014/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 26 февруари 2014 г. за обществените поръчки и за отмяна на Директива 2004/18/ЕО.

¹⁷ Виж: Министерство на финансите, *Справка за отразяване на предложенията от общественото обсъждане по проекта за Закон за изменение и допълнение на Закона за обществените поръчки*.

високи печалби за него и обратното – по-високата цена на доставката води до загуби лично за него. Тази мотивация отсъства при лечебните заведения, които са с публична собственост, защото повишените разходи не ощетяват този, който провежда поръчката, а държавата или общините, собственици на дружеството, за чиято сметка отиват и загубите на дружеството. В този смисъл частните болници не приемат аргумента, че законодателни промени, които биха ги задължили да провеждат обществени поръчки, изравняват условията за всички лечебни заведения. Според НСЧБ, това показва пълно неразбиране на философията и смисъла на Директива 014/24/ЕС и на ЗОП. Целта на двата нормативни акта **не е да уеднаквят всички субекти, а напротив да ограничат само онези от тях, чиито действия имат последици за публичните финанси.**¹⁸

Практиката обаче недвусмислено показва, че има ситуации, при които липсата на обществени поръчки в частните лечебни заведения води до ощетяване бюджета на НЗОК. Дори и в момента продължава проблемната практика НЗОК да плаща един и същи лекарствен продукт по различни цени на различните болници. Според анализ, изготвен от Министерството на финансите, през 2022 г. българските данъкоплатци, чрез вноските си в НЗОК, са заплатили 2,04 млрд. лв. на всички болници в страната за осигуряване на лекарства, консумативи, медицински изделия и др. Поне 750 млн. лв. от тях, или 37% от тези над 2 млрд. лв., българските данъкоплатци, чрез НЗОК, заплащат на частни болници. В началото на 2020 г. тогавашният управител на НЗОК д-р Дечо Дечев изнася данни, че фондът е плащал един и същи лекарствен продукт за лечение на онкологични заболявания Пеметрексед с **до 7 пъти разлика в цената. Причината за това е, че частните болници, които не провеждат обществени поръчки са купували и отчитали пред НЗОК лекарството „Пеметрексед“ на най-високата възможна цена** – тази от позитивния лекарствен списък (ПЛС), докато конкуренцията при търговете в държавните болници е осигурявала значително по-ниски цени. Макар да ощетява бюджета на НЗОК, проблемната практика е законна, тъй като цените от позитивния лекарствен списък са пределните, до които НЗОК плаща.

В условията на неравнопоставеност между публични и частни болници по отношение провеждането на обществени поръчки, през 2020 г. третото правителство на Бойко Борисов

¹⁸ Становище на Национално сдружение на частните болници във връзка със законопроект за изменение и допълнение на Закона за обществените поръчки, 23.04.2021 г.
Виж: <https://www.privatehospitals.eu/2021/04/23/директива-зоп/>

решава да направи цените от централизирания електронен търг за онколекарства “референтни” за всички лечебни заведения. т.е. **НЗОК да заплаща на всички болници, независимо от собствеността им, по цените, постигнати в електронния търг.** Централизираният електронен търг, обаче, е подложен на постоянни обжалвания от дистрибутори, несъгласни с условията по него. След изтичане срока на първоначалните двугодишни рамкови споразумения, през цялата 2022 г. новият електронен търг е блокиран от жалби. През декември Върховния административен съд (ВАС) окончателно го спира, потвърждавайки решението на КЗК по жалба на „Булфарма“.

Някои от действащите частни лечебни заведения са част от по-големи търговски групи, включващи и дистрибутори на лекарствени продукти. В същото време има примери за взаимовръзката между цените, на които болниците купуват и отчитат лекарства и ефекта върху бюджета на НЗОК. **Практика е дистрибутор да снабдява болница, с която има общ собственик.** И макар в конкретния случай разходите да се покриват от частен застраховател, аналогична ситуация може да възникне и при снабдяването с лекарства, покривани от НЗОК. **Т.е. формираната от дадена търговска група печалба да е за сметка на пасив за бюджета на НЗОК.**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Броят на частните лечебни заведения продължава да нараства в последното десетилетие паралелно с разрастването на дейността на вече съществуващите частни болници чрез **разкриването на нови адреси, клиники и отделения**, като броят на преминалите пациенти в тях и финансирането от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) също се увеличава. **Заедно с това общият брой на работещите в системата на здравеопазването медицински специалисти не се увеличава, напротив, намалява** по редица причини – възраст, миграция и пр., което създава изключителни **трудности за покриване на стандартите за лицензиране и осигуряване на качество на болничните услуги** и не по-малко важно, създава условия за миграция от една болница към друга.

В условията на забранена приватизация на публичните лечебни заведения, **разрастващата се мрежа от частни болници заема все по-голям пазарен дял.** На национално ниво частните болници са с пазарен дял от около 35%, но **в няколко области на страната частните лечебни**

заведения усвояват половината и повече от половината от средствата за болнична помощ от НЗОК, т.е. постепенно изместват държавните болници като лидер на местния пазар. Така приватизацията на медицинската помощ в страната е в ход и то без да е подчинена на някаква държавна визия, а по-скоро благодарение на отсъствието на такава. **Появата на нови частни болници, техният профил, големина и функции зависят изцяло от пазара и бизнес плана на инвеститора, а не е в отговор на никакви непокрити здравни потребности на населението.** Доказателство в тази посока е неравномерното разпределение на частните болници в страната, които са концентрирани предимно в няколко големи града като София, Пловдив, Плевен, Пазарджик, Бургас, Русе.

Същевременно частните и публичните болници функционират в условия на неравнопоставеност, въпреки че по закон са равнопоставени. Докато публичните болници получават допълнително финансиране за изпълнението на определени важни за обществото функции, към частните болници държавата няма такива изисквания и не получават допълнително финансиране. Същевременно частните болници са освободени от задължението да провеждат обществени поръчки за лекарствени продукти и консумативи. Държавната политика би следвало да е насочена към премахване източниците на неравнопоставеност между частните и държавните лечебни заведения както нормативно, така и чрез редовен и независим контрол на дейността им и санкциониране на антиконкурентни практики.