



Мениджърски болничен консилиум

Юни 2022



Мениджърският болничен консилиум е изготвен с подкрепата на Българска болнична асоциация – председател адв. Свилена Димитрова и членове на УС; Национално сдружение на частните болници – председател Красимир Грудев и членове на УС; Национално сдружение на областните многопрофилни болници за активно лечение – председател д-р Васислав Петров и членове на УС; Асоциация на университетските болници в България – председател проф. д-р Красимир Иванов и членове на УС и Сдружение на общинските болници в България – председател д-р Неделчо Тотев и членове на УС.



СЪДЪРЖАНИЕ

I.	Резултати от проучване сред болничните мениджъри през 2022 г.....	4
II.	Стратегия за промяна на болничния сектор.....	12
1.	Развитие на болничната помощ в условията на недостатъчно финансиране.....	12
2.	Неравномерно разпределение на достъпа до болнична медицинска помощ.....	14
3.	Проблемът с кадрите в българското здравеопазване.....	15
4.	Предпоставки и възможности за прилагане на едnodневна хирургия в България.....	15
4.1.	Критерии за подбор на пациенти в отделението по едnodневна хирургия.....	16
4.1.1.	Хирургични критерии.....	16
4.1.2.	Анестезиологични критерии.....	16
4.1.3.	Социални медико-легални критерии.....	16
4.2.	Финансов анализ към 2015 г.....	17
4.3.	Изводи за предпоставките и възможностите за прилагане на едnodневна хирургия в България.....	17
5.	Подход при управление на реформите.....	18
	Приложение 1: Участници в здравния дебат „Болничната помощ след Ковид-19 – шанс за трансформация“.....	21



В периода 2020-2022 г. Българска болнична асоциация не реализира класацията „Най-добрите болници“, която оценява лечебните заведения по редица критерии като технология, специализация, персонал и качество на услугите. Провеждането на класацията не беше възможно в период, в който болниците не функционират нормално заради пандемията от Ковид-19.

През 2022 г. като част от проекта „Най-добрите болници“ се проведе проучване сред мениджъри на лечебни заведения с цел да се установят нагласите им за необходимите стъпки за развитие на силна и устойчива болнична помощ в България. Резултатите от анкетата служат за излъчване на ясни послания от болниците към управляващите за необходимите бъдещи промени в сектора.

Част от проекта „Най-добрите болниците“ е и провелят се на 31 май 2022 г. дебат „Болничната помощ след Ковид-19 – шанс за трансформация“, на който присъстваха представители на ръководствата на най-големите болници в България, както и членове на Управителните съвети на Асоциацията на университетските болници, Сдружението на общинските болници в България, Национално сдружение на областните многопрофилни болници за активно лечение, Националното сдружение на частните болници и Българска болнична асоциация.

В рамките на събитието представителите на болничното здравеопазване, включително институции, мениджъри на болници, лекари и икономисти, се обединиха около обща стратегия за развитие на здравеопазването в сектора във връзка с националните приоритети. Стратегията е залегнала и в изработването на настоящия документ благодарение на пълната представителност на болничния сектор.

I. Резултати от проучване сред болничните мениджъри през 2022 г.

Българска болнична асоциация проведе проучване в периода 3.05.2022 – 23.05 2022 г. сред 73 мениджъри на лечебни заведения. То съдържа количествени и качествени въпроси, сред които има отворени и затворени.

От болниците, участвали в проучването, 78% са многопрофилни, а 22% са специализирани. От гледна точка на собствеността 32% от отговорите са дошли от болници общинска собственост, следвани от частните – с 31%, 24% - са смесена (държавна и общинска собственост), а 12% - са изцяло държавна собственост.



От лечебните заведения, попълнили въпросника на Българска болнична асоциация, 73% нямат университетски статут, докато останалите 27% са университетски.

Кой е най-големият проблем в болничното здравеопазване?

Като най-голям проблем в болничното здравеопазване мениджърите на лечебни заведения посочват наличието на лимити за дейността – близо 32%. Недостигът на кадри е най-голям проблем според близо 31% от анкетираните. Липсата на достатъчно финансиране от страна на държавата е определена като най-големия проблем за сектора от страна на близо 24% от болниците. Качеството на здравните услуги и изискванията за нивата на компетентност са посочени като най-голям проблем съответно от 3.51% и 1.69% от анкетираните.



Какво е приоритетно да се промени?

Според 78% от мениджърите на болнични заведения трябва да има приоритетно преразглеждане на цените на медицинските услуги. Отпадането на лимитите на болниците се посочва като приоритет от близо 66% от участвалите в проучването. Други близо 44% смятат, че трябва да се промени Националната здравна карта и заложените в нея изисквания. Официализирането на доплащането се определя за приоритет от 42% от болничните мениджъри. В същото време замяната на клиничните пътеки с диагностично свързани групи



е приоритет за близо 40% от анкетираните. Едва близо 7% са на мнение, че е необходимо засилване на контрола. Сумата на отговорите е над 100%, защото участвалите в проучването са давали по повече от един отговор.



Какви са индикаторите за качество на болничното здравеопазване?

Близо 62% от болничните мениджъри смятат, че индикаторите за качество на болничното здравеопазване са преживяемост след лечение, брой рехоспитализации и оценка на удовлетвореността на пациентите. 23% посочват само преживяемост след лечение, а други 22% - само оценка на удовлетвореността на пациентите.



Как може да се реши проблемът с кадрите в българското здравеопазване?

Според 82% от мениджърите на лечебни заведения за решаването на проблема с кадрите в българското здравеопазване е необходима цялостна политика за остойностяване на труда на медицинските специалисти, допълнителни социални придобивки и подкрепа. 20% са на мнение, че трябва да има увеличаване на заплатите чрез изравняване на нивата в различните лечебни заведения.



Как оценявате използването на нова апаратура и иновации в болниците?

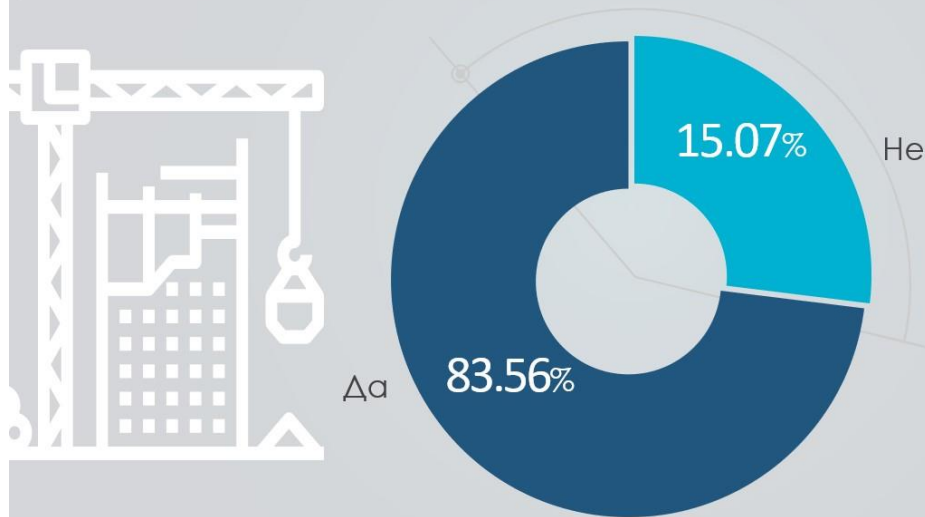
Като задоволително се определя използването на нова апаратура и иновации в болниците от 71% от участниците в проучването, а за останалите 29% то е незадоволително.



Смятате ли, че е необходима мащабна и спешна реформа в болничното здравеопазване?

Мащабна и спешна реформа в болничното здравеопазване е необходима според близо 84% от анкетираните мениджъри на лечебни заведения.

Смятате ли, че е необходима мащабна и спешна реформа в болничното здравеопазване?



Какво според вас е необходимо за постигане на устойчиво болнично здравеопазване?

На въпроса какво е необходимо за постигане на устойчиво болнично здравеопазване прави впечатление почти равния брой отговори за насочени усилия към повече превенция на заболяванията (56%), усъвършенстване на спешна помощ (52%), повишаване на здравната култура на населението (близо 51%), електронно здравеопазване и дигитализация (45%).



5 стъпки, които трябва да се предприемат още днес за силна и устойчива болнична помощ

Първата стъпка, която трябва да се предприеме още днес за силна и устойчива болнична помощ според 60% от болниците е решаването на проблема с кадрите. Необходимостта от поставяне на пациента в центъра на системата е първото нещо, което трябва да се направи според 22% от лечебните заведения. Близко 15% на първо място поставят повишаване на доверието в системата. А за 4.41% от анкетираните иновациите и дигитализацията е първата крачка към постигането на устойчиво болнично здравеопазване. Оценка на качеството е посочено като най-важното нещо от 1.5% от мениджърите, участвали в проучването.

5 стъпки, които трябва да се предприемат още днес за силна и устойчива болнична помощ



Какво е състоянието на доболничната помощ във вашия регион?

За близо 66% от анкетираните болнични мениджъри състоянието на доболничната помощ в региона, в който работят е задоволително. Други 27% обаче посочват, че то е незадоволително. Едва 7% от болниците определят състоянието на доболничната помощ в техния регион като отлично.



II. Стратегия за промяна на болничния сектор

1. Развитие на болничната помощ в условията на недостатъчно финансиране

От есента на 2021 г. обществените дискусии на икономическа тематика обхващат един голям проблем – инфлацията.

Ако се вземе промяната в общото ценово равнище от 2014 г. до април 2022 г. (използвайки ИПЦ, 1995=100), инфлацията се ускорява с 26,2%, като около половината от това увеличение е от последните 12 месеца. Повишаването на цените в здравеопазването със същия индекс е 4,3%. Т.е. увеличението на цените в здравеопазването е около 6 пъти по-ниско от останалата част от стопанството¹.

Данните показват, че цените в здравеопазването, отчетени от Националния статистически институт, сериозно изостават спрямо останалата част от икономиката. Поради тази причина през първата половина на 2022 г. имаше много призови болниците да получават по-големи компенсации за електричество и газ, отколкото останалата част от бизнеса.

¹ Анализът на данните е предоставен от Експертен клуб за икономика и политика.



2014 г. е използвана като база за сравнение, защото тя е подходяща, имайки предвид излизането на българската икономика от икономическите трудности след Световната финансова криза и Европейската дългова криза. Също така относителният дял на недофинансиране при клиничните пътеки е 20,33%. Спрямо тази база цените в здравеопазването изостават 6 пъти.

Увеличаването на цените на клиничните пътеки през 2022 г. със средно 25% е нещо, което практически трябваше да се случи в последните 5-10 години, показват оценките на експертите. В същото време коректността изисква да посочим, че цялостният бюджет за болнична помощ не е увеличен с 25%, а със 7% до 2.6 млрд. лв. през 2022 г. в сравнение с отделените средства за сектора от Националната здравноосигурителна каса през 2021 г.

Но, ако се върнем на темата за инфлацията и всяка година тя беше следвана, то сега щеше да се наложи повишаването на цените да бъде с 10%. В момента медицинските дейности в българското здравеопазване имат необходимост от повишаване на цените със 100%, за да се навакса изоставянето през годините.

Това изоставане се обяснява лесно с голямата ценообразуваща сила на държавата, която заради политически и административни процедури не може да следва пазарните цени, както се случва в други сектори.

България се намира в период на ускоряваща се инфлация и са нужни инструменти, с които цените в здравеопазването да следват тенденциите в останалата част от икономиката. По-малкото средства означават по-малки възможности в системата, по-малко кадри, отказване от тази професия.

По отношение на средствата, които България отделя от БВП, също ясно се вижда проблем, който на практика се усеща от всеки пациент. Дори с доплащанията от страна на пациента, които компенсират дефицита в здравеопазването, се харчат около 8% от БВП, с което България достига средното европейско ниво². Това показва, че солидарният модел на здравеопазване е разрушен или не действа в цялостност.

Според здравни икономисти е необходима промяна на финансовия модел на здравеопазване или чрез даване възможност на застрахователите да влязат на пазара, за да компенсират недостига на средства, или чрез увеличаване на здравните вноски и увеличаване на публичните средства, така както е направено в много страни.

² Данните бяха цитирани от Андрей Марков, заместник-председател на Българска болнична асоциация, по време на дебата „Болничната помощ след Ковид-19 – шанс за трансформация“.



2. Неравномерно разпределение на достъпа до болнична медицинска помощ

Достъпът до медицинска болнична помощ е много сериозна тема. Пациентът има конституционно право да получава своевременна, достъпна и качествена медицинска помощ. А за това са необходими съответните ресурси.

България разполага с над 340 болници, както и с над 54 хил. болнични легла. Като материална база това е достатъчно, за да може да бъде гарантиран достъпът на нуждаещите се пациенти до болнична помощ.

В същото време обаче ефективността на болнична помощ не е задоволителна и в потвърждение на това продължителността на живота в България е ниска.

Факторите, които са от изключително значение, за да се осигури достъпност до здравеопазване, са няколко – финансовият фактор, кадрите и демографският фактор.

По отношение на човешките ресурси е важно да се отбележи високата средната възраст на лекарите и медицинските специалисти, както и тяхното неравномерно разпределение в различните населени места. Има свръхконцентрация на медицински специалисти в някои големи градове, особено там, където има университетски болници.

Демографските фактори също имат своето определящо решение. Застаряващото население, което обеднява, социалния статус, образованието – всичко това влияе на достъпа на хората до болнична помощ.

Броят на общинските болници през годините непрекъснато намалява, персоналът е застаряващ, но без общинските болници достъпът до медицинска помощ ще бъде допълнително влошен. Обикновено в малките градове има по една болница, а филиалите на спешна медицинска помощ е невъзможно да функционират без клинична лаборатория, образна диагностика, консултанти и цялостната база, която една общинска болница осигурява.

Областните болници също имат своето специално място в системата на здравеопазване в България. Те са поели ангажимент да бъдат основните болници на съответната област.



В областните болници работят около 10% от всички лекари в България и около 25% от сестрите³.

Представителите на областните болници обаче отчитат, че те не са предпочитани от пациентите поради липса на млади лекари и затрудненото използване на съвременни методики на лечение чрез специализирана апаратура. Ако областните болници ще продължават да бъдат тези, които гарантират здравеопазването във всяка област, има нужда от преосмисляне на тяхната роля и от нова програма как ще работят оттук нататък.

За да се подобри достъпът до болнична помощ, според болничните мениджъри новата Национална здравна карта трябва да се направи на базата на анализ, като се изследват реалните потребностите.

3. Проблемът с кадрите в българското здравеопазване

Средната възраст при лекарите в страната е 53 години, а 63% от общия брой лекари е над 50-годишна възраст⁴. Само след 10-12 години очакванията са 60% от лекарите да бъдат в пенсионна възраст.

Над 60% от медицинските сестри са около и над 60-годишна възраст. Тези тенденции са най-силно забележими в Смолян, Кърджали, Видин...Но в същото време дори София, Варна и Пловдив са практически застрашени от проблем с намирането на лекари.

Тези тенденции няма как да бъдат преобърнати без стратегия за решаване на проблема с кадрите в България.

4. Предпоставки и възможности за прилагане на едnodневна хирургия в България

Идеята за извеждане на болнични дейности в извънболничния сектор е широко подкрепена от настоящите политики в здравеопазването. От 1980 до 1986 г. броят на дневните операции в САЩ нараства от 3,2 милиона на 8,7 милиона годишно, а броят на сертифицираните центрове за дневна хирургия нараства от 150 през декември 1983 г. на 838 през 1988 г.⁵

³ Цитираните данни са представени от д-р Васислав Петров, председател на УС на Национално сдружение на областните многопрофилни болници за активно лечение.

⁴ Данните бяха представени от д-р Иван Маджаров, председател на УС на Български лекарски съюз, по време на дебата „Болничната помощ след Ковид-19 – шанс за трансформация“.

⁵ Данните бяха представени от д-р Цветелина Спиридонова, заместник-председател на Българска болнична асоциация.



Според проучване, проведено през 2015 г., 53% от българските хирурзи изразяват готовност част от оперативните намеси да бъдат изведени в едnodневната хирургия. Самите пациенти са настроени позитивно към това, защото една извънредна хоспитализация ги товари твърде много и ако нещо може да се случи в кратки срокове, в рамките на 24 часа – това е предпочитано за тях. Разбира се, не всяка процедура и не всеки пациент е подходящ за едnodневна хирургия. Необходими са утвърдени стандарти, контрол и селекция на пациентите.

В България подходящи за дневна хирургия са между 41,1 и 53,1 % от болните. Междувременно готовност за работа в отделение по едnodневна хирургия заявяват 73,9 - 78,8 % от хирурзите.

4.1. Критерии за подбор на пациенти в отделението по едnodневна хирургия

4.1.1. Хирургични критерии:

1. Планови с продължителност до 60-90 мин.;
2. Операциите няма да причинат нарушения в основни жизнени функции или декомпенсирани на налична патология в тях;
3. Операции без висок риск от следоперативно кървене;
4. Операции без висок риск за интензивна и продължителна грижа.

4.1.2. Анестезиологични критерии:

1. Соматично и психическо здраве - клас I или II по ASA; пациенти клас III по ASA – само при определени условия;
2. Липса на анамнеза за инциденти и усложнения при предходни анестезии;
3. Липса на лична или фамилна анамнеза за вродени и наследствени заболявания, създаващи риск.

4.1.3. Социални/медико-легални критерии:

1. Социокултурно ниво на пациента, позволяващо сътрудничество му в лечебния процес;
2. Получено информирано съгласие от пациента за операция и анестезия в условията на едnodневна хирургия;
3. Отдалеченост на дома на пациента от болничното заведение до 30 км или възможност за достигане до болничното заведение в рамките на 30 – 60 мин.;
4. Налична телефонна връзка на пациента с отделението по едnodневна хирургия и/или структурата за спешна помощ;
5. Битови условия в дома на пациента поне равни на болничните.



6. Осигурен отговорен придружител на пациента за първото денонощие след анестезията и операцията.

4.2. Финансов анализ към 2015 г.

- Леглоденят за един болен в Клиника по хирургия през периода 2008 – 2014 г. нараства от 240 до 270 лв., докато за отделението по едnodневна хирургия тази стойност остава до 70 лв.;
- Среден болничен леглоден в страната – 110 лв.;
- Лекарстводенят в Едnodневна хирургия - 9 лв.;
- Клинична пътека за херния на стойност 454 лв - 335 лв. за покриване на разходите в операционните зали и към изпълнителите – екипът хирурзи и анестезиолог.

4.3. Изводи за предпоставките и възможностите за прилагане на едnodневна хирургия в България

1. В началото на ХХI век едnodневната хирургия вече не е тенденция, а наложила се форма за по-висока ефективност и ефикасност на хирургичната работа.
2. Хирургичната общност в България приема в практиката си модела на работа в дневна/едnodневна хирургия.
3. Пациентите са с висока степен на удовлетвореност при осигуряването на сигурна, ефективна и висококачествена услуга чрез прецизна организация.
4. Създаването на структура по едnodневна хирургия трябва да се базира на проучвания и прогноза на очаквания обем на дейността.
5. Персоналът с многопрофилна подготовка и специфично обучение, позволяващо непрекъснат контрол на качеството и икономическата ефективност.
6. Подборът на болни за дневна/едnodневна хирургия трябва да се базира на строги критерии, условия и правила, разписани в рамките на отделението по едnodневна хирургия.
7. Стандартизирането на дейностите с протоколи е най-добрата гаранция за високо качество и минимизиране на риска за пропуски.
8. Правилната организация и клиничният контрол в отделението по едnodневна хирургия са причина за свеждане на усложненията до 2,1 процента, както и на хоспитализациите и рехоспитализациите до 0,64 процента.
9. Постоянният контрол за качество и икономическа ефективност, показват снижаване на стойностите на лекарстводеня (9 лв) и на леглоденя (до 70 лв по нашата практика)⁶.

⁶ Данни на д-р Цветелина Спиридонова, заместник-председател на Българска болнична асоциация



5. Подход при управление на реформите

Болничните мениджъри изразяват своите сериозни опасения, че Националният рамков договор като нормативен акт е изчерпал своето значение. Според тях е необходимо реално договаряне между възложител и изпълнител на болнична помощ.

Болничният сектор очаква законодателят да работи в няколко основни посоки. Първата е стратегически да се мисли как да се реши проблемът с ограничените средства, както и да не получават изпълнителите на болнична помощ едни и същи пари за различно качество. Сегашната ситуация, при която всички получават едни и същи средства без оценка на качеството, работи против мотивацията на лекарите и медицинските сестри.

На второ място, са необходими радикални решения за медицинските кадри, както и за липсата на пазарна логика в това Националната здравноосигурителна каса като купувач на здравни услуги сама да определя тяхната цена заедно с Български лекарски съюз. В тази връзка отдавна е назряла необходимостта от реално остойностяване на дейностите в болничната помощ.

Сред актуалните въпроси, които могат да допринесат за повишаване ефективността на болничния сектор и неговото развитие, според болничните мениджъри, е разработването на стратегия за продължаващо лечение на деца и възрастни.

По повод засягането на темата за едnodневната хирургия на дневен ред е и да се разгледа задълбочено минималната продължителност на престоя в болниците.

Междувременно пандемията от Ковид-19 извади наяве дефицита на специалисти като пулмози, епидемиолози, вирусолози, инфекционисти и интензивисти и това трябва да се вземе под внимание при подготовката за евентуални бъдещи пандемии.

Болничният сектор иска да се вземат мерки и за промяна на отношението на обществото към здравеопазването, да се работи за повишаване на доверието към всички здравни специалисти и подобряване на здравната култура на население. Именно пропуски в здравната култура доведоха до неправомерната употреба на антибиотици по време на пандемията, а очакванията на специалистите са до пет години обществото в България да се сблъска с тотална антибиотична криза.

Ще обърнем внимание и на посещения като най-голям проблем в болничното здравеопазване в проучването на Българска болнична асоциация - наличието на лимити за дейността. В стенографски протокол от заседание на Надзорния съвет на НЗОК, проведено



на 27 май 2022 г., темата дори е била обсъдена и се показва разбиране за същността на проблема. Според адв. Христина Николова, член на НС на НЗОК, начина на определяне на лимитите е сбъркан. Тя обяснява: „Погледнато съвсем обективно една болница има разрешение за определена дейност от 7 години, 10 години, без значение. Идва друга, която отваря същото отделение, на същата територия, но с много по-нова апаратура, с много по-нови и съвременни методи прилага, и ние ѝ забраняваме новата дейност, само защото на територията вече има такава открита. От гледна точка на пациента, естествено той ще отиде в тази, която има по-съвременна апаратура и методи, и в такъв случай хората са потърпевши. Страда пациентът, а не болницата, която ще си ги пусне и на платен прием тези, които искат да отидат там. По същия начин стои въпросът с лимитите и бюджетите на болниците. За мен е ясно, че от тази година това няма как да стане, но смятам, че трябва да се заложи и да се запише в протокола, за да може да се работи в тази посока - не да има лимит на конкретно лечебно заведение, а да има лимит на ниво районна каса. И по този начин именно ще се стигне до това, че ще повишим качеството на ниво област, така че пациентите да определят кое лечебно заведение, коя апаратура, които методи, средства, отношение и всичко, цялата комплексна услуга искат да ползват и на тази болница ще ѝ бъде платено до лимита на районната каса“.

По време на същото заседание на НС на НЗОК управителят на НЗОК проф. Петко Салчев коментира тенденцията, че НЗОК продължава да плаща на някои болници за това да не работят: "Основното мен, което ме притеснява МБАЛ във Варна - 250 хил. лв. трябва да и доплатим, което значи, че тази болница въобще не работи. Другата болница, която е по-интересна е във Велико Търново, която лекува онкопациенти, трябва да ѝ доплатим, защото не работи. Казвам ви по-фрапантните. МБАЛ в Кюстендил, МБАЛ в Монтана, на болницата в Перник също трябва да се доплати. Аз не виждам тези хора как ще платят следващия месец по-високите заплати. Те и сега не работят. Трябва да доплатим на общинските болници в София и т.н".



Основните цели в краткосрочен план, които си поставя болничният сектор в България, са:

1. Болниците да участват във взимането на решения, които са важни за сектора;
2. Определяне на реална цена на болничните разходи;
3. Приемане на Национална здравна стратегия, в която да има план за справяне с кризата с кадрите и стратегия за продължаващо лечение на деца и възрастни;
4. Промяна на финансовия модел и справяне с недостига на средства в здравеопазването;
5. Развитие и прилагане на едnodневна хирургия в България и преразглеждане минималната продължителност на престоя в болниците;
6. Повишаване доверието към здравните специалисти и здравната култура на населението.

Настоящият документ се входира в ресорните институции с мисия и желание от страна на Българска болнична асоциация и проекта „Най-добрите болници“ всички заинтересовани страни да работят заедно за промяна в здравеопазването и със стремеж за повишаване качеството на болничната услуга и удовлетвореността на пациентите.



ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Участници в здравния дебат „Болничната помощ след Ковид-19 – шанс за трансформация“, провел се на 31 май 2022 г. в град София, хотел Интерконтинентал:

- **Д-р Петър Грибнев** – заместник-министър на здравеопазването;
- **Доц. д-р Антон Тонев**, председател на Комисията по здравеопазване към Народното събрание;
- **Д-р Иван Маджаров**, председател на УС на Български лекарски съюз;
- **Адв. Свилена Димитрова**, председател на Българска болнична асоциация
- **Андрей Марков**, заместник-председател на Българска болнична асоциация и управител на Аджибадем Сити Клиник – Сърдечно-съдов Център;
- **Доц. д-р Цветелина Спиридонова**, д.м, изпълнителен директор на лечебни заведения “Хигия”;
- **Проф. д-р Красимир Иванов**, председател на Асоциацията на университетските болници в Република България и член на Съвета на директорите на УМБАЛ „Света Марина“;
- **Д-р Кети Маналова**, член на УС на Сдружението на общинските болници в България и управител на МБАЛ “Д-р Христо Стамболски – Казанлък”;
- **Д-р Васислав Петров**, председател на УС на Национално сдружение на областните многопрофилни болници за активно лечение и директор на МБАЛ „Д-р Иван Селимински” в Сливен;
- **Д-р Венелина Милева**, член на УС на Национално сдружение на частните болници и изпълнителен директор на Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда
- **Д-р Бранимир Радуилов**, собственик и административен директор на Поликлиника България;
- **Стоян Панчев**, икономист, ЕКИП.

Модератори:

- Адв. Свилена Димитрова, председател на Българска болнична асоциация;
- Аркади Шарков, здравен икономист, ЕКИП.