

КОНКУРЕНЦИЯТА В БОЛНИЧНИЯ СЕКТОР В БЪЛГАРИЯ – СЪСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ

Бончо Митев
Икономически университет, Варна

Резюме

Екстензивното развитие на болничното обслужване у нас доведе до наличието на прекалено много лечебни заведения. Бурното разширяване на частния сектор в болничната помощ през последните години увеличи конкуренцията между болниците, но не повиши съществено качеството на болничните услуги и не допринесе за подобряване на здравния статус на населението. Целта на статията е да се изследва състоянието на конкуренцията между болниците в България и да се очертаят тенденциите в нейното развитие. Използван е инструментариума на модела на Портър за петте конкурентни сили. Обобщените резултати от анализа на конкурентната среда показват наличието на сериозни заплахи в болничния сектор в България - от нови конкуренти, от потребители и от повишаване на интензитета на съществуващата конкуренция в него.

Ключови думи: конкуренция, болници, здравеопазване, Модел на Портър за петте конкурентни сили.

Keywords: competition, hospitals, healthcare, Porter's Five Forces model.

JEL: I11, I18, M00.

Увод

От икономическа гледна точка конкурентен пазар е този, в който купувачите и продавачите осъществяват разменни отношения и при наличието на определени характеристики, които го превръщат в „перфектен“ се осигуряват най-добрите възможни резултати за всеки участник. В действителност в публичната сфера, в това число и в здравеопазването, липсват повечето условия за ефективно функциониране на конкурентния пазар, защото съществуват сериозни несъвършенства или „неуспехи“ (пазарни дефекти). Сред тях са недостатъчната информираност, рационалност и суверенност на потребителя (пациента); наличие на несъвършени структури на предлагането; хетерогенност и индивидуалност на здравния продукт и др. [2, 3]. Поради това отдавна се е наложило разбирането, че здравеопазването почти навсякъде се предоставя в контекста на регулираните пазари, понякога наричани „квази-пазари“ [14].

Много реформи в здравните системи се инициират с цел въвеждане на конкуренция като средство за постигане на по-висока ефективност и качество в здравеопазването [4]. Конкуренцията е инструмент за организиране на използването на ресурсите в здравеопазването за постигане на целите на здравната политика. Тя се определя като съперничество между доставчиците на здравни услуги, което ги насърчава да приспособяват предоставяните от тях здравни грижи към предпочитанията на пациентите, с ефект върху цените, качеството, нивото на обслужване и др. [10].

Голяма част от емпиричните изследвания, свързани с конкуренцията в здравеопазването се съсредоточават върху болничната помощ,

защото тя е основен елемент във всички здравни системи. Повечето от тях проучват ефектите от конкуренцията по отношение на две основни променливи – качество и цени. Гейнър и Таун, анализирайки различни проучвания заключават, че не може да се даде категорична оценка за въздействията на конкуренцията. Положително въздействие върху качеството на здравните грижи се наблюдава при системи с регулирани цени на болничните услуги. В здравни системи с пазарно определяни цени на болничните услуги се оказва, че конкуренцията влияе както позитивно, така и негативно или неутрално в зависимост от изследваните показатели за качество [13].

В доклад на експертна група към Европейската комисия, проучваща конкуренцията между доставчиците на здравни услуги се заключава, че не е възможно да се правят общи предположения относно ефектите от конкуренцията [12]. Действителните ефекти зависят в много голяма степен от спецификите и контекста на самата здравна система.

Следователно ролята на конкуренцията в здравеопазването не бива да се оценява категорично и крайно, изразяващо се в твърдата позиция „за“ или „против“ нея. Дебатът по-скоро трябва да се отнася до степента на конкуренция, както и до степента на нейното регулиране от страна на централните, регионалните и местни власти, които ще допринесат за постигане на най-добрите възможни резултати в здравната система [14].

В тази връзка целта на статията е да се анализира състоянието на конкуренцията в болничния сектор в България в контекста на спецификите в здравната ни система и да се очертаят

тенденциите в нейното развитие. Използвани са вторични данни под формата на статистическа информация от НСИ, Национален център за оценка и здравни анализи към МЗ, доклади и отчети на МЗ, НЗОК, Българска стопанска камара. Периодът на проучване е ограничен до средата на 2018 г.

2. Материали и методи

За анализа на конкурентната среда в болничния сектор в България се използва инструментариума на модела на Портър за петте конкурентни сили (фиг. 1). Предназначението на модела е да се оцени интензивността на конкуренцията в определен отрасъл, бранш или сектор на икономиката. Тази оценка се определя въз основа на кумулативното въздействие на пет фактора, характеризиращи т. нар. конкурентни сили, а именно:

- съперничество между съществуващите участници на пазара;
- заплахата от новонавлизащи (потенциални) конкуренти;
- сила на потребителите;
- сила на доставчиците;
- заплахата от продукти (или услуги) заместители.

Интензивността на съперничество в отрасъла до голяма степен зависи от броя на равнопоставените конкуренти, както и от бариерите за излизане, свързани с обстоятелствата, задържащи участниците дори и при минимална рентабил-

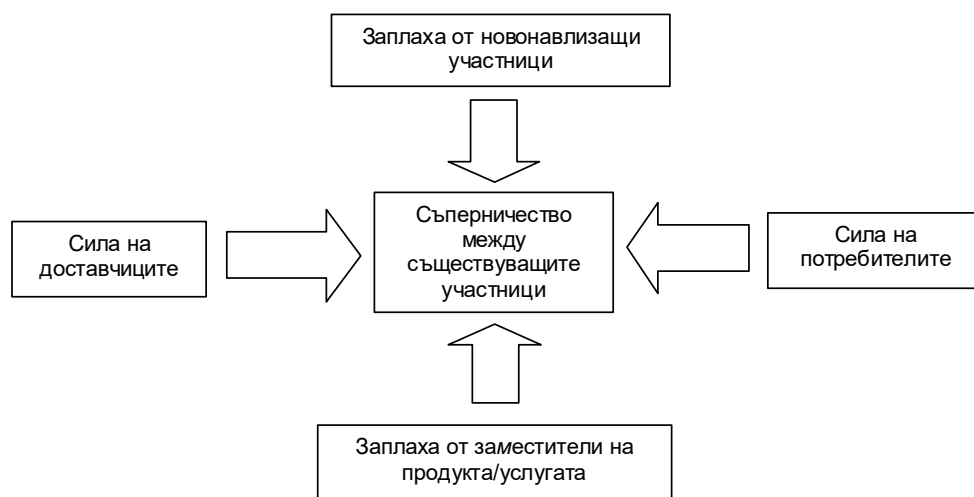
ност.

Запахата от потенциални конкуренти или нови участници на пазара се засилва с намаляване на бариерите за навлизане в отрасъла, които се определят от редица пречки като големи икономии от мащаба, ниска диференциация на продукта или услугата, липса на потребителска лоялност към марката, високи капиталови изисквания и др.

Силата на потребителите и на доставчиците определя степента им на въздействие върху вземаните управленски решения от организациите в бранша. Колкото по-силно е влиянието на тези стейкхолдери върху компаниите, толкова те са по-уязвими в своите действия и трябва да се съобразяват с изискванията на клиентите и доставчиците си.

Заместителите (субститутите) са стоки или услуги, които имат същата потребителна стойност и задоволяват едни и същи потребности. Наличието на субститути със сравнителни предимства пред продуктите или услугите, предлагани в бранша създава висока заплахата пред компаниите, опериращи в съответния пазар.

При силна конкуренция пада доходността на отрасъла и намалява рентабилността на компаниите в него. С увеличаване на конкурентния натиск в резултат на сумарното въздействие на петте конкурентни сили намалява привлекателността на бизнеса за инвестиции и за навлизане на нови конкуренти.



Фиг. 1. Модел на Майкъл Портър за петте конкурентни сили

3. Резултати от проучването

3.1. Интензивност на съперничество между болниците

Екстензивното развитие на болничния сектор в България започва още преди демократичните промени от 1989 г. При наличието на фиксирано

бюджетно заплащане на лечебните заведения финансовата стабилност на болниците е гарантирана, независимо от количеството и качеството на тяхната дейност [6]. Въпреки предприетите мерки през различните етапи на здравната реформа у нас разширяването на болничната

мрежа продължава. До 2014 г. броят на болниците в България нараства ежегодно, а след това остава почти непроменен (табл. 1). За периода 2000–2010 г. те се увеличават с 25% и през 2017 г. достигат 322. Най-значително нарастване се наблюдава при частните болници, като през 2017 г. те са над 6 пъти повече в сравнение с 2000 г., а делът им се увеличава от 7% на 34,5% от общия брой на лечебните заведения за болнична помощ. За период от 17 години, между 2000 г. и 2017 г., числеността на многопрофилните и специализираните болници е спаднал съответно с 13,4% и 12,3%.

Най-голям дял в структурата на болничния сектор имат болниците за активно лечение (81%) като многопрофилните (МБАЛ) са над 2 пъти повече от специализираните (СБАЛ). Специализираните болници за рехабилитация (СБР) са 28, а болниците за продължително лечение и рехабилитация – 18. От 2000 г. до 2017 г. се запазва броят на държавните психиатрични болници (ДПБ). Незначително присъствие бележат болниците за продължително лечение (БПЛ), които съставляват едва 0,1% от болничната мрежа у нас.

Табл.1. Болници в България, 2010–2017 г.

Болници по вид	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Многопрофилни	127	121	120	114	111	113	114	112	112
Специализирани, в т.ч.:	73	77	76	73	73	71	67	65	63
Специализирани за активно лечение	28	39	39	37	37	36	34	33	31
Специализирани за продължително лечение	12	5	5	5	5	4	3	1	1
Специализирани за продължително лечение и рехабилитация	8	14	13	12	12	12	11	10	10
Специализирани за рехабилитация	25	19	19	19	19	19	19	21	21
Психиатрични болници	11	12	12	12	12	12	12	12	12
Болници към други ведомства	16	14	18	21	24	21	21	21	21
Частни болници	18	88	89	92	99	106	108	111	114
Общо болници	249	312	315	312	319	323	322	321	322

Източник: Национален център по здравна информация (за съответните години)

В сравнителен план осигуреността с лечебни заведения за болнична помощ в България чувствително превишава средноевропейските показатели. През 2014 г. у нас се падат 4,8 болници на 100 000 души, докато за ЕС те са 2,9 [15]. Въпреки това се наблюдава неравномерно разпределение на болнични структури на територията на страната. Най-висока осигуреност с болнични лечебни заведения имат областите Смолян и Габрово (съответно 6,14 и 6,01 на 100 000 души), дори и при закриването на общинската болница в гр. Дряново през 2013 г., която се намира на територията на последната. Силна концентрация на болници съществува в София-град и Пловдив, което се дължи на икономическото им развитие и превръщането им в притегателен център за много хора, потенциални потребители на болнични услуги. На другия полюс е област Видин, в която функционира само две болници и осигуреността на населението е най-ниска (едва 2,14 на 100 000 население). В някои райони на страната липсват специализирани болници, които да предлагат долекуване, продължително лечение и рехабилитация (Разград, Силистра, Търговище, Видин и др.) [9].

Наличието на прекалено много болнични структури в определени райони води до свръхконцентриране на финансирането в тях, което

създава диспропорции при разпределението на средствата за болнична помощ. Около половината от средствата за болнична помощ от НЗОК през 2013 г. са изразходени в София-град и Пловдив, а общо в 7 области (София, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Стара Загора и Пазарджик) са концентрирани 71% от тези средства [1]. Това е и причина за наличието на голям брой лечебни заведения за болнична помощ в определени региони на страната.

Бурното развитие на частния сектор в болничното обслужване у нас е предпоставка за засилване интензитета на съществуващата конкуренция. Към момента над една трета от всички болнични заведения са частни. Повечето от тях са специализирани в областта на хирургията, очните болести, акушерството и гинекологията, и ортопедията. Нарастването на хоспитализациите в тях с два пъти за периода 2010–2017 г. е показателен за засиления интерес на гражданите към частното болнично обслужване

Съществуващата нормативна уредба в областта на здравеопазването третира равнопоставено публичните и частните лечебни заведения, в това число и болниците. Като основен източник на финансиране на болничната помощ НЗОК не може да откаже да сключи договор с една болница, когато тя отговаря на медицинските стандарти за определено ниво на компе-

тентност и желае да извършва определени медицински дейности. Дейността и финансирането на болницата не е обвързана със здравните потребности на хората. Лечебното заведение може да се насочи приоритетно към предоставяне на болнични услуги, които са рентабилни – заплащат се по-скъпопоструващи клинични пътеки от страна на НЗОК и не изискват влагането на прекалено голямо количество болнични ресурси. Преобладаващо мнение в обществото е, че частните болници подбират своите пациенти и пренасочват тежките случаи към публичните болници. От своя страна частните болници поддържат тезата, че те предоставят по-качествени медицински услуги и биват предпочитани от пациентите. Всичко това предопределя увеличаването на броя на частните болници в България.

Разширяването на обхвата на болничните услуги, които се заплащат от здравноосигурителния орган, води до засилване на конкуренцията между съществуващите лечебни заведения. Болниците могат да сключват договори с НЗОК за извършване на т.нар. клинични процедури или амбулаторни процедури. Клиничните процедури се осъществяват от медицински специалисти в болничната помощ за срок от 24 часа, а амбулаторни процедури могат да изпълняват и лечебни заведения за доболнична помощ, когато състоянието на пациента не изисква постъпването му в болница (например химиотерапия, биопсии и др.).

Обикновено легла за дневен стационар се разкриват в хирургичните отделения на болниците, които извършват т.нар. едnodневна хирургия, както и за психиатрична помощ, палиативни грижи, рехабилитация и др. Медицинските, денталните, медико-денталните и диагностично-консултативните центрове могат да разкриват до 10 легла за краткосрочно наблюдение и лечение. Диагностично-консултативните центрове могат да разкриват допълнително до 5 легла за 48 часа за целите на клиничното изпитване на медицински продукти [8]. През последните години се наблюдава увеличение в броя на леглата за дневна грижа в болниците, което ги превръща в реален конкурент на лечебните заведения за извънболнична помощ при извършването на подобни медицински услуги.

Освен за пациенти, от които зависят финансовите потоци на болниците, последните се конкурират помежду си и за привличането на медицински специалисти. В здравната ни система съществуват значителни териториални диспропорции в разпределението на медицински специалисти по области. Това се потвърждава в разработените от МЗ Областни здравни карти, които дават ясна картина за потребностите от

лекари с определена специалност и специалисти по здравни грижи по региони. Болниците в областни центрове, в градове с медицински университети и в по-големи населени места привличат медицинските специалисти с по-добри възможности за професионално развитие и по-високо заплащане. Същевременно, за да отговорят на изискванията на медицинските стандарти и да извършват определена медицинска дейност, болниците се нуждаят от лекари с определена медицинска специалност. Наличието на добри специалисти прави лечебните заведения предпочитани от пациентите за получаване на болнично обслужване. Всичко това създава натиск не само върху малките болници с по-скромни финансови възможности, но и сред големите болници, които се стремят да задържат качествените си кадри. Най-уязвими в това отношение са общинските болници, разположени в малки или отдалечени от областните центрове населени места.

В болничния сектор съществуват високи бариери за излизане, които ограничават възможностите на лечебните заведения да напускат свободно сферата, в която функционират. Такива пречки са високата специализираност на болничното оборудване и медицинската апаратура, високите еднократни разходи за излизане от сектора, социалната значимост на лечебното заведение за местното население и др. Доказателство за наличието на бариери от социален характер е фактът, че множество общински болници продължават да функционират в условията на висока задълъжнялост, защото местната власт не желае да създава социално напрежение сред населението с решението за тяхната ликвидация. Съществуващите високи бариери за излизане засилват интензивността на съществуващата конкуренция между лечебните заведения в сектора.

3.2. Заплаха от навлизането на нови конкуренти в болничния сектор

Навлизането на пазара на болнични услуги зависи от пречките и затрудненията, които съществуват, т.е. от бариерите за вход. Те са свързани предимно с държавното регулиране, икономиите от мащаба, лоялността на пациентите, капиталовите изисквания, достъпа до медицинска технология и др.

Съгласно разпоредбите на Закона за лечебните заведения болниците у нас подлежат на разрешителен режим. При постъпване на заявление за разкриване на ново лечебно заведение за болнична помощ Министърът на здравеопазването е длъжен да издаде разрешение за осъществяване на дейност ако са изпълнени изискванията, на които трябва да отговаря устройството

вото, дейността и вътрешния ред на новата болница. Същевременно НЗОК няма право да отказва сключването на договори за заплащане на медицински дейности с болниците, които покриват изискванията на медицинските стандарти за определен вид клинична пътека. Липсата на действаща Национална здравна карта, която може да регулира навлизането на нови лечебни заведения чрез отчитане на здравните потребности на населението по региони улеснява достъпа на нови болнични структури на пазара на болнично обслужване.

Високите капиталови изисквания не ограничават съществено навлизането на нови участници на пазара на болнично обслужване. През последните години се създадоха нови болнични структури, благодарение на сериозни чуждестранни капитали. Пример за това е турският холдинг Аджъбадем, който създава най-голямата здравна структура в България след като придобива построената с японски капитали болница Токуда, построи онкологична болница в София и осъществи сливане с веригата лечебни заведения Сити клиник.

Сериозна заплаха от появата на потенциални конкуренти създават частните осигурителни компании и фармацевтичните компании, които имат възможност да диверсифицират дейността си в посока предоставяне на болнично обслужване чрез разкриване на болници (напр. ПОК Доверие създава МБАЛ Доверие).

3.3. Сила на потребителите

В конкуренцията между болниците силата на потребителите на болнично обслужване е определяща.

Според разпоредбите на здравното законодателство гражданите могат свободно да избират лечебното заведение, в което да получават болнични услуги. От друга страна, финансовите постъпления на болниците до голяма степен зависят от обема на извършените дейности, които се заплащат от НЗОК. Затова те имат силен стимул да привличат и обслужват максимален брой пациенти, които да бъдат насочени към най-скъпоструващите клинични пътеки. Дори и след поставянето на лимити за дейността на болниците от страна на НЗОК през 2015 г., над които не се заплаща за извършени дейности, болниците продължават да обслужват пациентите си с надеждата, че ще получат изработеното от тях, макар и на по-късен етап.

В зависимост от здравословното състояние на пациента общопрактикуващия лекар може да го насочи за болнично лечение. Същото може да направи и специалистът от извънболничната помощ [5]. Здравноосигурените лица получават направление за прием в болница и когато ле-

чебното заведение има договорни отношения с НЗОК пациентите не заплащат за лечебната дейност, която се покрива от осигурителния фонд. Заплаща се единствено такса за болничен престой, както и лекарствените продукти и медицинските изделия, които не се покриват от осигурителния пакет. Всички допълнителни услуги (избор на екип, самостоятелна стая, придружител и др.) се заплащат от пациента според ценовата листа на лечебното заведение.

Здравно неосигурените лица сами заплащат медицинските услуги, които получават. Много често обаче, те използват системата за спешна медицинска помощ като „вход“ за болнично лечение. При спешни състояния, застрашаващи живота на пациента, той бива хоспитализиран независимо от здравноосигурителния му статус.

Понякога пациентите сами избират болнично обслужване вместо да се насочат към лечебно заведение за извънболнична помощ. Мотивите за подобно решение произтичат от затруднения достъп до извънболнична помощ в някои региони. Необходимостта от извършване на високоспециализирани изследвания например, в случаите, когато се налага предварително записване на пациента за достъп до медицинска апаратура и изчакване, прави постъпването в болница за същите изследвания предпочитано от него вместо да получи по-бавното обслужване в условията на извънболнична помощ.

В определени случаи болниците (предимно общинските и държавните) изпълняват чисто социални функции с предоставянето на временен подслон на лица, изпаднали в затруднено положение – бездомни, възрастни или хора с увреждания. Много често нуждаещите се лица са здравно неосигурени и са в невъзможност да заплатят за медицинското обслужване, което получават.

Въздействие върху болниците оказват и пациентските организации, които са призвани да представляват и защитават правата и интересите на лицата със сходни заболявания чрез влиянието, което оказват върху здравната политика и индиректно върху развитието на болничния сектор. Към момента у нас съществуват над 70 подобни организации.

Силата на потребителите на болнични услуги нараства и от факта, че като членове на ЕС българските граждани имат право да се лекуват в европейски болници с европейска здравна карта [7]. Това може да се превърне в сериозна заплаха за лечебните заведения за болнична помощ у нас в дългосрочен аспект.

3.4. Сила на доставчиците

Доставчиците на болничните заведения са твърде разнообразни и могат да се групират в

следните направления:

- лекарствени продукти и медицински изделия;
- медицинска апаратура и техническо оборудване;
- горива;
- енергия;
- външни услуги (храна, транспорт, почистване, пране и др.);
- информационни системи;
- работна сила.

Като цяло доставчиците са значителен брой и представляват незначителна заплаха за лечебните заведения за болнична помощ.

За публичните болници доставките на лекарства, медицинска техника, външни услуги, горива и информационни системи се осъществяват след спечелването на конкурс, който се обявява от лечебните заведения съгласно условията и изискванията на Закона за обществените поръчки. Това увеличава интензитета на конкуренцията между самите доставчици и е предпоставка за договарянето на по-добри условия за доставка от страна на болниците.

Специфичен вид доставчици в здравеопазването са лечебните заведения за доболнична помощ, които насочват пациентите за болнично лечение. Широко разпространена практика за болниците у нас е да си създават собствени медицински центрове, които да насочват потоци от потенциални потребители за хоспитализация. Чрез реализирането на стратегията на обратна вертикална интеграция болничните заведения ограничават в значителна степен зависимостта си от подобен вид доставчици.

3.5. Заплаха от заместители на здравни услуги

От маркетингова гледна точка заместителят е продукт или услуга, които задоволяват същата потребност на хората. Към заместителите на болничните услуги можем да посочим нетрадиционните медицински услуги от алтернативната медицина, които се осъществяват извън болничните структури. Такива са хомеопатията, акупунктурата и акупресурата, ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване, диета и лечебно гладуване и др. [11].

Най-голямо внимание заслужават тези услуги, които са с по-привлекателни резултати за пациентите в съотношението „качество – цена“. Като цяло алтернативните методи за лечение представляват по-голяма заплаха за лечебните заведения за извънболнична помощ и влияят незначително върху дейността на болниците.

Изводи

Приложението на модела на Портър за анализ на конкуренцията между болниците в България ни дава основание да направим обобщение, което бихме могли да синтезираме в следните изводи за болничния сектор:

Заплаха от навлизането на нови конкуренти. В настоящия етап съществуват само някои бариери за навлизане на нови участници. Налице е държавно регулиране, но то не ограничава появата на нови болници. В бъдеще се очаква да се ограничи навлизането на нови болници в следствие на по-рестриктивната политика на НЗОК за сключване на договори с нови болнични заведения само въз основа на потребностите, очертани в Областните здравни карти.

Сила на потребителите. Въпреки че изборът на пациента до голяма степен е обусловен от медицинските специалисти съществува заплаха от страна на потребителите, които могат свободно да избират лечебно заведение за болнична помощ. В бъдеще те ще влияят върху качеството на обслужване и върху цените извън здравноосигурителния пакет, договорен с НЗОК.

Сила на доставчици. Доставчиците в болничния сектор са твърде много и разнообразни. Болниците у нас масово реализират стратегията на обратна вертикална интеграция чрез разкриването на собствени лечебни заведения за доболнична помощ. Към момента доставчиците не представляват съществена заплаха за болничния сектор.

Интензивност на съперничество. Съществува силна конкуренция между болниците в България. Наблюдава се голямо разнообразие на конкуренти, които предлагат различно качество на болнично обслужване. Въпреки това с измененията в медицинските стандарти се очаква диференциацията на болничната услуга да става все по-трудна. Налице е силна борба за пациенти, защото до голяма степен заплащането зависи от техния брой. За да бъдат болниците по-конкурентни е необходимо да имат по-високо качество на обслужване, съвременна материална база и оборудване и т.н.

Заместители на здравни услуги, предоставяни от болниците. Те са малко на брой и не представляват заплаха за болниците.

Обобщените резултати от анализа на Портър показват наличието на сериозни заплахи в болничния сектор – от нови конкуренти, от потребителите на болнични услуги и от повишаване интензитета на съществуващата конкуренция в него. Развитието на пазарните процеси в болничното обслужване у нас създава силно конкурентна среда за лечебните заведения. Изследването на ефекта от конкуренцията в болничния сектор в България в контекста на здравната ни

система е подходящ обект за по-нататъшни проучвания.

Литература

1. Българска стопанска камера. *Здравеопазване 2014 – състояние, проблеми, решения, предизвикателства*. София. 2014.
2. Гладилков, С., Делчева, Е. *Икономика на здравеопазването*. Изд. Принцепс. 2009. стр. 159.
3. Делчева, Е и кол. *Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера*. Изд. Стопанство. 2000. стр. 20–25.
4. Делчева, Е. Обществено-частен пазар на здравни услуги. *Социална медицина*. 3-4. 2016. стр. 54.
5. Димова, А., Рохова, М., Мутафова, Е., Атанасова, Е., Коева, С., Пантели, Д., ван Гинекен, Е. *България: Анализ на здравната система 2012. Здравни системи в преход*. Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“. Варна. 2013. стр. 118.
6. Димова, А., Попов, М., Рохова, М. *Здравната реформа в България. Анализ*. Институт отворено общество. София. 2006. стр. 129.
7. *Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване*. Официален вестник на Европейския съюз. бр.88/2011.
8. *Закон за лечебните заведения*. ДВ бр. 62/1999. чл. 8.
9. Министерство на здравеопазването. *Областни здравни карти*. [www.mh.government.bg].
10. Barros, P., Werner, B., Brouwer, F., Thomson, S., Varkevisser, M. Competition among health care providers: helpful or harmful? *European Journal of Health Economy*. Vol. 17. 2016. p. 229.
11. Dimova, A., Rohova, M., Koeva, S., Atanasova, E., Koeva-Dimitrova, L., Kostadinova, T., Spranger, A. *Bulgaria: Health System Review 2018*. Health Systems in Transition. WHO Regional Office for Europe. Vol. 20. No. 4. 2018. p. 166.
12. Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). *Report on Investigating policy options regarding competition among providers of health care services in EU Member States*, 7 May 2015. [http://ec.europa.eu/health/expert_panel/index_en.htm].
13. Gaynor, M., Town, R. *Provider Competition in Handbook of Health Economics*. Vol. 2. Barros, P., McGuire, T., Pauly, M., Eds. Elsevier. *Handbook of Health Economics*. 2012.
14. Goddard, M. Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? *International Journal of Health Policy and Management*. Vol. 4. Issue 9. 2015. p.567.
15. WHO. European Health for All Database (HFA-DB). 2019-03-07.

COMPETITION IN BULGARIAN HOSPITAL SECTOR – STATE AND TRENDS

Boncho Mitev
University of Economics, Varna, Bulgaria

Abstract

The extensive development of hospital sector in our country has led to the existence of too many healthcare establishments. In recent years the rapid expansion of the private sector in hospital healthcare has increased the competition between hospitals but has not significantly improved the quality of hospital services and has not contributed to improving the health status of the population. The aim of the paper is to study the state of competition in Bulgarian hospital sector and to outline the trends in its development. The Porter's Five Forces model was used. The summarized results of the analysis of the competitive environment reveal the existence of serious threats in the hospital sector in Bulgaria – from new competitors, from consumers and from the increase of the intensity of the existing competition in it.