

---

## БАЛАНС МЕЖДУ ПУБЛИЧНО И ЧАСТНО ПРЕДЛАГАНЕ В СОЦИАЛНАТА СФЕРА

Евгения Пенкова, Деница Горчилова, Александър Вълков  
УНСС, катедра „Публична администрация“

**Резюме:** Публикацията представя резултати от проучване на пазарните и непазарните алтернативи при публично финансираните услуги в България през последната декада. Очертават се водещите тенденции в структурата на предлагане (публично – частно) в три основни сектора: здравеопазване, образование и социални услуги. Авторите съставят обзорна обща и секторни картини на предлагането чрез проследяване на ключови индикатори в четири направления: предлагащи съответните услуги субекти, териториалното им разположение (мрежа) и достъпност, вида и обема на предлаганите услуги, и свързаните с тях резултати. На основата на емпирични данни са направени обобщения за състоянието и предимствата на публичното и частното предлагане.

**Ключови думи:** публичен сектор, частен сектор, здравеопазване, образование, социални услуги, предлагане

---

---

## PUBLIC - PRIVATE SUPPLY BALANCE IN THE SOCIAL SPHERE

*Evgenia Penkova, Denitsa Gorchilova, Alexander Valkov  
UNWE, Public Administration department*

**Abstract:** *The article presents some results from a study on the market and nonmarket alternatives in public financed services in Bulgaria in the last decade. The main trends in the supply structure (public - private) are outlined in three essential sectors: healthcare, education and social services. The authors present an overview and sectoral surveys of the supply-side by analyzing key indicators in four dimensions: the subjects that supply the corresponding services, their territorial network and accessibility, the type and quantity of the services offered and their results. That empirical data serves as a base for conclusions about the current situation and the advantages of the public and private supply.*

**Key words:** *public sector, private sector, healthcare, education, social services, supply*

---

Публично финансираните услуги в България (здравеопазване, образование и социални услуги) са обект на реформиране вече над 20 години с променливи резултати. Тяхната значимост за икономическото и социално развитие на страната може да бъде илюстрирана с дела, които те формират в консолидираната фискална програма. През периода 2007-2016 год. разходите за функциите „образование“, „здравеопазване“ и „социално осигуряване, подпомагане и грижи“ са средно 20,2% от БВП, с най-ниска стойност от 17,9% през 2007 год., нарастване до 22,3% през 2014 год. и установяване на около 21% през последните две години на периода. Стойността на разходите за социалната сфера в абсолютно изражение нарастват ежегодно и почти се удвояват през наблюдавания период – от 11 355,8 млн. лева през 2007 год. до 19 308,3 млн. лева през 2016 год.

Измененията в характеристиките на предлагането на публично финансирани услуги са част от по-обхватно изследване, провеждано в четири вълни от авторския екип през 1998-1999, 2005-2007, 2011-2013 и 2016-2018 год.<sup>1</sup> Настоящият анализ е концентриран върху навлизането на частни форми в предлагането на здравни, образователни и социални услуги; измененията в мрежата на субектите от страна на предлагането; вида и обема на предлаганите услуги

<sup>1</sup>Вж. Делчева, Е. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, УИ „Стопанство“, С., 2000; Делчева, Е. и кол., Пазарна трансформация на социално-културната сфера, УИ „Стопанство“, С., 2007; Делчева, Е. и кол., Инструменти за повишаване на качеството на публичните услуги, УИ „Стопанство“, С., 2014 и публикации по проект НИД НИ 3/2016 „Пазарни и непазарни алтернативи при публично финансираните услуги“ (под печат).

и постиганите от съответните сектори резултати. Измененията в баланса между публичното и частното предлагане създават среда за взаимно проникване и „пренос“ на дефекти от пазарен и непазарен характер, основа за формирането и провеждането на разумни, дългосрочни и успешни секторни публични политики.

## Дискусия

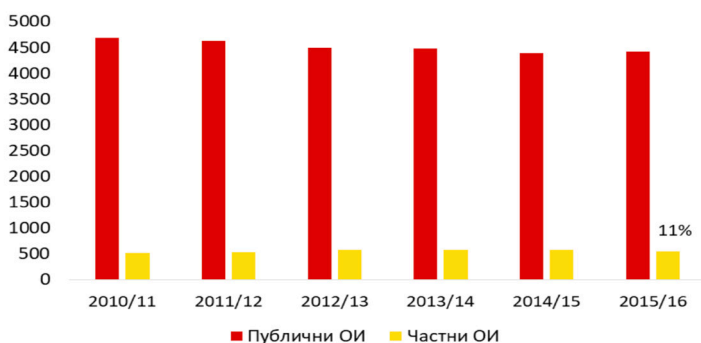
### 1. Доминиращ публичен образователен сектор

За разглеждания период в образованието са налице следните тенденции:

#### (1) Образователни институции

За приключила учебната 2016/2017 година общият брой на образователните институции в страната е 4 778, от които 547 частни, като преобладаващи са тези в системата на предучилищното и училищно образование.

**Фигура 1:** Брой публични и частни образователни институции



Източник: По данни на НСИ, 2017 г.

Съобразно общите демографски тенденции е налице свиване на образователния сектор – общо за периода (2006-2016 г.) образователните институции намаляват с 4,5%. В рамките на тази отрицателна динамика са налице и някои разнопосочни процеси:

а) Публичните структури намаляват, най-осезаемо при общообразователните училища, които са 82% от всички институции – спад от 197 и при ДГ (спад 93). Паралелно с това на

образователния пазар навлизат значителен брой нови частни структури - 43 детски градини и 30 центрове за професионално обучение. Тези процеси не променят общата картина в публичното и частно предлагане. Доминиращ си остава публичния образователен сектор, а частните институции за последната година са 11% от общия брой (ръст около 1 п.п. спрямо 2006 г.);

б) В рамките на общата динамика на образователния сектор, за висшето образование е налице относителна устойчивост. През учебната 2016/17 г. функционират общо 54 образователни институции (при 53 в началото на периода), от които 50 университети и специализирани висши училища (СВУ) и 4 самостоятелни колежи, които са частни. Положителна динамика е налице само при частните ВУ, които от 9 през 2011 г. достигат до 13 през 2017 г. т.е. понастоящем един от четири университета у нас е частен.

## **(2) Образователна мрежа**

Налице са различия в зависимост формата на собственост на институциите и равнището на образование:

а) Публичните институции са относително равномерно разположени по територията на страната, в т.ч. и висшите училища (изкл. крайните части на Северозападния и Североизточен региони). Тук проблем се явяват различията в капацитета на институциите и неговото оползотворяване по области и особено по общини. Така например, средният брой ученици в едно училище в най-големите общини (I група) е 518,21, докато в малките е 156,35<sup>2</sup>. Тези разлики не могат да се компенсират, особено с прилагането на диференцираните стандарти за издръжка и са предпоставка за неикономично изразходване на средствата за училищно образование. Във висшето образование ниеразликите в оползотворяване на капацитета са още по-големи, при средно за страната около 3 хил. студенти във ВУ вариациите са значителни ( $V=101,4\%$ )<sup>3</sup>. Така например, за последната

<sup>2</sup> Николов, А. Финансиране на училищата, ИПИ, 2017

<sup>3</sup> Вълчева, Л., кол. Систематизация и сравнителен анализ за състоянието на държавните висши училища в България: предизвикателства за успешна реформа. НБС ВОИ-КНСБ, 2017

б) Частните институции са съсредоточени в големите населени места, т.е. там където е и платтежоспособното търсене на образователни услуги. Например, половината от тях са в София, а в 16 области на страната (Видин, Враца, Габрово, Кюстендил, Ловеч, Монтана, Пазарджик, Перник, Плевен, Разград, Силистра, Сливен, Смолян, Търговище, Хасково и Ямбол) няма нито едно частно училище. Относително по-равномерно е разпределението на професионалните колежи (но и от тях 50% са в София) и най-вече при висшите училища - София, Пловдив, Варна, Бургас, Благоевград, Стара Загора и Плевен.

### **(3) Вид и обем на предлагането**

а) В публичния сектор се предлага цялата гама образователни услуги. В училищното образование се осъществява обучение по 56 професионални направления, 250 професии и 580 специалности, а висшите училища предлагат специалности по всичките 9 научни области и 52 професионални направления (само СУ предлага подготовка по 118 специалности в 28 направления).

б) Значително по-свит е продуктивният портфейл на частното образование. То е насочено изцяло към търсенето и е съобразено с ниските производствени разходи за производителите. По тази причина над 2/3 от частните училища предлагат чуждоезиково обучение (в т.ч. и ранно), в средното професионално образование 75% е в областите икономика, администрация, сигурност и туризъм. Частните висши училища покриват малко над половината от професионалните направления - 28 от общо 52. При това предлагането е ориентирано главно към социалните, стопански и правни науки (област III) и изкуствата (област VIII). Слабо е предлагането на техническите специалности (4 от всичките 13 професионални направления), а по 24 професионални направления, сред които педагогика, физика, химия, енергетика, транспорт, металургия, био и хранителни технологии, медицина, стоматология, фармация, здравни грижи, спорт, ветеринарна медицина, животновъдство и др. не се обучават студенти.

### **(4) Образователни резултати**

А) За изследвания период са налице позитивни изменения и в два основни количествени индикатора за обхват на

учащите се: нетен коефициент на записване и ранно отпаднали от образователната система<sup>4</sup>.

а) данните сочат, че нетният коефициент на записване за изследвания период е най-висок на равнище I-IV клас, където обхватът е в диапазона от 95,8% и 92,1% (спад през последната година с 3,7 п.п.). Обхватът е най-нисък за горните образователни степени (IX-XII клас): през последната учебна година 19,6%, т.е. почти една пета от тази възрастова група не са обхванати във формалната образователна система;

б) за разглеждания период значително се редуцира броят на отпадналите, в т.ч. и на ранно отпадналите от образователната система. Така от общо близо 30 хиляди (28 885) отпаднали през 2006 година, техният брой се свива до 21 058 през 2016 г., при това основната редукция е в диапазона V-VIII клас.

Динамиката на горните два Тпоказателя дава основание за някои изводи:

- основен проблем на училищното образование е прогимназиалното, където нетният коефициент на записване е най-нисък (78,2%), а процентът на отпадащите най-висок – 3,8%; в училище, а обхващането (приобщаването на определени групи) към системата на средното образование;

- проблем за средното образование е не задържането

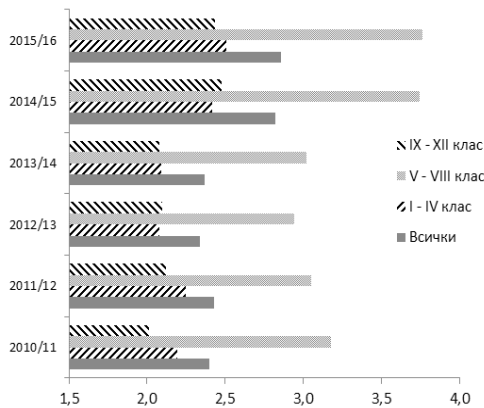
- обобщаването на тези показатели по методологията на Евростат<sup>5</sup> води до отчитането на високи процент ранно отпаднали общо за образованието у нас. По данни на Евростат (2017 г.) е налице нарастване на процента на отпадащите с 2 п.п. за периода 2011 – 2016 г. от 11,8% на 13,8%, което е с 3,1 п.п. над средните за страните от ЕС и с 2,8 п.п. над целевите стойности на индикатора за България (11%) по Стратегия 2020.

<sup>4</sup> Данните от НСИ са общо за двата сектора.

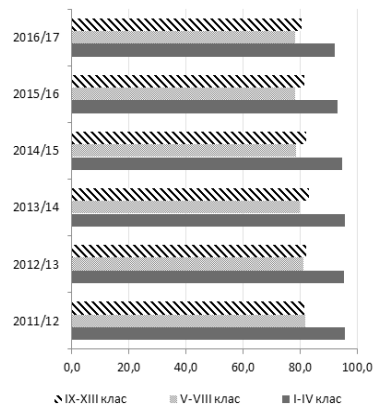
<sup>5</sup> Индикаторът се определя като процент от населението на възраст между 18 и 24 години по-ниско от средно образование и които не са обхванати в други форми на формално или неформално образование. Нивото на средно образование се отнася до ниво 0-2 за ISCED (2011) и за ниво от 0-3C ISCED (1997) за данни до 2013 г. Индикаторът се основава на изследването на работната сила на ЕС.

**Фигура 2**

Отпаднали от училище



Нетен коефициент на записване



Източник: По данни на НСИ, 2017

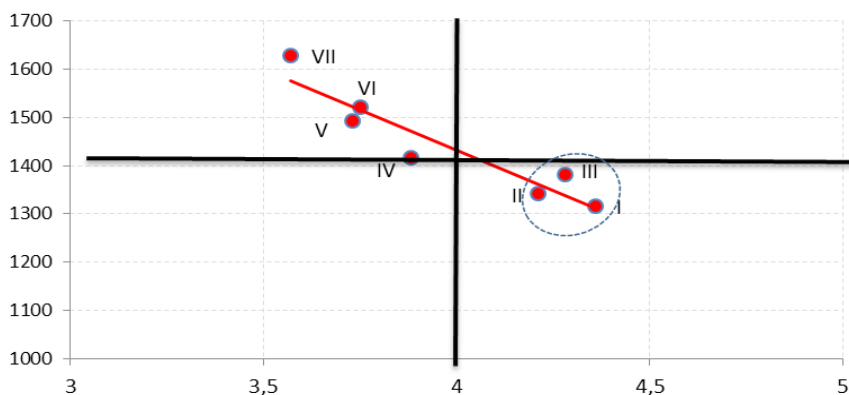
Б) За оценка на качеството, се използват: резултатите от националното външно оценяване (НВО) и държавните зрелостни изпити (ДЗИ) за училищното образование и индикаторите от рейтинговата система на висшите училища в България (РСВУ) - за висшата образователна степен. На базата на анализа на тези индикатори качеството на образователния продукт в двата сектора бележи различни тенденции :

а) Публичният сектор не дава значими индикации за повишаване на качеството на образованието у нас, в т.ч. и в международен план. Резултатите от НВО за 7-ми клас показват, че публичният сектор е под натиска на силната конкуренция на частните училища и в последните години значително отстъпва в общите класации. Например, в София, резултатите сочат, че в „топ 10“ по БЕЛ са четири общински училища, съответно на 4, 6, 9 и 10 позиция , а по МАТ - 5 училища, съответно на 1 (СМГ), 5-та, 7-ма, 9 и 10-та позиция, като разликите между първите 3 и останалите са значителни (2017 г.). Следва да се отбележи, че и териториалните различия в качеството са много големи. Подобни са изводите и за ДЗИ: големи различия в оценките София (с малки изключение Смолян, Пловдив) и провинция (в



Кърджали и Ямбол 1/5 от завършващите имат слаби оценки за 2017 г., съответно 5,01 и 3,79). Тези разлики в качеството на подготовката са изключително притеснителни, особено като се има предвид диференцирания (т.е. по-високия) норматив в малките населени места. Изследването на връзката: Единен разходен стандарт (ЕРС) по групи общини - усреднени резултати от НВО по БЕЛ в тях сочи<sup>6</sup>, че и налице е силна зависимост между двата параметъра (коефициент на корелация  $r=0,878$ ). Средните стойности на двата показателя (посочени на фигура 3 с плътни линии) обособяват четири полета за позициониране на училищата. Спрямо тях се очертават два модела на обучение: (а) висока издръжка с ниско качество (в малките общини и населени места) и (б) ниска издръжка с високо качество (в големите общини и населени места).

**Фигура 3:** ЕРС по групи общини и качество на обучението



Източник: По данни на Opendata, 2017 г.

<sup>6</sup> Вж. Пазарни и непазарни алтернативи на публично финансираните услуги, НИД НИ -3/2016, УНСС

б) Качеството на създавания продукт в частния сектор придобива все по-големи конкурентни предимства, както в основното, така и във висшето образование. Така напр., резултатите от НВО (7-ми клас) ясно показват предимствата на подготовката в частните училища не само в София и в страната и по трите предмета, като най-силна е чуждоезиковото обучение и БЕЛ. Данните сочат, че при последните обобщени резултати (2017/2018 година) по чужд език, например от първата 20-ца са 16 частни училища, а по БЕЛ - 11. Частните висши училища също попълват челни места в РСВУ в България във водещи ПН като: икономика, ОКИ, Администрация и управление и Изкуства и в конкуренция с държавни висши училища с утвърдени стогодишни позиции. Сред последните трайни позиции в първите 10 от 2012 година насам, заемат НБУ, АУ, ВСУ.

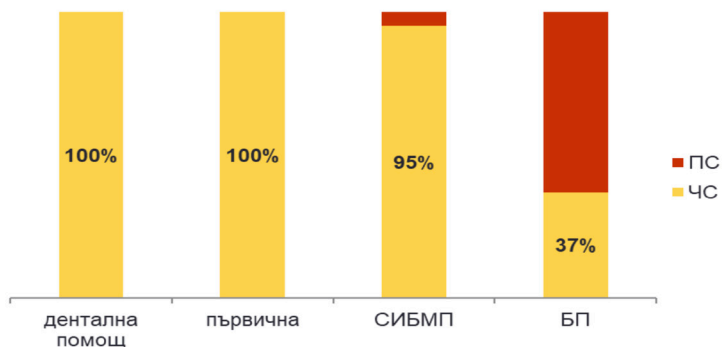
## **2. Паралелни здравни системи**

За разглеждания период в здравеопазването са налице следните тенденции:

### **(1) Здравни заведения**

Налице е процес на силна трансформация на доставчиците на здравни услуги и „завладяване“ на сектора от частни структури. Денталната и първична здравна помощ е изцяло частна, както и 95% от специализираната извънболнична помощ (СИБМП). Публичното предлагане е доминиращо (63%) само в болничната помощ (БП,) но едновременно с това броят на частните болници общо за страната се удвоява за периода от 54 на 111, а дейността им нараства с 97%.

**Фигура 4:** Баланс между публичното и частно предлагане на здравни услуги по видове медицинска помощ



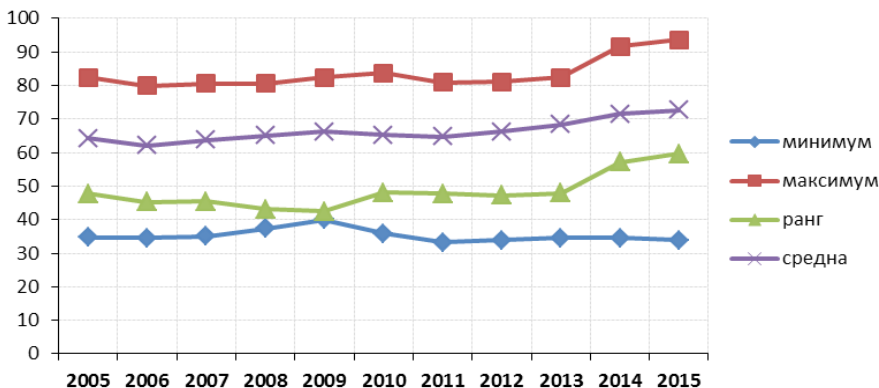
Източник: По данни на НСИ, 2017

## (2) Здравна мрежа

Дефект на цялата система е значимото неравенство на предоставяне на здравни услуги – концентрация в големите и университетските градове, липса на пълно покритие на населението от малки населени места, липса на добри лекари специалисти и аптеки в много от населените места. Неравномерността не само че не намалява, а нараства. Така например:

а) в публичния сектор показателят „осигуреност с лекари на 10 000 души население“ има подобна динамика – с нарастващи неравенства. Най-много лекари спрямо населението има в област Плевен, а най-малко са те в Търговище, Разград, Силистра. (Делчева Е., 2015, Делчева Е., 2016 и др.). Още по-голямо е неравенството в мрежата, измерено чрез показателя „осигуреност с болнични легла на 10 000 жители“. На фигурата се вижда, че рангът на неравенството нараства над средната величина;

**Фигура 5:** Осигуреност с болнични легла на 10 000 души



Източник: Собствени изчисления, по данни на НСИ, 2016

б) въпреки разширяването на частния сектор, в пет области в страната няма нито една частна болница.

Горните тенденции водят до развитие на несъвършени пазарни отношения: насочване към определени частни лечебни и здравни заведения, олигополни структури в големите градове и монополни в малките. При тази картина се наблюдава т.н. „опасност от предприемчивост“, особено насочена към скъпоструващи дейности - напр. интервенционална кардиология.

### **(3) Вид и обем на предлагането**

Частният сектор предлага цялата гама продукти и услуги в областта на денталната и извънболнична (първична, специализирана, диагностика) здравна помощ, т.е. това са услуги, при които липсват публични доставчици. Следователно, налице е огромен дисбаланс в тяхното предлагане.

Коренно различни тенденции са налице в предлаганите продукти и услуги в болничната помощ:

а) максимално широко публично предлагане на всички услуги, в т.ч. най-сложните операции като трансплантации на бъбрек, черен дроб, сърце.

б) въпреки значителното нарастване на частния болничен сектор (включително и наличието на големи многопрофилни болници) тук се предлагат селектирани услуги, които имат ви-

соко търсене и/или гарантирано публично финансиране, напр. кардиологични интервенционални дейности. В същото време не са представени най-скъпоструващите и рискови услуги – трансплантации, противотуберкулозни и психиатрични грижи. Тази констатация извежда значими дефекти на пазарното предлагане – непълен пазар, съчетан с т.нар. „обиране на каймака“.

В областта на профилактиката и промоцията на здраве и двата сектора са в огромен дефицит (Салчев, П., 2012 ):

а) само за периода 2007-2013 г. относителният дял на публичните разходи за профилактика и промоция на здравето намаляват с 5 п.п. (от 24,43% на 19,5%), а плащанията на НЗОК за профилактични прегледи (като процент от общите разходи за първична извънболнична медицинска помощ) от 19,15% . на 17,57% ;

б) в портфейла на частното предлагане тези услуги въобще липсват.

#### **(4) Здравни резултати**

А) Налице са общи положителни тенденции в динамиката на количествените показатели и за двата сектора. За изследвания период са налице позитивни изменения в основни количествени индикатора за БП, например преминали болни, болнични легла (капацитет) и използваемост на леглата и т.н.:

а) броят на преминалите болни в публичните лечебни заведения за болнична помощ (ЛЗБП) нараства до 1,59 милиона, но в края на периода се свива до 1,49 милиона вероятно поради разрасналата се дейност на частните болници и регулациите на НЗОК. Използваемостта на леглата намалява непрекъснато от 281 дни в годината до 248 дни, което е равно на 67,9% - твърде ниска използваемост, говореща за неефективност на публичните ресурси;

б) разширяването на частния сектор е свързано с обслужването на по-голям контингент пациенти, като преминалите болни за периода нарастват почти 8 пъти (от 77 552 през 2006 г. на 614 441 през 2016 г.), а осигурените болнични легла – 4 пъти и към момента са почти 20% от общия леглови фонд в системата на БП.

Видно е, че като брой преминали болни съотношението се променя значително в полза на частния сектор, който в началото на периода обхваща едва 5% от пациентите в страната, а през 2016 година вече над 43%.

Б) За оценка на качеството се използват различни здравни показатели – интегралния показател *продължителност на живота и леталитет*, в т.ч. детска смъртност. Доколкото първият показател е комплексен индикатор за ефективността на здравната система, то той може да се диференцира по сектори. Данните сочат, че за разглеждания период по тези интегрални показатели няма индикации за подобряване на качеството на здравеопазването. Така например по данни за 2015 г., детската смъртност у нас (9,3%) е три пъти по-висока от тази в ЕС (3,8%) и старите страни членки и с почти 50% по-висока от новите страни членки (Health for all – Data base, 2017). Сравненията по интегралния показател за здравни резултати „продължителност на живота“, сочи, че в България (74,49)<sup>7</sup> тя е с 6-7 години под средното ниво за ЕС (80,78) и старите страни членки, както и с 2 години от съпоставимите страни членки (76,74), присъединени след 2004 г. След 2009 г. разликата започва да се увеличава, което говори за влошаване на функционирането на здравната ни система и всички останали фактори влияещи върху здравето.

Данните за леталитета в БП в двата сектора сочат различни тенденции:

а) в публичните болници стойностите на показателя се движат в диапазона 1,4-1,5% което може да се оцени като добро постижение;

б) в частния сектор леталитетът нараства за периода 2006/16 година от 0,1% на 0,5, което се дължи на разкриването на големи многопрофилни болници в сектора.

**Таблица 1:** Леталитет в публичните и частни ЛЗБП

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
<b>Публични ЛЗБП</b>	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,6
<b>Частни ЛЗБП</b>	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5

Източник: НЦОЗА, 2017

<sup>7</sup> Данни са за 2015 година, Health for all – Data base, 2017

В сравнителен план леталитетът в частните лечебни заведения е 3 пъти по-нисък. Но възможна причина за това може да е и „обиране на каймака“ – подбор на пациенти с по-ниски здравни рискове и носещи по-високи доходи. Следователно, не може да се направи категоричен извод за по-висока ефективност, но има индикации за по-добро качество на БП в частните болници.

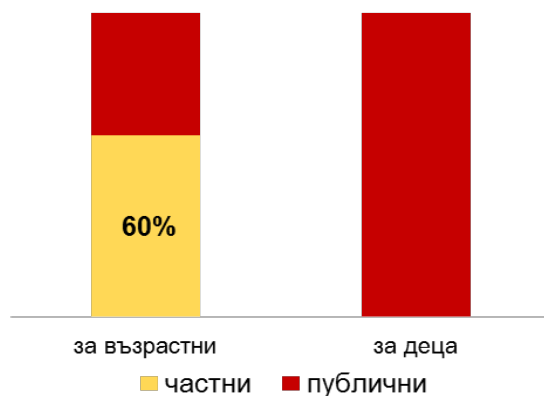
### 3. Сектор „Социални услуги“: смесено предлагане на фона на деинституционализация

За периода 2007-2016 год. при социалните услуги са налице следните тенденции:

#### (1) Социални институции

Вследствие възприетата политика по деинституционализация, предоставянето на социални услуги се измества от познатата мрежа от домове за деца и възрастни към услуги, оказвани в близка до семейната среда. Общият брой на институциите за възрастни хора не намалява съществено: от 179 през 2006 г. до 160 през 2015 г. Рязко се свива броят на специализираните институции за деца – те спадат трикратно от 112 до 56 в края на периода. Успоредно с това с динамични темпове се създават структури, които предоставят т.нар. „услуги в общността“ – общият им брой в страната надхвърля 1100.

**Фигура 6:** Социални услуги, предоставяни в институции към 20



Източник: Собствени изчисления по данни от отчети на АСП

Съотношението публични - частни субекти е коренно различно в зависимост от типа предоставяна социална услуга.

а) Публичният сектор (в лицето на държавата) запазва своето присъствие само при домовете за медико-социални грижи за деца до 3-годишна възраст. Въведени като форма за деинституционализация през 2010 г., те намаляват като абсолютен брой и капацитет вследствие политиката по предотвратяване на изоставянето на бебета и разширяването на мрежата от социални услуги в общността. През 2010 г. в страната функционират 32 ДМСГД с капацитет 3854 деца, а през 2016 г. те са 17 с капацитет от 1114 места.

б) Деконцентрацията в сферата на социалните услуги прехвърля отговорности по тяхното планиране, финансиране, възлагане, предоставяне и контрол на общините. Функциите на българските общини като доставчик на социални услуги не подлежат на вписване в регистри и поради това липсва ясна статистика за този сегмент на публичното предлагане.

**Фигура 7:** Социални услуги, предоставяни в общността към 2016 г.



Източник: Собствени изчисления по данни от отчети на АСП

в) Частната алтернатива навлиза изключително динамично, особено при услугите, предоставяни в общността:

- Всички кризисни центрове и социални учебно-професионални центрове в страната се поддържат от частни структури. Частната алтернатива преобладава и при дневните цен-



трове за възрастни с увреждания и стари хора (90% от структурите), центровете за временно настаняване (69%) и звената „Майка и бебе“.

- Непривлекателни за частното предлагане (под една трета от общия брой структури) са формите, създадени за извеждане на децата от специализирани институции – наблюдавано и преходно жилище, центрове за настаняване от семеен тип, центрове за работа с деца на улицата и др. Въпреки това при всички съществуващи форми на социални услуги в общността се наблюдава навлизане на частни доставчици.

- Няма частни доставчици при специализираните институции за деца, но 60% от предлагането на услуги за възрастни (най-вече домове за стари хора) е частно.

## **(2) Социална мрежа**

Мрежата от структури, предлагащи социални услуги, се изменя значително между 2007 и 2016 год.:

а) Успоредно с променящият се баланс между публични и частни субекти, в мрежата от доставчици на социални услуги се наблюдава усложняване и уплътняване с непознати до момента услуги. Към края на 2016 г. в страната функционират 10 вида специализирани институции за деца и възрастни хора, 10 вида социални услуги в общността, предоставяни от общините местни дейности и 15 вида социални услуги от резидентен тип.

Положителна тенденция е постепенното намаление на общините в България, към които не се насочват публични ресурси под формата на делегирани от държавата дейности. В началото на периода 45% от общините не са получавали централизирано финансиране за предоставяне на социални услуги, а към 2016 г. този дял вече е 20% или 53 общини. Това не изключва възможността в тях социалните услуги да се финансират от местни или неправителствени източници.

**Фигура 8:** Новорегистрирани частни доставчици на социални услуги



*Източник: Собствени изчисления по данни от отчети на АСП*

б) Отварянето на сферата на социалните услуги за частни субекти привлече два основни типа нови доставчици:

- Юридически лица – търговци (еднолични търговци или различни видове търговски дружества). Те се ориентират основно към предлагането на услуги в домашна среда, обществени трапезарии и домове за стари хора. Това са социални услуги, които се финансират от местни бюджети или на пазарни принципи.

- Неправителствени организации (сдружения и фондации). Те са единствените частни доставчици на социалните услуги център за временно настаняване, приют, кризисен център и основни доставчици на услугите преходно, защитено и наблюдавано жилище.

в) Участието на частна инициатива осигурява и специфични за потребностите в конкретни общини социални услуги от рода на горещи телефонни линии, бюра за социални услуги, мобилни центрове, консултативни и контактни центрове, подкрепено вземане на решение, експерт от опит и др.

### **(3) Вид и обем на социалните услуги**

„Класическите“ частни структури (юридически и физически лица, регистрирани по Търговския закон) преобладават

при предлагането на услуги в специализирани институции за възрастни (основно домове за стари хора и хосписи) – в тази група те са близо 7 пъти повече от НПО – и при предлагането на услуги в домашна среда (домашен социален патронаж) – в съотношение 2:1 с НПО.

Неправителствените организации са водещ частен доставчик на социални услуги от резидентен тип и на социални услуги в общността. Те се възприемат като предпочитан доставчик от общините поради своята иновативност, относителна управленска самостоятелност и способност да привличат допълнителни финансови ресурси (като проектно финансиране, чрез спонсорства, дарителство, кампании за набиране на средства), а от потребителите – заради близостта си до тях, наличието на специфична експертиза и гъвкавостта при оказване на услугата.

#### **(4) Резултати**

Разглежданият 10-годишен период променя съществено баланса между публично и частно предлагане в системата на социалните услуги:

- Броят на децата в специализирани институции намалява с 6355;
- Специализираните институции за деца (управлявани от държавата) от 137 намаляват до 46;
- През 2009 год. се появява професията на приемния родител и в края на 2016 год. у нас има 33 доброволни и 2507 професионални приемни семейства.

Държавата се оттегля от ролята си на доставчик на социални услуги и отваря възможността общините и частни структури да осъществяват тази дейност, включително и под формата на публично-частни партньорства. До края на периода са закрити всички домове за деца с физически увреждания и с умствена изостаналост. С постоянни темпове се разкриват нови социални услуги в общността за деца – за периода това са общо 570 услуги със сумарен капацитет 7498 места.

В областта на грижите за пълнолетни лица промяната в баланса между публично и частно е далеч по-бавна. Поради наличието на хора с различни видове увреждания и високо търсене, специализираните институции за възрастни се стабилизират на около 160 за страната, в т.ч. 81 дома за стари

хора. Капацитетът на тези структури също е относително постоянен – около 11 хил. места. Въпреки частичните данни, достъпни в годишните отчети на Агенцията за социално подпомагане, все пак може да се очертае тенденция за натрупване и на услуги в общността за възрастни – през 2016 г. те вече надхвърлят 600 броя.

Друг аспект на все още ниската ефективност на постигнатите от реформите резултати е наличието на неоползотворен капацитет. Разминаванията между налични и заети места в домовете за деца, лишени от родителски грижи се колебаят в отделни години между 1200 и 700 места. Не чак толкова сериозни диспропорции има и в социалните услуги в общността, а от друга страна при центровете за обществена подкрепа, центровете за настаняване от семеен тип и центровете за социална рехабилитация и интеграция се работи при свръхпълняемост.

### Обобщение

**(1) Балансът между публичното и частното в сектор „здравеопазване“** може да бъде обобщен по следния начин:

- Публичният сектор доминира в здравеопазването. Въпреки че според собствеността на активите той се ограничава до малко специализирани извънболнични заведения и над 200 болници, според източника на финансиране – публично финансиране – от НЗОК, МЗ и др. институции секторът преобладава в болничната помощ (90%), но намалява при извънболничната помощ (до 70%) и най-вече при лекарствата и други стоки продавани от аптеки (до 20%).

- Публичните болници доминират в здравната мрежа, при намаляващи показатели за дейност и използваемост. Леталитетът е стабилен, но в пъти по-висок от този на частните болници.

- Частният сектор в здравеопазването нараства и в двете му измерения – брой на частни лечебни заведения и частно финансиране. Той е доминиращ в извънболничната помощ и при лекарствата и се разраства в болничната помощ. Частните болници са почти два пъти по-малко от публичните, а дейността им е 2,4 пъти по-малка. Все още публичните болници са предпочитани за хоспитализации, тъй като те покриват целия периметър от дейността. Използваемостта на леглата в частни-

те болници е с 12% по-ниска от тази в публичните болници, но тенденциите са към свиване на разликите.

- Повечето частни лечебни заведения имат или претендират за договор с НЗОК, което означава, че общественото финансиране стимулира развитието на частния сектор. Това се отразява в икономически проблеми за обществените лечебни заведения, които трудно издържат на интензивната конкуренция в смесения пазар на здравни услуги. Дълговете на публичните болници към фирми доставчици от редица години се движат между 300-500 милиона лева и почти не се редуцират. Една от причините за това е намаленото търсене на публични здравни услуги поради намаляване на населението при нарастващ брой лечебни заведения. Друга причина са икономически незначимите цени на редица клинични пътеки. Трета причина е големият брой здравно неосигурени лица, които директно ползват спешните отделения и генерират още по-големи загуби на публичните болници. По други клинични пътеки (напр. за интервенционална кардиология) договорените цени осигуряват значителна рентабилност обясняваща бумът на частни лаборатории и клиники по интервенционална кардиология в страната.

- Здравните резултати се подобряват постепенно, но тяхното равнище е в пъти по-слабо от това на здравните системи в ЕС. Това се отнася и за четирите основни показателя за здравни резултати – продължителност на живота, редукция на продължителността на живота поради смърт, детска смъртност и стандартизирана смъртност от сърдечно-съдови заболявания преди 65 г. Следователно развитието на здравната система, разширяването на частния сектор и пропазарните процеси и отношения не водят до повишаване на социалната ефективност.

- Предлагането на образователни услуги от публичните и частни институции е небалансирано:

- Публичните институции имат превес и като относителен дял на (почти 90%) и като обхват на учащите се. Те предлагат пълния микс от образователни услуги както на ниво училищно, така и на ниво висше образование, докато частните структури и на двете равнища предлагат услуги, насочени към платежоспособното търсене и такива, които са икономически изгодни за производителите (доставчиците).

- Налице е и териториален дисбаланс, най-силно изразен в училищното образование, където мрежата от частни училища е предимно в София (50%) и няколко други големи градове, с по-високо от средното за страната равнище на доходите.

- Предимствата на публичния сектор са безспорни по отношение на: обхвата, броя на пазарните структури, тяхното териториално разпределение, осигурен равен достъп до публичен ресурс (за потребители и производители), стремеж към равнопоставеност.

- Същевременно, налице са и редица негативни последици, свързани с публичното предлагане: доказано по-ниско качество (особено в ОУ); повишаване издръжката на обучението без позитивни промени в качеството; отпадащи ученици, в т.ч. ранно напуснали образователната система; дисбаланс в предлагането на специалности (ВО); несъответствие между изискванията на работодателите и формираната подготовка и т.н.

- Като предимства на частното предлагане все повече се откроява качеството на създавания продукт (особено в ОУ и във ВУ), което е и основното конкурентно предимство на сектора. Предлагането на ограничен микс от образователни услуги, макар да е минус за сектора, има позитивен ефект за самите институции. Доколкото те предлагат услуги, ориентирани към пазарното търсене, това им осигурява стабилни финансови постъпления. По съществените недостатъци са свързани с ценовите бариери на входа на системата и неравномерното териториално разпределение, което ограничава равния достъп до образование.

- Балансът между публично и частно предлагане в сферата на социалните услуги е многоаспектен:

- Секторът на социалните услуги претърпява сериозна трансформация в периода 2006-2016 год. Основната цел е извеждането на потребителите от специализирани институции и превеждането им в по-близки до семейната среда социални услуги. Тази реформа е съпътствана от отваряне на достъпа на частни пазарни субекти. По този начин българският социален сектор преминава към смесен модел, който има своите положителни страни и негативи.

- Разграничението публично – частно е донякъде условно. Финансирането на социалните услуги в България е предимно от публични източници – от централния бюджет (чрез делегирани от държавата дейности) и от общинските бюджети (за местните дейности). На второ място, общините могат да изпълняват ролята на възложител или на доставчик на социални услуги.

- Специфично е навлизането на неправителствените организации като частни доставчици на социални услуги. Освен на спечелен на конкурсен принцип публичен ресурс, те могат да привличат и частни средства (дарения, благотворителност, кампанийно набиране), които да влагат за оказване на услуги с публичен характер. Границите между частно и публично допълнително се размиват от проектния характер на финансирането при някои пилотни услуги.

- Териториалните диспропорции се дължат предимно на неравномерното разпределение на населението по територията на страната. Чрез финансови инструменти някои от най-ярките диспропорции (концентрация в големи населени места или наличие на услуги в областите Хасково, Добрич, Плевен и др.) постепенно се тушират.

- Частните доставчици предлагат пълната палитра, предвидена от Закона за социалното подпомагане и я допълват с уникални услуги. Поради строго индивидуалния характер на потребностите, слабата мобилност на потребителите и различните практики на партньорство между частни субекти и общините, пазарите са силно фрагментирани и неконкурентни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вълчева, Л., кол. Систематизация и сравнителен анализ за състоянието на държавните висши училища в България: предизвикателства за успешна реформа. НБС ВОИ-КНСБ, 2017
2. Годишни отчети на Агенция за социално подпомагане, <http://www.asp.government.bg/>
3. Делчева, Е., „Неравенствата в осигуреността на здравеопазването с ресурси“, в: сп. Социална медицина, 2015, 4, с. 4-7
4. Делчева, Е., „Политики за намаляване на различията в осигуреността с ресурси в здравеопазването“, в сб. Перспективи и предизвикателства пред съвременното управление, ИК-УНСС, С., 2016, с. 303-310
5. Николов, А., Финансиране на училищата. Ефекти върху бюджетирането, заплатите и качеството на образованието, ИПИ, 2017, наличен в: [http://ime.bg/var/images/Schools\\_delegated\\_budgets\\_final.pdf](http://ime.bg/var/images/Schools_delegated_budgets_final.pdf)
6. НСИ, Социална статистика, 2017
7. Пазарни и непазарни алтернативи на публично финансираните услуги, научно изследване, НИД НИ -3/2016, УНСС
8. Пенкова, Е., А. Вълков, Емпирични доказателства към ефективността на училищното образование, сп. Икономически и социални алтернативи, 2018, бр. 3
9. Салчев, П., „Здравната политика в областта на профилактиката“, в: сп. Политики, бр. 2012 г.
10. Health at a Glance: Europe 2016
11. Health for all, Data base, August 2017