

ПАЗАРНИ И НЕПАЗАРНИ АЛТЕРНАТИВИ НА СОЦИАЛНИТЕ ДЕЙНОСТИ: БЪЛГАРИЯ В ПЕРИОДА 2006-2016 ГОД.

Доц. д-р Евгения Пенкова, доц. д-р Деница Горчилова, УНСС

MARKET AND NON-MARKET ALTERNATIVES OF SOCIAL ACTIVITIES: BULGARIA IN THE PERIOD 2006-2016

Associate Prof. Evgenia Penkova, PhD, Associate Prof. Denitsa Gorchilova, PhD

Abstract: *Healthcare, education and social services are key sectors that form human capital and welfare. In the years of transition in Bulgaria these three sectors have been the object of multiple reforms. Nevertheless, the governments and politicians have shown lack of real strategic insight and preparedness to react to the marketization of all kinds of social, health and educational services. That has resulted in poor distribution of the roles of the market and non-market players in those areas, in the solidifying of already typical failures and in the appearance of new ones.*

Keywords: *healthcare, education, social services, market and non-market alternatives*

1. Социалните дейности: между държавата и пазара

Обект на анализ в настоящия доклад са *социалните дейности* (в широк смисъл) – съвкупност от социални, здравни и образователни услуги, т. е. услуги, които са пряко насочени към формирането на значими личностни качества на човека: неговия здравен, образователен и социален статус¹.

В икономически контекст това са основните дейности, които формират човешкия капитал, а в социален – те са в основата на човешкото развитие. Ето защо държавата, независимо от провежданата политика не може да „абдикира“ от развитието на социалния сектор, а в зависимост от нейните приоритети да разпределя бремето на производството, доставянето и финансирането на тези дейности между публичните и частните структури с променящ се баланс между тях.

Теоретизирането на този сектор не е сред най-привлекателните за икономическата наука, а в емпиричните изследвания преобладаващи са тези в здравеопазването. В дълг е и статистиката, особено по отношение на обобщени данни за частното предлагане, цени, такси и други регулиращи нехетерогенните услуги механизми в трите отрасли: здравеопазване, социални услуги и образование.

Това основателно поставя редица въпроси, чиито отговори търсим както на теоретично равнище, така и в развитието на тези дейности в темпорален план у нас и в международен сравнителен аспект.

Каква е изходната база:

✓ До началото на демократичните промени у нас тези три сектора като регулация, начин на създаване на услугите и тяхното предоставяне (разпределение) се движеха в своеобразен „пакет“, което бе основание те да се обособят като „социално-

¹ Изведени са обобщения и изводи от четири поредни изследвания на научни колективи от УНСС, в които авторите участват: „Пазарни и непазарни дефекти в социо-културната сфера (1998-1999)“; „Пазарна трансформация в социо-културната сфера“ (2005-2007); „Инструменти за повишаване качеството на публичните услуги“ (2011-2013). Акцентите в този материал представят предварителни резултати от текущия научен проект: „Пазарни и непазарни алтернативи на публично финансираните услуги в България“ (НИД –НИ 3/2016).

културна сфера“. Основните характеристики на тези дейности бяха: изключително разнообразни продукти; финансирани от държавата; централизиран модел, относително равномерна териториална дислокация на публичните институции, равен достъп. Зад тези привидно позитивни ефекти са „скрити“ и редици дефекти, някои от които обективно присъщи на публичното предлагане, а други – резултат на тогавашната икономическа система. В контекста на последното като най-значим недостатък може да се посочи виждането за изключването на икономически принципи и инструменти на управление (доминиращо до 80-те години на миналия век) и плахото и непоследователно включване впоследствие;

✓ През 90-те години на миналия век промяната на икономическата система доведе до възникване и на пазарни структури, а впоследствие и до развитие на пазарните отношения и в тази сфера. Това разби (теоретично) монополните позиции на държавата, но „запази“ олигополните структури. Периодът 1995-2000 г. може да се характеризира с развитие на пазара и пазарните структури при неясна регулация и в значителна степен при „пасивна роля“ на държавата (да припомним частните медицински практики, множеството нелегитимни университети и т. н.)

✓ След 2000 г. се развиват процесите на трансформация на сектора в посока към разширяване на частното предлагане и промени в „стереотипа“ на търсенето. Държавата „излезе“ от ролята си на пасивен наблюдател и започна „мащабни“ реформи, в т. ч. и законодателни. Реализацията им обаче се оказа „на парче“ и за краткия мандат на често сменящите политика на управляващите;

✓ През периода от 2006 г. до днес, когато реално целият сектор функционира в условията на смесен пазар, се формират нови специфични последици от променените роли на държавата и новите играчи на пазара, което предизвиква (утвърждава или създава нови) ефекти и пазарни и непазарни дефекти.

В подкрепа на последното в този материал се представят предварителни резултати от текущия научен проект: „Пазарни и непазарни алтернативи на публично финансираните услуги в България“ (НИД –НИ 3/2016).

2. Социалните дейности: специфика на функциониране в условията на смесен пазар

Прегледът на тематичните изследвания потвърждава наличието на смесен пазар в социалната сфера. Откроява се обаче един съществен въпрос: *има ли основание да се говори за общи характеристики в трите сектора?* Отговорът не е еднозначен и той предполага отчитането на аргументи „за“ и „против“:

✓ В подкрепа на идеята за изграждането на обща рамка за анализ може да се посочи преди всичко: а) общата цел на политиките в тези сектори: формирането на човека като капитал на нацията и индивидуално личностно развитие чрез осигуряване на равен достъп и равнопоставеност в потреблението на социалните услуги; б) начините на организация и управление на социалните дейности; в) общите тенденции при тяхното публично финансиране – в т.ч. недофинансиране на секторите; г) вида на задоволяваните потребности и параметрите на потребителското търсене и т. н.

✓ Аргументите „против“, макар и да са по-малко, не са за пренебрегване: а) изключително нехетерогенният характер на благата и услугите, които се предлагат даже в рамките на един сектор (напр. в професионалното образование у нас има 56 професионални направления, около 250 професии и над 580 специалности); б) различните целеви групи; в) ценностната ориентация на потребителите и т. н.

С отчитането на последното, ще бъде направен общ преглед на характеристиките на търсенето и предлагането на социални дейности в условията на смесен пазар.

А. Специфика на предлагането

А.1. Периодът след 2000 г. и особено след 2006 г. се характеризира с навлизането на нови играчи на пазара и в трите сектора, което разшири сферата на частно предлагане на услугите. В същото време в резултат на неблагоприятните демографски тенденции съответно се сви размерът на публичния сектор и в трите области. Тази обща тенденция може да бъде подкрепена със следните секторни данни:

✓ В здравеопазването почти цялата първична здравна помощ е приватизирана и се осъществява от частно практикуващи лекари. Втора ниша на частния сектор е специализираната извънболнична медицинска помощ, която се предоставя от търговски дружества (95% от които са частни, а останалата част – общински диагностично-лечебни центрове);

✓ В образованието се наблюдават различни тенденции за двете образователни равнища. В училищното образование 88% от всички училища са публични и обхващат над 95% от учащите се; а във висшето 26% са частните ВУ, в които са обхванати 13,5% от студентите. При това следва да се отбележи, че частните висши училища копират пазарния профил на публичните: основно се предлагат специалности в областта на социални, стопански и правни науки. Като пазарни ниши на частните структури се очертават самостоятелните колежи (100% частни) и центровете за професионално обучение (97% от които са частни);

✓ В сферата на социалните услуги частно организирани са 15% от домовете за стари хора, но нито един за хора с увреждания, 32% от обществените трапезарии, 40% от дневните центрове за възрастни и 52% от дневните центрове за възрастни с увреждания. Основна ниша на частния сектор са центровете за социална рехабилитация и интеграция – 72% от които са частни.

А.2. Допълнителни анализи сочат, че миксът от предлагани услуги е доста ограничен и за трите дейности в частния сектор и е с ориентацията към услуги, насочени към платежоспособното търсене (люксови здравни услуги, дневни центрове, центрове за рехабилитация) или към дейности, финансирани на проектен принцип (центрове за обучение, центрове за социална интеграция). Непривлекателните (от гл. т. на пазарното търсене) и непечеливши продукти и услуги са „оставени“ изцяло на публичните структури (домове за хора с увреждания, „скъпите“ професионални направления във висшето образование – предимно в областта на медицината, както и тези, които „не се радват“ на индивидуалните предпочитания и търсенето от страна на бизнеса – физика, химия, педагогика и др.). Тези факти потвърждават вече установени при предишни изследвания констатации за непълен пазар и предлагането на „селектиран микс“ от образователни, здравни и социални услуги.

А.3. Общата оценка на качеството е ниска и в трите сектора, а в международен план сравненията не са в наша полза: изключително влошени здравни показатели (смъртност, продължителност на живота); ниска конкурентост както на училищното (най-лошо представяне в ЕС по PISA оценяването), така и на висшето образование (няма нито един български университет в топ 100 и даже в топ 200 в световните класации) и т. н. В друг план като измерване на вътрешната конкуренция се наблюдават някои промени, които очертават позитивни тенденции за частните институции. Така например, качеството на училищното образование, измерено чрез резултатите от националното външно оценяване (например за 7-ми клас) като тенденция в последните години утвърждават челните позиции на частните училища (в топ 3 – 2 от три училища са частни – ПЧМГ и ЧОУ „Св. София“; в топ 20 по чужди езици – 16 частни и 4 общински училища; по БЕЛ равносметката е 11/9, а по математика – 9/11). Рейтинговата системата на университетите в България също показва конкурентите позиции на два частни университета по водещи професионални направления (АУБ и НБУ).

А.4. Изследванията сочат и смяна на ролите на основните участници и вписването им в моделите на добрите международни практики: държавата все повече се превръща от пряк доставчик на социални услуги в регулатор на процесите; делегира значителна част от функциите на децентрализирано ниво (у нас и трите вида дейности са в обсега на делегираните от държавата дейности). Общините от своя страна, традиционно съчетавайки различни роли – проучване на потребностите, доставчик и администратор на дейностите – добавят и ролята на възложител (социалните услуги, образованието), в т. ч. и на неправителствени организации. Последните заемат все по-значителна роля като доставчик и партньор, главно в областта на обучението, интеграцията и др.

Б. Развитие на конкурентните отношения

Въпреки наличието на множество пазарни субекти, повечето от условията за наличие на нормално и ефективно функциониране на конкурентните отношения при социалните дейности липсват (информираност на потребителите; свободен достъп до пазара; свободно ценообразуване и т. н.). Ето защо развитието на конкурентните отношения е белязано с редица специфики, както общо за социалните дейности, така и за отделните отрасли:

Б.1. В здравеопазването се развиват няколко модела, оказващи влияние върху качеството и ефективността:

✓ Управлявана конкуренция, в която се вписват взаимоотношения между здравноосигурителни фондове, осигурени, лични лекари и специалисти, което реално ограничава потребителския избор (Гладилов, Делчева, 2009);

✓ Обществена конкуренция – обществени структури, които се конкурират по цена на предлагания пакет здравни услуги, която реално изгражда вътрешен пазар в здравеопазването, който наред с позитивите (акселератор на технологичния прогрес), продуцира свръхбюрокрация и увеличава транзакционните разходи;

✓ Конкуренция, основана на стойност, която обвързва здравната услуга (и резултат) с разходите. Моделът застъпва идеята за конкурентност между здравните фондове и предлаганите от тях пакети услуги (Porter, Tiesberg, 2004).

Б.2. Конкурентните отношения при социалните услуги са много слабо изследвани в икономическата литература. От анализа на българската практика може да се направи извода, че липсват „чисти“ конкурентни отношения, доколкото:

✓ Често се „преплитат“ с партньорство (общините и неправителствените организации при кандидатстване по проекти, често са партньори; общината често се оказва възложител на свой конкурент);

✓ Общините като участник на пазара са в привилегировано положение спрямо други участници – доколкото оказваните от тях услуги не преминават през лицензионен режим;

Б.3. В образованието конкурентните отношения се разглеждат в два аспекта:

✓ Вътрешна конкуренция – между публични и частни структури за пазарен дял (Цоков, 2003; Първанова, 2015); и външна конкуренция – произтичаща от глобализацията, а конкретно за Европа – от политиката на мобилност и сближаване (Stefenhagena, 2012; Jurse, Potosan, 2005);

✓ Конкуренция от страна на предлагането, която облагодетелства в по-голяма степен по-ниско доходните учащи се, и от страна на търсенето, при която се облагодетелстват учещи се, респ. семействата с по-високи доходи, които предвид на по-високите си бюджетни ограничения имат свободата да избират между различни образователни програми. (Belfield and Levin, 2002).

В. Търсенето като функция на специфични потребности е значително по-слабо изследвана област както теоретично, така и в практиката. Като цяло за сферата е доминираща ролята на предлагането.

В детерминантите на търсенето доминират:

- ✓ индивидуални предпочитания (потребности) и ценности на потребителите;
- ✓ доходите на потребителите и наличието на значими различия в тях води до промени в скалата на еластичност от доходите: тя е ниска в страни с високо равнище на доходите и висока при страните с ниски доходи;
- ✓ публичният избор и бюджетите ограничения на обществото.

При тези ограничителни рамки се открояват следните общи характеристики на търсенето:

- ✓ изключителна роля има индивидуалното търсене, доколкото всички дейности предполагат индивидуализация на потреблението, например съобразно здравния и социален статус;
- ✓ търсенето на съответните дейности е вторично (напр. търсенето на образование е вторично по отношение на търсенето на труд; търсенето на здравна помощ – по отношение на търсенето на здраве и т. н.);
- ✓ инструментите на стимулиране на търсенето са по две основни линии: преки – стипендии, социални помощи, натурални услуги, публичен здравен пакет и др.; и косвени – основно данъчни преференции (напр. разходите за образование или допълнените здравни осигуровки се приспадат от облагаемия доход и т.н.);

3. Пазарни и непазарни дефекти

Изследването потвърди вече изведени пазарни и непазарни дефекти, както и появата на нови. Поради формирането на смесения пазар в тези сектори, както и поради спецификата на конкуренцията в тях и специфичните роли на участниците може да се говори за проява на едни и същи дефекти както при пазарното, така и при непазарното предлагане.

Фигура 1: Форми на предлагане и специфични характеристики

<i>Начин на предлагане</i>	<i>Ефекти (конкурентни предимства)</i>	<i>Дефекти</i>
Пазарно	- Предлагане на луксозни (атрактивни) продукти;	- Ограничен (ценови) достъп;
	- Възможност за инвестиране в качество;	- Териториално неравномерно разпределение;
	- Ориентация към търсенето на пазара;	- Непълен пазар; Ограничен брой продукти;
Непазарно	- Равен достъп;	- Недофинансиране;
	- Широка гама продукти и услуги;	- Небалансирана структура и ескалиране на разходите за единица продукт;
	- Относително равномерно разпределение, в т. ч. и териториално.	- Ниско качество на продукта (услугата);
		- Пазар в сянка (нерегламентирани плащания);
		- Възможност заgratisно потребление;
		- Разминаване с пазарното търсене.

Анализът сочи, че като основни по начин на предлагане се открояват множество дефекти и конкурентни предимства, обобщени на фигура 1. Типични негативни последици са дефектите, предизвикани от същността на самите услуги: информационна асиметрия, влошен достъп до услугите, нехомогенен резултат, проблеми с качеството, неравномерна мрежа и външните (както негативни, така и позитивни) ефекти, които разстройват пазара.

4. Регулация

Преодоляването на тези дефекти изисква държавна намеса и повечето реформи в секторите са насочени именно към това.

✓ По отношение на законовите регулации най-общият извод, който може да бъде направен, е че те „закъсняват“, т. е. движат се след практиката, която често функционира и въвежда модели в ситуация на „нормативен вакуум“ (така възникнаха частните училища и университети, медицинските кабинети и т.н.).

✓ На второ място, всички нормативни промени се правят „на парче“ – при липса на цялостно виждане за развитието на сектора.

✓ Трето, в редица случаи тези реформи не са (достатъчно) финансово осигурени.

✓ Четвърто, въвеждат се без предварителна оценка на въздействието, което увеличават риска на резултатите (последните години това вече е изискване на законодателя);

✓ Пето, последващата оценка често е формална – даже и в докладите за одит на изпълнение на Сметната палата.

По-конкретно основните регулативни инструменти са в три посоки:

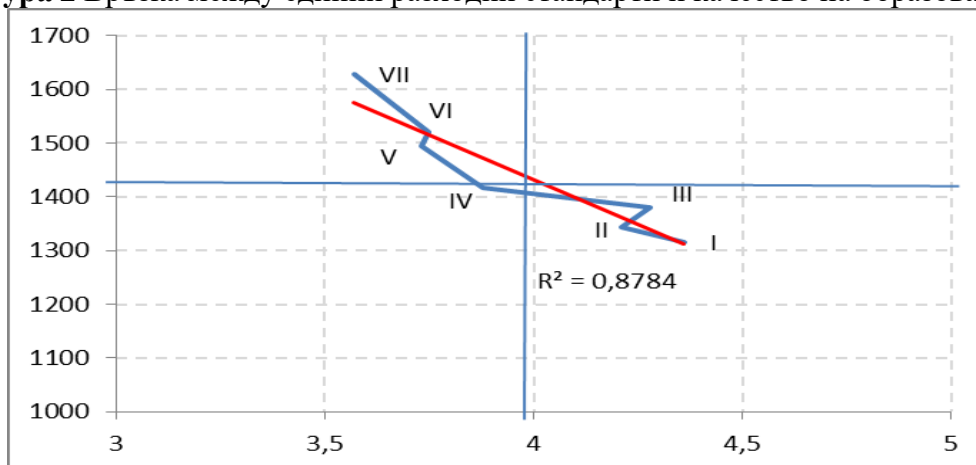
✓ *Чрез използването на финансови лостове* – предимно субсидирани и регулирани цени; данъчни преференции; индивидуални целеви субсидии (стипендии, социални помощи и др.). Подходът използва преки и косвени финансови регулации, но е лимитиран от обема на публичните разходи. Въпреки тяхното значително номинално нарастване в последните десет години, те са крайно недостатъчни и за трите сектора. Така например публичните разходи за образование варират между 3,5% до 4,0% от БВП (в ЕС-28 – средно 5,2%), а за здравеопазване са 3,7% до 4,8%, при средно за страните от ЕС 7,2%;

✓ *Въвеждането на конкретни секторни модели* на развитие изисква изключително прецизно формиране на техните параметри. Автоматичното пренасяне на чужди практики се оказва нецелесъобразно, а честата промяна на копираните модели – изключително неефективно (пример – здравните реформи);

✓ Разработването на стратегиите за развитие, акцентират на целите – равнопоставеност и равен достъп, но „бяга“ *качеството*. Всички последващи действия сочат, че публичното предлагане в значителна степен реализира равния достъп, но честно пъти това влиза в конфликт с равнопоставеността.

Последните цитирани особености са най-ясно осезаеми през призмата на качеството и примерът на фигура 2 е илюстрация в подкрепа. Финансирането на училищното образование, както е известно, става на база диференцирани стандарти за издръжка, при което тя е най-висока за най-малките и обезлюдени общини. Очевидно презумпцията на законодателя е да се осигури равен достъп, но данните сочат, че пренебрегването на икономическите критерии за сметка на социалните генерира редица негативни ефекти (фиг. 2).

Фигура 2 Връзка между единни разходни стандарти и качество на образованието



Източник: Opendata, 2017 г.

Видно от графиката, общините с най-висока средна издръжка (V, VI и VII група) показват и най-ниски резултати, измерени чрез средните оценки от националното външно оценяване (7-и клас) – коефициент на корелация 0,878. Допълнителните изследвания дават основание и за по-конкретни изводи в посока на тезата, че пренебрегването на икономическите критерии за оценка е рисково и води да значими социални дефекти. Често управляващите се изкушават зад социалните цели да скрият реалното преследване и извличане на политически дивиденди.

Подобни примери и от трите области на предоставяне на социални услуги реално дават отговор на въпроса защо въпреки декларираните реформи вече 20 години не е оптимизирана образователната мрежа, защо не е балансирана националната здравна карта; защо пакетът от социални услуги е толкова различен по региони и процесът на деинституционализация „буксува“.

5. Изводи

Краткото изложение дава основание за няколко съществени извода:

- 1) Честа промяната на политическите решения за развитие на значими обществени области (и на тази основа перманентни промени в законодателството) създават риск и несигурност при управлението на различни нива в секторите на съответните услуги;
- 2) Системното недофинансиране на съответните сектори (публични разходи за здравеопазване под 4,4% от БВП; под 4% за образование; под 0,1% за дългосрочните грижи за възрастни хора и т.н.) е рисково за тяхното развитие.
- 3) Неработещата регулация и тромава бюрократични процедури, както и бавното протичане на процесите на децентрализация също спъват развитието на секторите.

Очевиден резултат от наблюдаваните недостатъци е създаването на продукт с ниско качество и ниска външна конкурентоспособност.

Библиография

1. Вълчева, Л., С. Аспарухов, А. Манолова, А. Найденов, 2017. Систематизация и сравнителен анализ за състоянието на държавните висши училища в България: предизвикателства за успешна реформа. 20.06.2017 г.
2. Гладилов, С., Делчева, Е., Икономика на здравеопазването, С., Принцепс, 2009
3. Делчева, Е., и кол., 2014. Инструменти за повишаване на качеството на публичните услуги, УИ Стопанство, С., ИК на УНСС
4. Николов, А. 2017. Финансиране на училищата. Ефекти върху бюджетирването, заплатите и качеството на образованието. С., ИПИ
5. Първанова, Й., Съвременното училище между децентрализацията, конкуренцията и автономността. В търсене на управленски баланс, изд. Колбис, С., 2015
6. Цоков, Г., Приватизацията в българското училищно образование, сп. Посоки, бр.5, 2003, с.42-48
7. Belfield, C. R: The Privatization and Marketization of US Schooling, 2002
8. Jurse, M., V. Potocan, changing nature of competition in knowledge market: sustainability of market position of business schools in the process of education market opening to international competition, Maribor, 2005
9. Porter M., E. Tiesberg, 2004, Redefining competition in health care, Harvard business review, June, 2004
10. Stefenhagena, S., Public university management under new conditions og change, Enterprises in turbulent environment, 2th International Conference, Riga, 2012