ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
„COSTIN C. KIRIȚESCU“

Vol. 28-29-30/2002

Colecția BIBLIOTECA ECONOMICĂ

Seria

Probleme economice

FUNDAMENTE ECONOMICE ALE PROTECȚIEI SOCIALE ÎN ROMÂNIA ÎN CONTEXTUL INTEGRĂRII EUROPENE

Maria POENARU
- coordonator -

ISBN 973-85844-9-3

Centrul de Informare și Documentare Economică

ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
INSTITUTUL DE ECONOMIE NAȚIONALĂ

FUNDAMENTE ECONOMICE ALE PROTECȚIEI SOCIALE ÎN ROMÂNIA ÎN CONTEXTUL INTEGRĂRII EUROPENE

Centrul de Informare şi Documentare Economică
Bucureşti, 2002

Volumul de față prezintă tema
"FUNDAMENTE ECONOMICE ALE PROTECȚIEI SOCIALE ÎN ROMÂNIA ÎN CONTEXTUL INTEGRĂRII EUROPENE"
realizată de Institutul de Economie Națională
în cadrul
Programului Național de Cercetare CERES.

Proiectul Institutului Național de Cercetări Economice al Academiei Române
"**Modelarea politicilor economice în perspectiva integrării în Uniunea Europeană şi fundamentarea restructurării economiei României în contextul tranziției spre o nouă Europă**".

Contract 155/2001
Etapa a II-a, P2/6

Coordonator: dr. Maria Poenaru
Colectiv de autori:
dr. Constantin Grigorescu - capitolul 1
dr. Maria Poenaru – capitolul 2
drd. Constanța Petcu – capitolul 3
dr. Maria Molnar – capitolul 4

Editat de CENTRUL DE INFORMARE ŞI DOCUMENTARE ECONOMICĂ
REDACTOR-ŞEF - VALERIU IOAN FRANC
SECRETAR GENERAL DE REDACȚIE - AIDA SARCHIZIAN

REDACTOR: ADELINA BIGICĂ
MACHETARE ŞI TEHNOREDACTARE: VICTOR PREDA; LUMINIȚA LOGIN
CIDE/PROBLEME: P282930_02.doc

Redacția şi administrația: Bucureşti, Calea 13 Septembrie nr. 13, sectorul 5,
cod poştal 76 117, telefon: 0040-1-411 60 75, telefax: 0040-1-411 54 86
Adresa poştală: Bucureşti 5, căsuța poştală 5 - 72

Materialele cuprinse în acest buletin pot fi reproduse numai cu aprobarea
conducerii Institutului Național de Cercetări Economice

Volumele seriei pot fi identificate şi comandate fie în colecție anuală, respectiv ISSN 1222 - 5401,
fie pe fiecare titlu în parte, respectiv pe ISBN alocat fiecărui volum.

Pentru volumul de față: ISBN - 973 - 85844 - 9 - 3

CUPRINS

Capitolul 1 **SISTEMELE DE PENSII** 5

1.1. Reforma sistemelor de pensii în țările Uniunii Europene.....5

1.2. Reforma sistemului de pensii în România 14

Bibliografie 20

Capitolul 2 **SISTEMELE DE SĂNĂTATE** 21

2.1. Introducere 21

2.2. Cadrul economico-social.....22

2.2. Constrângeri economice. Mărimea şi structura resurselor.....24

2.3. Performanțe 31

2.4. Reformele sistemelor de sănătate în unele țări membre ale UE. Obiective şi rezultate.....35

Anexe 42

Bibliografie 45

Capitolul 3 **SISTEMELE DE PROTECȚIE SOCIALĂ A ŞOMERILOR**.....46

3.1. Probleme de funcționalitate şi sustenabilitate.....46

3.2. Reforme organizatorice şi de sistem 53

3.3. Perspective europene în domeniul protecției sociale a şomerilor 65

Bibliografie 68

Capitolul 4 **COMBATEREA SĂRĂCIEI - OBIECTIV AL DEZVOLTĂRII** 69

4.1. Combaterea sărăciei şi a excluderii sociale – obiectivul preocupărilor sociale la nivelul Uniunii Europene.....69

4.2. Dimensiuni ale sărăciei 73

4.2. Profilul sărăciei.....77

4.3. Persistența sărăciei.....80

4.4. Deficitul de venituri.....80

4.5. Coordonate ale excluderii sociale.....81

4.3. Venitul minim garantat - instrument de protecție a persoanelor afectate de sărăcie 83

Anexe 92

Bibliografie 101

Ediție realizată cu asistență financiară din partea Comunității Europene,
grant B7-030-ZZ00 24.03.08.15.
Punctele de vedere exprimate în acest studiu aparțin autorilor şi, prin urmare, nu pot fi considerate în nici un fel ca exprimând punctul de vedere oficial al Comunității Europene

Capitolul 1
SISTEMELE DE PENSII

1.1. Reforma sistemelor de pensii în țările Uniunii Europene

1.1.1. Factori de influență

Reforma sistemelor de pensii ocupă un loc central, în cadrul politicilor sociale din țările Uniunii Europene. Aceasta rezultă din împrejurarea că în prezent, *în UE prestațiile de bătrânețe şi pentru urmaşi reprezintă 12,4% din PIB şi că numeroase procese şi fenomene demografice, sociale şi economice, din ultimul timp, pun probleme serioase pentru finanțarea pensiilor pe termen lung.* Dintre procesele şi fenomenele cu implicații majore pentru sustenabilitatea şi viabilitatea sistemelor de pensii menționăm:

- Îmbătrânirea populației şi creşterea raportului de dependență pentru persoanele vârstnice care, în intervalul 2000-2050, se va dubla, iar cheltuielile pentru pensii în PIB vor creşte, în majoritatea țărilor, cu încă 3-5 puncte procentuale. La nivelul UE 15, estimările privind dependența persoanelor vârstnice, adică raportul dintre persoanele de 64 ani şi populația în vârstă de muncă, indică o creştere de la 26,7% în 2000 la 53,4% în 2050, mărimea indicatorului fiind sensibil superior în țările sudice - Italia (66,8%), Spania (65,7%) şi Grecia (58,7%).

Potrivit proiecțiilor demografice şi a unui scenariu macroeconomic care ia în considerare tendințele economice actuale, precum şi reformele în curs privind regimurile publice de pensii, Comitetul de politică economică din UE a estimat sporul cheltuielilor pentru pensiile publice în PIB în perspectiva anilor 2050. În continuare redăm, pe grupe de țări, sporul cheltuielilor respective în puncte procentuale (p.p.) în momentul de vârf al creşterii lor comparativ cu anul 2000. Astfel:

- în majoritatea cazurilor, efectele îmbătrânirii populației vor conduce la o creştere a cheltuielilor pentru pensiile publice în PIB cu 3,5-4 p.p. şi anume: Belgia (3,7 p.p. în 2040), Danemarca (4,5 p.p. în 2030), Germania (4,3 p.p. în 2050 şi după), Franța (3,9 p.p. în 2030), Irlanda (4,4 p.p. în 2050 şi după), Austria (3,1 p.p. în 2030) şi Finlanda (4,7 p.p. în 2040);
- într-un număr mai mic de cazuri presiunea demografică va fi mai mare, respectiv în Spania (8,3 p.p. în 2050 şi ulterior), în Olanda şi Portugalia (6,2 p.p. din PIB în 2040 şi 2030);
- în foarte puține țări presiunea demografică asupra creşterii cheltuielilor pentru pensiile publice în PIB va fi destul de redusă, mai precis sub 2 p.p. - în Italia şi Spania, unde creşterea ar urma să fie de 1,7 p.p. în 2030.

Creşterea raportului de dependență pentru persoanele vârstnice este un proces obiectiv, şi în perspectiva anilor 2050 nu se va schimba. Elementele de

influență ale raportului amintit au apărut cu mulți ani în urmă şi ele vor continua să acționeze şi în viitor. Ne referim, cu prioritate, la scăderea natalității şi a fertilității precum şi la creşterea speranței de viață. Acestea sunt fenomene demografice de durată care determină îmbătrânirea populației, respectiv creşterea ponderii populației vârstnice în totalul populației.

Rata fertilității totale în Europa de Vest, spre exemplu, a scăzut de la 2,3 copii/femeie în 1950-55 la 1,37 în 1990-95 şi se proiectează o uşoară redresare în 2045-50 (1,79 copii/femeie), dar fără să se depăşească pragul de 2,1 copii/femeie care asigură înlocuirea generațiilor. Pentru aceeaşi zonă geografică speranța de viață la naştere (ambele sexe) a crescut de la 67,6 ani în 1950-55 la 76,5 ani în 1990-95 şi se proiectează un nivel de 82,2 ani în 2045-50.

Cu asemenea tendințe demografice se ajunge nu numai la îmbătrânirea populației, dar şi la scăderea absolută a acesteia. În consecință, pentru acoperirea necesarului de forță de muncă, țările occidentale sunt nevoite să ducă o politică de imigrare, să atragă forță de muncă inclusiv din afara sferei comunitare, evident cu implicații pentru integrarea socio-culturală a populațiilor respective.

- şomajul ridicat şi extinderea locurilor de muncă cu regim de lucru parțial şi a muncilor ocazionale, precum şi extinderea familiilor monoparentale sunt alți factori de influență, care induc elemente de instabilitate pentru veniturile din muncă şi implicit pentru câştigarea drepturilor de pensie de către categoriile de populație implicate.

Concludente, în acest sens, sunt următoarele dimensiuni ale fenomenelor invocate. În UE 15, rata şomajului pe nivele de calificare în anul 2000 a fost de 4,9% pentru calificări înalte, de 7,9% pentru calificări medii şi de 12,1% pentru calificări scăzute. În rândul femeilor, proporția şomajului este şi mai ridicată, respectiv 6,0%, 9,4% şi 14,6%. În context, cu titlu de exemplu, arătăm că proporția forței de muncă ocupată cu timp parțial a ajuns la 15,2% în Irlanda, 7,9% în Spania şi 7,5% în Franța.

Referitor la proporția familiilor cu un singur părinte, datele relevă următoarele niveluri pentru 1998: Franța 12%, Germania 14%, Olanda 15%, Suedia şi Regatul Unit 18%, Danemarca 20%. Proporția acestor familii este în creştere şi este însoțită de o multiplicare a copiilor născuți în afara familiei legale, care în unele țări a ajuns să reprezinte aproape 50% din totalul copiilor născuți vii (Franța, Danemarca, Norvegia şi Suedia, în ultimul caz chiar peste 50%).

1.1.2. Caracteristici ale sistemelor de pensii din țările uniunii Europene

- Sistemele de pensii din țările UE se caracterizează în primul rând prin faptul că ele conțin *o puternică componentă publică obligatorie,* cunoscută şi sub denumirea de primul pilon de pensii. În țările UE există însă şi *regimuri private de pensii facultative* şi anume: fonduri de pensii stabilite prin acorduri între salariați şi patroni, al doilea pilon de pensii şi respectiv planuri individuale de pensii, al treilea pilon. În UE, pilonul al doilea ca şi pilonul al treilea de pensii au căpătat o extindere mai însemnată în numai trei țări - Danemarca, Olanda şi Regatul Unit.

- Toate țările UE au regimuri de pensii publice cuprinzătoare şi, cu excepția Olandei, *sunt bazate pe piața muncii;* ele cuprind obligatoriu lucrătorii din sectorul privat, din sectorul public şi parțial lucrătorii independenți. Regimurile respective de pensii sunt *instituții de asigurări sociale,* câştigarea drepturilor de pensie şi mărimea lor fiind dependente, în principal, de câştigul salarial şi contribuția de asigurări sociale plătită, ca şi de îndeplinirea condițiilor stabilite pentru vârsta de pensionare şi stagiul de cotizare.

Totodată, sistemele publice de pensii, respectiv primul pilon, conțin şi *regimuri de pensii universale;* aceste regimuri de regăsesc în Regatul Unit, Irlanda, Danemarca, Finlanda, Suedia, Olanda, Spania şi Portugalia. De regulă, pensiile universale se acordă persoanelor vârstnice de peste 65-70 ani, cetățeni ai țărilor respective care nu dispun de venituri suficiente. În principal, pensiile au caracter forfetar şi ele se atribuie în funcție de starea materială a persoanelor vârstnice (means-tested regime). Într-un anumit sens, un regim universal de pensii există şi în Franța, unde s-a legalizat acordarea unei alocații speciale persoanelor vârstnice de peste 65 ani care n-au lucrat niciodată şi nu au o pensie de asigurări sociale de bătrânețe.

- Sub aspectul finanțării, regimurile de pensii de asigurări sociale pentru sectorul privat şi pentru persoanele independente sunt relativ asemănătoare; ele sunt finanțate, în principal, potrivit *metodei repartiției* (în limba engleză pay-as-you-go, PAYG) adică din contribuțiile curente plătite de persoanele asigurate - salariați şi persoane independente. În multe cazuri la fondurile constituite prin contribuțiile de asigurări sociale *se adaugă şi o finanțare bugetară de stat.* Asemenea situații există în Belgia, Germania, Grecia, Spania, Franța, Italia, Luxemburg, Austria şi Portugalia. În Danemarca finanțarea se face integral prin fonduri de stat. Menționăm de asemenea, că în Finlanda şi Suedia contribuțiile curente de asigurări sociale sunt parțial acumulate în fonduri distincte.
- Finanțarea regimurilor de pensii pentru sectorul public cunoaşte o şi mai mare diversitate. În patru țări membre UE, respectiv în Belgia, Danemarca, Germania şi Grecia finanțarea pensiilor funcționarilor publici se face exclusiv prin bugetul de stat, iar în Regatul Unit şi Irlanda finanțarea se face integral prin metoda repartiției.

În Finlanda finanțarea pensiilor funcționarilor publici se face parțial prin acumularea contribuțiilor de asigurări sociale, iar în Suedia se utilizează toate cele trei căi - contribuții curente, acumulare parțială şi finanțare de stat. În celelalte țări finanțarea pensiilor funcționarilor publici se face deopotrivă atât prin metoda repartiției cât şi prin fonduri bugetare.

- Fondurile de pensii (al doilea pilon) atât din sectorul privat cât şi din sectorul de stat au caracter facultativ, numai în puține cazuri fiind obligatorii. În Olanda, spre exemplu, al doilea pilon este obligatoriu pentru sectorul public ca şi pentru cea mai mare parte a sectorului privat. În Franța şi Danemarca pilonul al doilea este obligatoriu numai pentru sectorul privat. În Germania însă pilonul al doilea este obligatoriu pentru muncitorii şi funcționarii din sectorul public.

- Condiții de eligibilitate. În majoritatea cazurilor, condițiile pentru obținerea pensiei de bătrânețe includ *o limită minimă de vârstă şi o perioadă minimă de cotizare.* În prezent, vârsta standard de pensionare este între 60 şi 67 ani, pentru bărbați cea mai mare frecvență fiind de 65 ani. Datele arată că după 2004, în afara câtorva excepții, vârsta legală de pensionare va fi de 65 ani atât pentru bărbați cât şi pentru femei. Extinderea la 65 ani a vârstei de pensionare pentru femei este prevăzută să aibă loc în Germania în intervalul 2000-2004 şi în Regatul Unit în perioada 2010-2020. În Franța vârsta standard de pensionare pentru ambele sexe este de 60 ani şi, cel puțin până în prezent, clasa politică din țara respectivă nu dă semne că intenționează să o prelungească.

Condițiile privind numărul minim de ani de contribuții sunt sensibil mai variate şi, după toate probabilitățile, ele nu se vor schimba în viitorul apropiat. În Franța pentru sectorul privat practic nu există o perioadă minimă de cotizare, prin lege ea fiind de numai un trimestru; în schimb, în sectorul public perioada minimă de cotizare este de 15 ani. În Germania perioada minimă de cotizare este aceeaşi pentru bărbați şi femei atât în sectorul privat, cât şi în cel public şi anume: 5 ani dacă se pensionează la 65 ani şi 15 ani dacă se pensionează la 65 ani. În Regatul Unit perioada minimă de cotizare este de 10 ani.

Diferențe există şi în celelalte țări UE. În Luxemburg perioada minimă de cotizare pentru sectorul privat este de 10 ani, iar în Grecia, Spania, Austria şi Portugalia de 15 ani (pentru sectorul public datele sunt de respectiv 20, 15, 10 şi 5 ani). În Danemarca în cazul pensiei naționale, care are caracter universal, singura cerință pentru obținerea drepturilor de pensie este ca persoana solicitantă să trăit cel puțin 37 de ani în Danemarca.

În afară de perioada minimă de cotizare care asigură drepturi de pensie există şi *o perioadă standard de cotizare pentru care se acordă dreptul la pensia completă de bătrânețe.* În Franța, spre exemplu, pensia de bătrânețe integrală, sau rata de înlocuire, reprezintă 50% din salariul de referință care stă la baza calculării pensiei. În 1998 pentru obținerea ratei respective de înlocuire se cerea ca perioada de cotizare să fie de 38,75 ani (155 trimestre) iar până în 2004 ea va creşte la 40 ani (160 trimestre). În Regatul Unit pensia de bătrânețe care are caracter forfetar (67,50 lire sterline săptămânal în 2001) se acordă integral numai persoanelor care au o perioadă efectivă de cotizare (inclusiv perioade asimilate) de 44 de ani în cazul bărbaților şi de 39 ani în cazul femeilor. În situațiile în care condițiile pentru obținerea pensiei integrale nu sunt îndeplinite, pensia de bătrânețe se reduce în mod corespunzător, de regulă, proporțional cu gradul de îndeplinire a condițiilor.

- *Pensionarea anticipată*. Practic, cu excepția Regatului Unit toate țările membre UE oferă posibilități pentru pensionări anticipate, asociate în principal cu restructurările economice, care în ultimul timp au căpătat o largă extindere. Posibilitățile sunt destul de generoase, astfel că în unele țări vârsta medie de pensionare este de circa 56 de ani. Cu titlu de exemplu, menționăm că în Franța, Luxemburg, Olanda şi Italia există posibilitatea ca atât bărbații cât şi femeile din sectorul privat şi din sectorul public să se pensioneze înainte de vârsta de 60 ani.

Deşi vârsta minimă de pensionare este de 60-67 ani, ca urmare a pensionărilor anticipate, în prezent s-a ajuns ca în UE vârsta medie efectivă de pensionare să fie de numai 59 ani. Ca urmare a practicii amintite, rata de ocupare a forței de muncă din grupa de vârstă 55-64 de ani este destul de scăzută comparativ cu situația din alte țări cu venituri ridicate. Astfel, în 2000 rata de participare a lucrătorilor în vârstă de 55-64 ani a fost de 40,6% în UE, iar în SUA şi Japonia ratele respective au fost de 59,2% şi 66,5%.

- *Indexarea pensiilor*. În toate țările există reguli specifice de ajustare periodică a pensiilor, aceasta făcându-se, în principal, în funcție de evoluția prețurilor de consum şi într-o mai mică măsură în funcție de evoluția salariilor. În Franța, spre exemplu, pentru regimul general de pensii indexarea se face anual, la 1 ianuarie, cu un coeficient corespunzător indicelui proiectat al prețurilor de consum; în cazul în care indicele respectiv este mai mare decât cel proiectat, diferența se compensează printr-o sumă globală. Pentru funcționarii publici însă indexarea se face în funcție de evoluția salariilor din sectorul public. În Regatul Unit ajustarea are loc cel puțin o dată pe an, prin reglementări legale, potrivit mişcării generale a prețurilor. În Belgia are loc o *indexare automată,* respectiv cu 2% în cazul în care indicele prețurilor de consum a crescut cu 2% față de indexarea anterioară.

Indexarea pensiilor în funcție de evoluția salariilor se practică în Danemarca, Germania şi Olanda. În Germania, spre exemplu, ajustarea pensiilor curente are loc la 1 iulie a fiecărui an în funcție de evoluția salariului net din anul calendaristic precedent. (În mod excepțional, în 2000 şi 2001 indexarea pensiilor se face în funcție de evoluția prețurilor). În Olanda, indexarea pensiei universale de bătrânețe este legată de evoluția nivelului salariului minim. Pentru regimurile de pensii ocupaționale indexarea este dependentă de rezultatele financiare - în 15% din regimurile ocupaționale indexarea se face în funcție de prețuri şi în 65% în funcție de salarii.

- *Impozitarea pensiilor*. În general pensiile sunt supuse impozitului pe venit sau a impozitului pe salarii. În unele cazuri ele sunt scutite de impozit (în Portugalia pentru pensionarii care nu au alte venituri) sau sunt îndreptățite la deduceri fiscale (în Finlanda). În Regatul Unit aproape două treimi din pensionari se află sub pragul de venituri pentru plata impozitelor.

1.1.3. Uniunea Europeană şi reforma sistemelor de pensii. Probleme de principiu

Protecția socială face parte din problematica Comunității Economice Europene încă de la crearea sa în 1957 şi vizează asigurarea unui nivel de trai corespunzător întregii populații inclusiv persoanelor vârstnice. Crearea UE în 1992 prin semnarea Tratatului de la Maastricht şi hotărârea de a se institui Uniunea Economică şi Monetară prin adoptarea unei monede unice - euro - a intensificat preocupările UE în domeniul protecției sociale.

Pe lângă factorii menționați - îmbătrânirea populației şi creşterea instabilității locurilor de muncă şi a veniturilor populației - intensificarea preocupărilor UE pri-

vind protecția socială este legată şi de necesitatea îndeplinirii de către țările membre a *criteriilor de convergență* necesare introducerii monedei unice şi anume:

- deficitul bugetar să nu depăşească 3% din PIB;
- datoria publică să nu fie mai mare de 60% din PIB;
- rata inflației să nu depăşească cu mai mult de 1,5% rata medie a inflației aferentă primelor trei țări cu cele mai bune performanțe în domeniul respectiv;
- dobânda pe termen lung să nu depăşească cu mai mult de 2% nivelul mediu al dobânzii respective din trei țări care înregistrează cele mai scăzute rate ale dobânzii;
- asigurarea unui curs stabil de schimb valutar în cadrul sistemului monetar european.

În acelaşi cadru de preocupări, UE a adoptat şi un Pact de stabilitate şi creştere economică, menit să asigure finanțe sănătoase care să permită introducerea şi menținerea stabilității monedei unice.

Ponderea mare a cheltuielilor pentru pensii (aproape 50%) în totalul cheltuielilor de protecție socială ca şi tendința generală de creştere a acestora atârnă greu în realizarea criteriilor de convergență şi cu deosebire a deficitelor bugetare şi a inflației. În acest cadru, UE şi țările membre urmăresc reformarea sistemelor de pensii astfel încât îmbătrânirea populației şi ceilalți factori socio-economici să nu afecteze vitalitatea lor financiară şi implicit starea financiară generală a fiecărei țări.

Actualitatea Pactului de stabilitate şi creştere este deosebit de însemnată, de la 1 ianuarie 2002 moneda unică fiind introdusă în 12 țări membre UE - Austria, Belgia, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburg, Olanda, Portugalia şi Spania. Moneda unică nu s-a introdus doar în Suedia, Danemarca şi Regatul Unit, ultimele două țări nefiind interesate în prezent să adopte moneda unică.

Potrivit acquis-ului comunitar, reformele sistemelor de pensii din UE sunt subordonate unui triplu comandament:

1. țările împărtăşesc obiective comune şi sunt ataşate unui număr de principii care caracterizează modelul social european;
2. stabilirea priorităților şi alegerile naționale strategice ca şi detaliile de reformă sunt de competența şi responsabilitatea statelor membre;
3. țările îşi coordonează eforturile şi fac schimburi reciproce de păreri şi de informații privind practicile actuale şi reformele în curs sau proiectate.

În acest cadru, un real interes îl au publicațiile MISSOC ale Comisiei Europene. Acelaşi interes îl au studiile, rapoartele şi alte documente de specialitate din UE. În context subliniem că în prezent, aşa cum a stabilit Consiliul European de la Lisabona din martie 2000, se elaborează "un studiu privind evoluția în viitor a protecției sociale într-o perspectivă pe termen lung, acordându-se o atenție deosebită viabilității regimurilor de pensii la diferite orizonturi de timp până în 2020 şi dincolo de această limită dacă este necesar."

O problemă fundamentală a reformei sistemelor de pensii o constituie structura acestora, respectiv ponderea pe care o dețin diferitele componente ale

sistemelor de pensii în veniturile totale ale pensionarilor. Ne referim: a) la regimurile publice de pensii obligatorii, organizate potrivit principiului solidarității sociale şi finanțate prin metoda repartiției (pilonul I); b) fondurile colective de pensii cu capitalizare şi conducere privată (pilonul II) şi c) schemele sau planurile individuale de pensii (pilonul III). Menționăm că pilonul II de pensii mai este cunoscut, după cum s-a arătat şi sub denumirea de regimuri complementare de pensii, dar care pot fi finanțate şi prin metoda repartiției, aşa cum funcționează ele în prezent în Franța. În mod asemănător a funcționat şi regimul pensiei suplimentare din România, în perioada 1967-2001 (martie).

Clarificarea de principiu a problemei amintite este cu atât mai necesară cu cât, în ultimul deceniu, s-au purtat aprige discuții asupra valențelor diferitelor regimuri de pensii, participanții la discuții punând accentul fie pe regimurile publice de pensii, fie pe fondurile de pensii cu capitalizare şi conducere privată.

Din documentele UE rezultă necesitatea unei îmbinări corespunzătoare între cele trei componente ale sistemului de pensii, astfel încât ele să răspundă cât mai bine conținutului modelului social european.

În concordanță cu cerința majoră amintită, *Comisia Comunităților Europene* prin Comunicarea din octombrie 2000 privind "Evoluția în viitor a protecției sociale într-o perspectivă pe termen lung. Pensii sigure şi viabile" *a statuat un set de obiective şi principii menite să călăuzească statele membre în reforma sistemelor de pensii.*[COM (2000) 622 final].Sub acest aspect, deosebit de relevante sunt acele obiective şi principii care au tangență cu echitatea şi coeziunea socială şi anume:

- *Păstrarea caracterului adecvat al pensiilor.* Cei trei piloni ai sistemelor de pensii, care operează în structuri decise de statele membre, ar trebui să permită persoanelor la bătrânețe să rămână autonome sub aspect financiar şi, în limite rezonabile, să-şi mențină nivelul de trai pe care l-au atins în cursul vieții active.
- *Asigurarea echității între generații.* Eforturile necesare pentru depăşirea efectelor îmbătrânirii demografice ar trebui să fie împărțite echitabil între generațiile active (salariați şi agenți economici) şi generațiile de pensionari.
- *Întărirea elementului de solidaritate a sistemelor de pensii.* Nimeni n-ar trebui să fie exclus din sistemele de pensii din cauza veniturilor scăzute sau a unui risc nefavorabil. Sistemele de pensii ar trebui să cuprindă un element de redistribuire favorabil persoanelor cu posibilități mici pe piața muncii sau care asigură îngrijirea copiilor, a persoanelor cu handicap, ca şi a altor persoane în dificultate.
- *Menținerea unui echilibru între drepturi şi datorii.* Prestațiile ar trebui să corespundă cotizațiilor la sistemul de pensii. Amânarea ieşirilor la pensie va trebui să se concretizeze într-o creştere a pensiei.
- *Sistemele de pensii să fie favorabile egalității între bărbați şi femei,* prin stimularea participării şi ameliorării situației lor pe piața muncii.
- *Garantarea de finanțe publice sănătoase şi viabile.* Reformele trebuie să garanteze că sarcinile fiscale pentru pensiile publice sunt fixate la un nivel corespunzător şi că alte cheltuieli publice esențiale nu sunt defavorizate.

Problemele cu care se confruntă sistemele de pensii din țările europene au un orizont de timp pe termen lung dar, pentru a se evita apariția în viitor a unor mari dezechilibre financiare şi înrăutățirea stării sociale a pensionarilor se impune ca măsurile de reformă să fie aplicate în prezent, în care scop s-au promovat şi se promovează măsuri adecvate de fiecare țară. În ultimă instanță, rațiunea măsurilor actuale au în vedere, aşa cum s-a exprimat plastic Frits Bolkestein, comisar UE pentru piața internă: "*dezamorsarea bombei cu întârziere privind pensiile în Europa.*"

1.1.4. Măsuri de reformă

a) Acordarea pensiilor. Măsurile vizează limitarea creşterii cheltuielilor pentru pensii şi se referă la vârsta efectivă de pensionare, precum şi la calculul şi indexarea pensiilor. În majoritatea țărilor, vârsta legală de pensionare este pentru bărbați de 65 ani şi pentru femei între 57 şi 65 ani; cu toate acestea, vârsta efectivă de pensionare este mult mai redusă, fenomenul fiind determinat, în principal, de pensionările anticipate la vârste cuprinse între 55,6 ani în Italia şi Belgia şi 62 ani în Suedia (1998). Această practică a apărut în contextul şomajului ridicat şi, evident, are efecte negative pentru rata de activitate a forței de muncă din grupele superioare de vârstă, precum şi pentru contribuțiile de asigurări sociale.

Dată fiind această situație, Belgia, Italia şi Austria, ca şi alte țări, promovează măsuri pentru *reducerea pensionărilor anticipate şi stimularea prelungirii vieții active*. Totodată, aproape toate țările au în vedere, ca în perspectivă, vârsta legală de pensionare a femeilor să fie asemănătoare cu cea a bărbaților, respectiv 65 ani.

Referitor la indexarea pensiilor, relevăm *tendința ca aceasta să se facă în funcție de evoluția prețurilor şi nu în funcție de evoluția salariului net* (Franța din 1987, Portugalia din 1994 şi mai recent Germania). Schimbări au intervenit şi în metodele de calcul a pensiilor, în sensul *creşterii numărului anilor de cotizare luați în considerare la stabilirea bazei de calcul a pensiilor.* În multe cazuri, creşterile sunt substanțiale - în Franța de la 10 la 25 de ani (treptat până în 2008), în Portugalia de la 5 la 10 ani, în Finlanda de la 4 la 10 ani (între 1992 şi 2002).

b) Finanțarea. Din măsurile aplicate rezultă că finanțarea regimurilor publice de pensii prin metoda repartiției nu este pusă sub semnul întrebării, ea materializând conceptul de solidaritate socială dintre generații. Totuşi, pentru stăpânirea posibilelor efecte negative ale contribuțiilor de asigurări sociale asupra pieței muncii şi asupra competitivității economice, tot mai multe țări recurg şi la *alte surse de venituri pentru pensii*. De exemplu, în Franța s-a creat *Fondul de solidaritate pentru bătrânețe,* alimentat din impozite şi taxe speciale, inclusiv contribuția socială generalizată (1993); fondul este conceput să asigure finanțarea pensiilor minimale şi contribuțiile de asigurări aferente şomajului şi perioadelor de maternitate. În Germania s-a introdus "taxa verde", ca impozit suplimentar asupra surselor de energie şi carburanți. Pentru unele țări *subvențiile de stat* dețin o

pondere însemnată în finanțarea pensiilor, ca de exemplu în Germania unde subvențiile amintite acoperă 27,1% din cheltuielile pentru pensii.

Ca noutate, relevăm că în Franța s-a creat un *Fond de rezervă* (1998), menit să compenseze dezechilibrele financiare care vor apare între 2020 şi 2040, când generațiile de baby-boom ai anilor postbelici vor îngroşa numărul pensionarilor. Asemenea fonduri s-au creat, de asemenea, în Spania, Olanda şi Portugalia.

c) Regimuri de pensii complementare şi private. Concomitent cu reformarea şi modernizarea regimurilor publice de pensii, se asigură şi o anumită extindere a regimurilor complementare şi private de pensii cu capitalizare. În Spania şi Italia, de exemplu, recent s-au introdus regimuri de pensii complementare, de regulă, organizate la nivel de întreprindere, prin înțelegeri între reprezentanții lucrătorilor şi patroni şi cu stimulare financiară de stat. În Germania, în contextul actualelor reforme, se are în vedere consolidarea regimurilor complementare de pensii din întreprinderi precum şi sprijinirea pensiilor private, prin plăți suplimentare pentru persoanele cu venituri scăzute şi medii. În Austria se poartă discuții pentru dezvoltarea regimurilor de pensii complementare cu capitalizare, iar în Irlanda se discută în legătură cu introducerea unei pensii de întreprindere sub forma conturilor de economii.

În context, arătăm că în lucrările şi studiile privind reforma pensiilor din țările amintite se fac şi unele *precizări privind importanța regimurilor publice de pensii şi a celorlalte regimuri de pensii.* Astfel, în cazul Germaniei, *se consideră că "asigurarea publică pentru pensii rămâne principalul pilon al protecției pentru bătrânețe",* iar în cazul Spaniei *se subliniază că regimurile complementare de pensii nu se pot substitui şi respectiv nu pot fi o alternativă pentru regimurile publice de pensii.*

Regatul Unit, unde fondurile de pensii cu capitalizare au o pondere mai mare, urmăreşte *introducerea unui nou sistem de pensii de bătrânețe sub formă de parteneriat public-privat,* care în opinia guvernanților "va uni cele mai bune caracteristici ale sistemelor publice şi private de pensii. " În acest cadru, se are în vedere realizarea următoarelor obiective: a) pensia de bază de stat va rămâne baza veniturilor pensionarilor, atât bogați cât şi săraci, şi nu va fi proporțională cu salariul; b) introducerea unei noi pensii secundare de stat, care va avea o sumă fixă şi va fi acordată îndeosebi persoanelor cu venituri mici şi c) introducerea unui regim de economii şi pensii colective (*stakeholder pension scheme*), sigure şi cu costuri reduse, pentru persoanele care câştigă între 9500 şi 21600L şi nu participă la un regim profesional de pensii.

1.1.5. Probleme de perspectivă

Deşi țările UE au promovat numeroase măsuri de perfecționare a sistemelor de pensii, factori de răspundere interni şi comunitari apreciază că este necesar să se întreprindă şi alte măsuri de reformă. În acest sens, Consiliul European de la Barcelona din martie 2002 a dat noi dimensiuni reformei sistemelor de pensii din țările UE. Astfel, în concluziile Consiliului se arată: "Preocupat de a rezolva provocarea privind îmbătrânirea populației, Consiliul European cere ca reforma

regimurilor de pensii să fie accelerată pentru a se garanta atât viabilitatea lor financiară cât şi realizarea obiectivelor lor sociale“ Concret, strâns legat de strategia ocupării depline a forței de muncă, *Consiliul a statuat necesitatea creşterii progresive a vârstei medii de încetare a activității profesionale în UE cu circa 5 ani până în anul 2010.* Corespunzător obiectivului amintit, Consiliul a recomandat reducerea stimulentelor individuale pentru pensionarea anticipată şi intensificarea eforturilor destinate să ofere lucrătorilor vârstnici posibilități sporite de a rămâne pe piața muncii ca de exemplu, prin formule simple de pensionare progresivă, şi prin garantarea accesului lor la educație şi la formarea pe termen lung. Accentul pus pe prelungirea vieții active a persoanelor vârstnice are în vedere, aşa cum s-a arătat, vârsta efectivă medie de pensionare de numai 59 ani şi în mod corespunzător ratele scăzute de participare a persoanelor de 55-64 ani, sensibil mai mici în UE decât în SUA şi Japonia.

Concomitent cu îmbunătățirea funcționării pieței muncii şi implicit a regimurilor publice de pensii, Consiliul European de la Barcelona a stabilit o serie de obiective pentru reforma pieței capitalurilor şi a serviciilor financiare şi în acest cadru şi a fondurilor de pensii care activează pe piața capitalurilor. Sub acest ultim aspect, s-a statuat necesitatea aprobării de către Consiliul economic şi financiar şi de către Parlamentul european a *Proiectului de directivă a fondurilor de pensii profesionale.*

Directiva amintită, ca şi alte reglementări din domeniu, se înscrie în preocuparea UE de a se asigura:

- protejarea drepturilor de pensie ale persoanelor participante la fondurile de pensii profesionale;
- investirea eficientă a fondurilor de pensii în valori mobiliare, inclusiv în alte țări comunitare, prin reglementarea structurii acestora precum şi a problemelor de impozitare;
- posibilitatea transferării peste graniță a drepturilor de pensie câştigate pentru persoanele participante la fondurile de pensii profesionale care şi-au schimbat domiciliul.

Reglementarea riguroasă a funcționării fondurilor de pensii profesionale, astfel încât acestea să fie o sursă sigură de venituri pentru persoanele vârstnice este unul din obiectivele centrale ale UE. Obiectivul este cu atât mai necesar cu cât reglementările de până acum nu exclud posibilitatea pierderii drepturilor de pensie. Falimentul recent al companiei energetice americane Enron este un exemplu în acest sens.

1.2. Reforma sistemului de pensii în România

1.2.1. Necesitatea reformei

Sistemul de pensii din România este în curs de reformare şi se confruntă cu numeroase probleme: nu asigură fondurile necesare unui nivel de trai decent persoanelor vârstnice; există mari diferențe între pensiile persoanelor care au prestat munci asemănătoare în perioada vieții active, stabilirea pensiilor

substituindu-se măsurilor de asistență socială; sistemul cuprinde numai scheme publice de pensii finanțate prin metoda PAYG şi nu contribuie la stimularea creşterii economice.

Adoptarea unui nou sistem de pensii, în spiritul practicilor din UE, este cu atât mai necesară cu cât în anii tranziției numărul pensionarilor a crescut foarte mult, efectivul lor la sfârşitul anului 2001 ajungând la 6251,0 mii persoane, aproape 27% din populația țării. Evoluțiile negative înregistrate de sistemul public de pensii, care impun cu acuitate reforma, sunt menționate în caseta următoare

Schemele publice de pensii în funcțiune şi principalele involuții în perioada 1989-2000

a) *Schemele publice de pensii*:

- pensii de asigurări sociale de stat obligatorii, aferente salariaților şi personalului asimilat acestora;
- pensii suplimentare, de asemenea obligatorii, aferente salariaților şi personalului asimilat;
- pensii de asigurări sociale pentru agricultori, cu caracter voluntar, introduse în 1992. Această schemă a înlocuit regimul de pensii pentru țăranii cooperatori, care a dispărut prin desființarea cooperativelor agricole de producție.

b) *Principalele limite şi involuții ale schemelor de pensii de asigurări sociale*:

- raportul dintre salariații plătitori de contribuții de asigurări sociale şi pensionarii de asigurări sociale de stat a evoluat de la 3,75:1 la 1,01:1 în decembrie 2000. Deteriorarea raportului amintit s-a datorat reducerii la aproape jumătate a numărului de salariați şi dublării numărului de pensionari, proces accelerat de îmbătrânirea demografică şi de vârsta legală scăzută de pensionare ca şi unor politici puțin justificate privind pensionarea anticipată şi pensionarea pentru invaliditate.
- creşterea contribuției medii de asigurări sociale de stat de 14% din 1989 la 25,5% în 1992 şi la 32% în 1999. Contribuția fiind plătită integral de agenții economici a condus la creşterea costului salarial, cu implicații nefavorabile asupra competitivității produselor şi procesului inflaționist.
- apariția din 1995 a unor însemnate dezechilibre în bugetul asigurărilor sociale de stat pentru pensii şi alte drepturi de asigurări sociale, echilibrarea bugetelor făcându-se prin subvenții de stat şi împrumuturi de la trezorerie, practici, de asemenea, cu implicații pentru procesul inflaționist. Deşi la începutul anului 1999 contribuția de asigurări sociale a crescut cu 7 puncte procentuale, deficitul şi subvențiile de stat în bugetul asigurărilor sociale de stat au reprezentat 13,6%. În principal, deficitul se datorează şi comportamentului greşit al unor agenți economici şi instituții de stat, concretizat în neachitarea integrală a contribuțiilor de asigurări sociale şi în reeşalonarea acestora.
- reducerea ratei de înlocuire a salariului mediu net prin pensia medie de asigurări sociale de stat de la 46,7% în 1989 la 34,4% în 2000. Rata de înlocuire aferentă pensiei pentru limită de vârstă şi vechime completă în muncă a evoluat de la 65,8% la 45,3%. În context, menționăm că în 2000

pensia suplimentară a reprezentat 5,1% din salariul mediu net pe economie şi că finanțarea ei se face prin plata de către fiecare salariat a unei contribuții de 5% din salariul său brut.

- nivelarea pensiilor. Raportul dintre pensia minimă şi pensia medie de asigurări sociale de stat pentru vechime completă în muncă a crescut de la 54% în octombrie 1990 la 84,5% în decembrie 2000, iar pentru pensiile pentru vechime incompletă raportul a evoluat de la 67% la 108,3%.
- apariția unor mari inegalități între pensii, în funcție de anul deschiderii dreptului la pensie. În decembrie 2000, spre exemplu, pensia persoanelor cu vechime integrală pensionate în 1990 a fost de 1284,1 mii lei, iar cea a persoanelor care s-au pensionat în 2000 a fost de 1813,3 mii lei, respectiv cu 41% mai mare.
- participarea agricultorilor la asigurările facultative pentru pensii este infimă (2-3%) şi pensia de asigurări sociale a foştilor țărani cooperatori este foarte mică (cca. 15% din pensia de asigurări sociale de stat).

În contextul dezvoltării economiei de piață şi a procesului de aderare a României la Uniunea Europeană s-a impus crearea unui nou sistem de pensii viabil, bazat pe mai mulți piloni, capabil să asigure venituri decente persoanelor vârstnice, corespunzătoare muncii prestate şi contribuțiilor proprii la constituirea fondurilor de pensii.

Practica relevă că sistemele de pensii din UE diferă de la o țară la alta şi că în ultimul deceniu ele au fost reformate pentru a corespunde schimbărilor structurale şi demografice din societate. Dincolo de particularitățile naționale, reforma schemelor de pensii din țările UE este marcată de anumite trăsături comune care, într-un fel sau altul, se regăsesc şi în reforma sistemului românesc de pensii. Aceste trăsături decurg din Recomandarea Consiliului 92/442/CEE din 27 iulie 1992 privind convergența obiectivelor şi politicilor de protecție socială, care, în partea privind persoanele vârstnice cuprinde următoarele recomandări pentru țările membre:

e) "Să aplice mecanismele care să le permită foştilor salariați care s-au pensionat după o carieră completă să beneficieze de o rată de înlocuire rezonabilă pe durata întregii perioade de pensionare, ținând cont, după caz, de sistemele legale sau complementare, menținând în acelaşi timp un echilibru între interesele persoanelor active şi cele ale pensionarilor."

i) "Să adapteze, în timp util, sistemele de pensii la evoluțiile demografice, menținând în acelaşi timp funcția de bază a regimurilor legale de pensii."

1.2.2. Regimul public de pensii

Reforma sistemului de pensii din România are loc potrivit tendințelor şi practicilor din UE. Sub acest aspect menționăm în primul rând obiectivul privind diversificarea surselor de venituri pentru persoanele vârstnice prin *introducerea unui sistem de pensii cu 3 piloni:*

a) sistemul public de pensii obligatoriu şi finanțat prin metoda PAYG;

b) fonduri de pensii capitalizate obligatorii şi
c) fonduri de pensii private facultative.

Această structură s-a impus ca urmare a faptului că pensiile publice finanțate prin metoda PAYG sunt nesatisfăcătoare şi că în condițiile deteriorării raportului pensionari/salariați ele nu mai au un suport financiar corespunzător, o nouă creştere a contribuției de asigurări sociale ar afecta şi mai mult costul salarial, competitivitatea produselor şi însăşi starea materială a persoanelor active.

Potrivit Planului de acțiune al guvernului pentru perioada 2001-2004, reforma sistemului de pensii va fi încheiată în 2004. Reforma regimului public de pensii a demarat prin adoptarea de către parlament în martie 2000 a *Legii privind sistemul public de pensii şi alte drepturi de asigurări sociale,* aplicată integral cu începere de la 1 aprilie 2001. S-au adoptat, totodată, două hotărâri de guvern prin care, se urmăreşte recorelarea pensiilor de asigurări sociale de stat, astfel încât să se corecteze diferențele dintre pensii generate, în ultimii 10 ani, de formula de calcul a pensiilor şi de măsurile de indexare/compensare a acestora.

În baza noii legi a pensiilor publice şi a altor acte normative se va restabili echilibrul financiar al fondului de pensii. În acest cadru menționăm:

- lărgirea sferei de cuprindere a persoanelor asigurate obligatoriu (personalul salariat, inclusiv cel angajat prin convenție civilă, țăranii, meşteşugarii şi alți lucrători pe cont propriu etc.);
- prelungirea treptată a vârstei legale şi a stagiului de muncă cu 5 ani pentru deschiderea dreptului la pensie (la 65 ani pentru bărbați şi 60 ani pentru femei şi respectiv la 35 şi 30 ani);
- instituirea pensiei anticipată parțial;
- plafonarea bazei de calcul a contribuției de asigurări sociale la 3 salarii medii brute lunare pe economie;
- calcularea pensiei potrivit unei noi formule, respectiv în funcție de numărul de puncte de pensie acumulate de-a lungul întregii vieți active (într-un an calendaristic punctajul maxim este de 3 puncte) şi de valoarea unui punct de pensie care nu poate depăşi 50% din salariul mediu brut pe economie.

Menționăm, de asemenea, că, spre deosebire de situația din trecut, salariații şi persoanele asimilate vor plăti o treime din cota de contribuție de asigurări sociale, angajatorii lor având obligația să plătească 2/3 din cota de contribuție. Prevederea este benefică, ea urmând să se repercuteze pozitiv asupra bugetului de asigurări sociale. Restabilirea echilibrului financiar al sistemului public de pensii presupune, totodată, şi un nou comportament al agenților economici privind plata cu regularitate a cotei de contribuție de asigurări sociale precum şi o rigurozitate mai mare din partea organelor abilitate în respectarea condițiilor pentru obținerea pensiilor de invaliditate şi a altor drepturi de asigurări sociale.

Reforma regimului public de pensii, în acord cu practicile din UE, a necesitat şi crearea unor noi instituții. În acest sens, prin legea adoptată s-a înființat Casa Națională de Pensii şi Alte Drepturi de Asigurări Sociale (CNPAS) ca instituție publică autonomă de interes național, care administrează şi gestionează sistemul public de pensii. Eficiența CNPAS va fi potențată şi de faptul că, în spiritul

parteneriatului social, ea va fi condusă de un consiliu de administrație, compus din reprezentanți ai guvernului, patronatului, sindicatelor şi organizațiilor de pensionari.

1.2.3. Fonduri de pensii capitalizate

Potrivit Strategiei naționale de dezvoltare a României pe termen mediu, fondurile de pensii capitalizate vor completa sistemul public de pensii reformat, astfel ca sistemul integrat să fie sustenabil din punct de vedere financiar. În acest cadru *fondurile de pensii capitalizate obligatorii sau fondurile universale de pensii* vor fi al doilea pilon al noului sistem românesc de pensii.

Proiectul Legii Fondurilor universale de pensii, este prevăzut a fi adoptat de către Parlament în decembrie 2002. În acest cadru se are în vedere: administrarea fondurilor amintite de societăți comerciale private; membrii regimului public de pensii vor deveni practic şi membrii ai fondurilor universale de pensii; la început contribuția membrilor la fondurile respective va fi de 2% din salariul brut al acestora, urmând ca ele să crească treptat până la 8%; contribuțiile pentru fonduri vor fi investite în titluri şi obligațiuni publice şi valori mobiliare cotate la bursa de valori sau pe piața extrabursieră Rasdaq, contribuțiile vor fi, de asemenea, plasate în depozite bancare sau valorificate prin credite. Potrivit practicii curente mărimea pensiilor generate de fondurile de pensii capitalizate vor depinde de contribuțiile plătite şi de veniturile provenite din valorificarea acestora.

Sub aspect instituțional, implementarea pilonului II de pensii necesită crearea Comisiei pentru supravegherea, reglementarea şi controlul societăților de administrare a fondurilor de pensii. Experiența relevă că succesul acestor fonduri va depinde substanțial de rigurozitatea reglementărilor în domeniu şi de respectarea deplină a acestora de către societățile care s-au angajat să administreze fondurile respective, precum şi de funcționarea corectă a comisiei de supraveghere.

Dat fiind miza mare a fondurilor administrate se urmăreşte evitarea oricărei posibilități de fraudă sau proastă gospodărire, care ar avea evident efecte nefaste pentru veniturile scontate la bătrânețe. În cazul României, această precauție se impune cu atât mai mult cu cât instituțiile financiar-bancare nu sunt suficient de consolidate. În plus, datorită gestiunii incorecte a unor fonduri de investiții, sute de mii de cetățeni s-au confruntat cu pierderea economiilor plasate în Fondul Mutual al Oamenilor de Afaceri, administrat de SAFI S.A. (1996) şi în Fondul Național de Investiții, administrat de SOV Invest (mai 2000).

Investitorii la fondurile amintite au fost fraudați de societățile de administrare şi Comisia de supraveghere (CNVM), numită pe criterii politice, nu şi-a îndeplinit atribuțiile statutare. În context, relevăm că de asemenea riscuri nu sunt scutite nici fondurile de investiții/pensii din țările dezvoltate, scandalul Maxwell din Regatul Unit şi Enron din SUA fiind concludent în acest sens.

Al III-lea pilon, *Fondurile private de pensii facultative* sunt finanțate, de asemenea, prin metoda capitalizării, contribuțiile membrilor fiind plasate în active financiare. Caracterul opțional al schemei dă posibilitatea persoanelor cu venituri

relativ mari în viața activă să dispună de asemenea venituri şi în perioada când vor avea statut de pensionari. Extinderea fondurilor amintite va depinde însă, ca şi în cazul fondurilor universale de pensii, de consolidarea şi buna funcționare a pieței capitalului.

Proiectarea viitorului sistem de pensii necesită analiza corelată a schemelor care îl compun şi determinarea rolului fiecărei scheme în asigurarea veniturilor persoanelor vârstnice. Până în prezent acest lucru nu s-a făcut, parlamentul a adoptat noul sistem public de pensii fără să ia în considerare implicațiile celorlalți piloni asupra veniturilor persoanelor vârstnice. Acest lucru se impunea cu atât mai mult cu cât, potrivit noii formule de calcul, proporția pensiei față de salariul mediu va scădea în continuare şi **pensiile private nu sunt o alternativă la pensiile publice.**

Concomitent cu reforma sistemului protecției sociale, aderarea României la UE presupune şi adoptarea Regulamentelor CEE nr. 1408/71 şi 574/72 privind aplicarea regimurilor de securitate socială lucrătorilor salariați, lucrătorilor nesalariați şi membrilor lor de familie care se deplasează în interiorul comunității. Regulamentele asigură coordonarea sistemelor de securitate socială din UE şi înscrierea României la această practică este o condiție care uşurează mişcarea forței de muncă şi a populației în spațiul comunitar. În acest sens, legea sistemului public de pensii şi alte acte normative din domeniu stabilesc prestații care pot fi transferate în străinătate.

Bibliografie

1. Concluziile Consiliului European de la Barcelona, martie 2002.
2. Conseil d'Analyse Economique, *Retraites choisies et progressives*, La documentation Française, 2000.
3. Economic Policy Committee, *Progress report to the Ecofin Council on the Impact of ageing populations on public pension systems*, Brussels, 2000.
4. Latulipe, D. et Turner J., "Retraite partielle et politique des retraites dans les pays industrialisés", în *Revue internationale du travail*, nr. 2, 2000.
5. Lege privind sistemul public de pensii şi alte drepturi de asigurări sociale, nr.19/2000, Monitorul Oficial, Partea I, nr. 140 din 1 aprilie 2000.
6. Planul de acțiune al Programului de guvernare pe perioada 2001-2004, Monitorul Oficial, Partea I, nr. 267 din 23 mai 2001.
7. Planul de acțiune al Programului de guvernare pe anii 2002 şi 2003, Monitorul Oficial, Partea I, nr. 61 bis/29 ianuarie 2002.
8. Merrien, François-Xavier, "Les nouvelles politiques sociales de la Banque mondiale: le cas des pensions", în *Revue internationale des sciences sociales*, nr. 170, Decembre 2001.
9. *Strategia națională de dezvoltare economică a României pe termen mediu*, Bucureşti, martie 2000.

Capitolul 2
SISTEMELE DE SĂNĂTATE

2.1. Introducere

Există două paliere de abordare a sistemelor de sănătate în contextul integrării europene şi al modernizării protecției sociale. Un palier se situează la nivelul UE în sensul preocupărilor organismelor Uniunii de a orienta şi rezolva o serie de probleme ale domeniului la nivel comunitar. Celălalt palier de abordare este cel la nivelul statelor membre responsabile cu formularea şi cu implementarea politicilor specifice acestui domeniu.

La nivelul Uniunii Europene, până în prezent, s-au desprins ca fiind preocupante o serie de aspecte legate îndeosebi de sănătatea şi siguranța la locul de muncă şi de sănătatea publică. Sănătatea şi siguranța la locul de muncă poate fi considerată în prezent o "zonă legitimă" de intervenție la nivel european justificată de existența lucrătorilor migranți şi de necesitatea evitării unor litigii sau distorsiuni în ceea ce priveşte condițiile de competitivitate economică. Acest segment al sistemului de sănătate are o bună acoperire cu legislație la nivel comunitar Directiva 89/391/EEC din 12 iunie 1989 care a devenit un reper important pentru adaptarea legislației naționale.

Sănătatea publică a devenit o preocupare mai semnificativă la nivelul Uniunii Europene în ultima perioadă. Astfel, în 1994 au fost propuse trei programe plurianuale (cancerul; informarea, educația şi formarea în materie de sănătate; prevenția toxicomaniei), iar în 1998 Comisia Europeană a promovat planuri de dezvoltare a politicii de sănătate publică la sfârşit de secol (COM (98) 230, 15 aprilie 1998). În 1999 Comisia Europeană a stabilit printr-un Comunicat cele patru obiective cheie în domeniul protecției sociale, unul dintre acestea referindu-se la "*garantarea unui nivel înalt şi durabil de protecție a sănătății".*

Cel de al doilea palier de abordare a sistemului de sănătate, de altfel cel mai important şi mai cuprinzător, se cantonează **la nivelul statelor membre** ale Uniunii. Motivul fundamental derivă din faptul că sistemele de sănătate se diferențiază puternic pe țări. De aceea până în prezent nu a fost pusă problema "armonizării" sistemelor, ci mai degrabă stabilirea unor obiective comune, responsabilitatea realizării lor, alegerea mijloacelor şi a mecanismelor utilizate în acest scop revenind fiecărui stat în parte.

Unul din elementele care au atras atenția asupra sistemelor de sănătate în toate țările din Europa occidentală şi a generat preocupări serioase pentru reforme în acest domeniu a fost **problema costurilor** cu îngrijirea sănătății care absorb în jur de o cincime din resursele publice sau echivalentul a 6-9% din produsul intern brut. Aceasta în contextul în care fiecare țară membră a UE a fost şi este în situația de a "controla" evoluția cheltuielilor publice cerută de "criteriile de convergență" fixate pentru integrarea în Uniunea Monetară.

În majoritatea țărilor occidentale au fost întreprinse în ultima perioadă reforme ale sistemelor de sănătate. Motivațiile sunt numeroase şi au conotații specifice pentru fiecare țară, dar se poate spune că s-a conturat un *obiectiv comun* şi anume, *realizarea unor performanțe înalte ale sistemului sanitar din punctul de vedere al standardelor de sănătate şi al accesului echitabil la servicii de îngrijire în condițiile unor costuri cât mai mici.*

România se confruntă cu probleme acute ale sistemului de îngrijire a sănătății. Reforma sistemului sanitar are de rezolvat atât problemele grave de sănătate moştenite de la vechiul regim sau apărute în perioada tranziției, cât şi pe cele legate de sistemul instituțional a cărui reconstrucție trebuie să conducă la ameliorarea întregii activități în domeniul sanitar, la o mai bună alocare a resurselor şi la o utilizare mai eficientă a acestora.

Date fiind standardele atinse în ceea ce priveşte starea sănătății populației în țările Europei occidentale şi în România, volumul resurselor alocate şi mecanismele de utilizare a acestora, modalitățile concrete de abordare şi soluțiile adoptate au fost şi sunt diferite, particularizându-se de la o țară la alta. Dacă în țările dezvoltate, reformarea sistemelor de sănătate urmăreşte mai degrabă reducerea sau frânarea creşterii costurilor (apreciate ca deosebit de ridicate şi cu o tendință de creştere în viitor) prin corecții aduse mecanismelor de funcționare, în România reforma sistemului sanitar vizează modificări mai profunde care să conducă atât la îmbunătățirea stării se sănătate a populației, cât şi la utilizarea mai eficientă a resurselor alocate în noile condiții ale economiei de piață.

Relevarea principalelor orientări şi acțiuni întreprinse pentru transformarea sistemelor de sănătate din România şi din țările membre ale UE presupune pe de o parte, clarificarea cadrului economico-social specific domeniului şi, pe de altă parte, analiza comparativă a costurilor şi performanțelor sistemelor de sănătate. Având în vedere însă că sistemele de sănătate diferă substanțial din punct de vedere constructiv şi funcțional, pentru aprofundarea analizei comparative în anumite segmente au fost selectate trei țări europene –Franța, Germania şi Marea Britanie, care se caracterizează prin performanțe înalte în ceea ce priveşte starea de sănătate a populației, dar se diferențiază prin elemente constructive de bază ale sistemelor, legate preponderent de mecanismele de finanțare şi de furnizare a serviciilor de sănătate, precum şi prin indicatori de eficiență exprimați în special de relația cost-beneficiu.

2.2. Cadrul economico-social

2.2.1. Modificarea volumului şi structurii nevoilor de îngrijire a sănătății

Nevoile de îngrijire a sănătății au crescut şi s-au modificat din punct de vedere structural, în primul rând, ca urmare a creşterii duratei medii a vieții şi a procesului de îmbătrânire a populației care a marcat țările europene în ultima parte a secolului XX. Astfel, în ultimii 20 de ani ai secolului trecut, speranța de viață la naştere a crescut în țările Uniunii Europene în medie cu 4 ani, situându-se în prezent in jurul vârstei de 78 ani. În România speranța de viață la naştere este

cu 9 ani mai scăzută decât media europeană, respectiv de 69 ani şi a rămas aceeaşi ca în anul 1980. Un alt indicator relevant pentru configuraţia nevoilor de îngrijire a sănătăţii populaţiei este rata de supravieţuire la vârsta de 65 de ani. În marea majoritate a ţărilor membre ale UE, pentru 80% din totalul bărbaţilor şi 90% din cel al femeilor sunt şanse de supravieţuire la această vârstă. În România, acest indicator înregistrează valori de 63% în cazul bărbaţilor şi de 80 % în cazul femeilor (Anexa 1).

Procesul de îmbătrânire demografică este evidenţiat şi de previziunile sau de proiecţiile evoluţiei populaţiei pentru perioada următoare. Toate proiecţiile evidenţiază o intensificare dramatică a procesului de îmbătrânire în viitorul apropiat. Astfel, potrivit proiecţiei ONU (varianta medie), în anul 2015 populaţia în vârstă de peste 65 ani va deţine o pondere situată în jurul cifrei de 20% în totalul populaţiei în cea mai mare parte a ţărilor membre ale UE (Anexa 2). Aceasta înseamnă o creştere a ponderii populaţiei în vârstă de peste 65 ani, de 4-5 puncte procentuale, în anul 2015 comparativ cu 1999, creştere care se înregistrează pe fondul stagnării sau al scăderii numărului populaţiei. Şi în România procesul de îmbătrânire este evident. Conform aceleaşi proiecţii, în anul 2015 populaţia de peste 65 ani va deţine o pondere de 14,6%, cu 1,5 pp mai mare faţă de 1999, aceasta în condiţiile scăderii numărului populaţiei totale.

Îmbătrânirea populaţiei modifică substanţial cererea pentru servicii şi prestaţii medicale şi creează un nou tip de cerere din partea vârstnicilor. Se ştie că cererea de servicii de sănătate şi respectiv cheltuielile aferente variază în raport cu vârsta: relativ mari la naştere şi la vârste foarte fragede, se diminuează puternic în perioada copilăriei, adolescenţei şi tinereţii după care creşte lent începând de la vârsta de 45-50 ani şi foarte rapid după 65 ani. O astfel de tendinţă a fost pusă în evidenţă de o cercetare[1] din care rezultă că în cazul Franţei, de exemplu, "efectul de îmbătrânire" asupra creşterii cheltuielilor de sănătate între anii 1990 şi 1997 a fost aproximativ egal cu cel al creşterii numărului populaţiei.

Evidenţa procesului de îmbătrânire demografică în Europa care va continua, conform proiecţiilor, şi în următoarele decenii a stimulat cercetările care şi-au propus să evalueze impactul acestui proces asupra diferitelor aspecte sau componente ale sistemului economic şi social. Astfel, într-un studiu[2] care şi-a propus estimarea efectului îmbătrânirii asupra cheltuielilor de sănătate în perspectiva anului 2045 se afirmă că îmbătrânirea populaţiei nu va mai avea în viitor, în special după anul 2025, un impact substanţial asupra creşterii cheltuielilor de sănătate şi, respectiv, asupra ratelor de cotizare la asigurările de sănătate. Pornind de la această constatare concluzia ar fi aceea că, dacă echilibrul bugetului de sănătate se realizează prin acţiuni asupra coeficientului de multiplicare a ratei de cotizare (calculat ca indice al raportului dintre volumul cheltuielilor de sănătate şi numărul populaţiei active), coeficientul de multiplicare pe ansamblul Uniunii Europene – UE (15) va creşte regulat până în 2025, moment

[1] Caterine Bac, Gerard Cornilleau, "Une comparaison internationale", *Problèmes économiques* nr. 2722, 2001.

[2] Gerard Calot et Jean-Paul Sardon, "Vieillissement demographique et protection sociale: le cas de l'UE", *Problèmes économiques* nr. 2656-2657/2000.

după care se va diminua, revenind în vecinătatea lui 1 spre anul 2050. La o concluzie de aceeaşi natură, exprimată chiar prin titlu,[1] se ajunge într-un alt studiu care demonstrează că nu procesul de îmbătrânire demografică *în sine,* care îşi menține totuşi o anumită influență, duce la creşterea puternică a cheltuielilor de sănătate, ci acțiunea concertată a altor factori, în special progresul tehnic medical.

Structura cererii de servicii medicale se modifică şi ca urmare a apariției unor tipuri noi de morbiditate, specifice perioadei moderne, în special ca o consecință a modului de viață contemporan. Cancerul, SIDA, bolile cardiovasculare, tuberculoza sunt doar câteva exemple de boli care preocupă în mod deosebit lumea medicală şi societatea în ansamblul său.

Nu în ultimul rând, aşa cum se consemnează într-un studiu consacrat țărilor OCDE,[2] s-a observat, în ultima perioadă, o tendință de modificare a cererii de servicii de îngrijire medicală determinată, pe de o parte, de o anumită limitare sau chiar excludere a anumitor categorii de persoane sau grupuri (în general săraci) de la accesul la servicii medicale şi, pe de altă parte, de creşterea accesului la servicii care utilizează tehnologii noi pentru cei care dispun de venituri mai mari.

Tendințele menționate mai sus conduc la o continuă creştere şi modificare a structurii a nevoilor de îngrijire medicală cu implicații asupra volumului cheltuielilor necesare sistemului de sănătate. Asemenea schimbări în volumul şi structura cererii de servicii de îngrijire medicală presupune: în primul rând, sustenabilitate financiară crescută, ceea ce înseamnă capacitate de alocare a unui volum mai mare de resurse publice sistemului sanitar; în al doilea rând, un management mai bun adaptabil noilor structuri ale cererii şi posibilităților inevitabil limitate de alocare a resurselor publice către acest sector; în al treilea rând, o adaptare a volumului şi structurii ofertei de servicii de îngrijire a sănătății la cerere.

2.2. Constrângeri economice. Mărimea şi structura resurselor

2.2.1. Resursele financiare

Nivelul de dezvoltare economică şi ritmul creşterii economice constituie un element deosebit de important care, din perspectiva ofertei, determină într-o măsură importantă dezvoltarea şi performanțele sistemului de sănătate. O trăsătură dominantă pentru marea majoritate a țărilor vest-europene după anul 1970, a constituit-o creşterea mai rapidă a cheltuielilor pentru sănătate comparativ cu creşterea PIB.

---

[1] Didier Blanchet, "Une population âgee – ne pase pas forcement beaucoup sur les depenses de sante", *Problèmes économiques* nr. 2656-2657/2000

[2] Jeremy Hurst, "Challenges for health systems in Member Countries of the Organization for Economic Cooperation and Development", *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6).

Tabelul nr. 1

Ritmul de creştere a cheltuielilor de sănătate şi ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB

%

Ritm de creştere (mediu anual)	Germania	Franța	Regatul Unit
1970-1980	6,5	6,7	4,2
1980-1990	2,0	4,2	3,0
1990-1999	5,4	3,0	4,1
Ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB			
1970	6,3	5,8	4,5
1980	8,8	7,4	5,7
1990	8,7	8,8	6,0
1999	10,6	9,5	7,0

Sursa: Catherine Bac, Gerard Cornilleau, "Une comparaison internationale", Problèmes économiques*, nr. 2722/2001, p. 1.*

Se constată un anumit paralelism şi o anumită convergență în ceea ce priveşte evoluția cheltuielilor de sănătate în cele trei țări selectate. Analiza datelor pe subperioade arată că în pofida încetinirii creşterii economice cheltuielile de sănătate au continuat să sporească şi nu pare a fi realizată încă stabilizarea valorii acestor cheltuieli. Rezultatul este acela că, în timp, a crescut ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB astfel că în prezent aceasta se ridică în majoritatea țărilor membre ale UE la 7-9% (tabelul nr. 2).

Tabelul nr. 2

Relația dintre produsul intern brut şi cheltuielile de sănătate în anul 1998

	PIB/locuitor $ PPC	Cheltuieli de sănătate % în PIB
Țări membre ale UE		
Austria	23145	8,3
Belgia	23622	8,9
Danemarca	23855	8,3
Finlanda	20641	6,9
Franța	21214	9,6
Germania	22026	10,6
Grecia	13994	8,3
Irlanda	17991	6,1
Italia	20365	8,2
Olanda	22325	8,6
Portugalia	14569	7,5
Spania	15960	7,1
Suedia	19848	8,0
Regatul Unit	20314	6,7

	PIB/locuitor $ PPC	Cheltuieli de sănătate % în PIB
UEM	20440	8,9
Ţări candidate		
Bulgaria	4683	4,7
R. Cehă	12197	7,2
Estonia	7563	6,9
Letonia	5777	6,7
Lituania	6283	6,3
Polonia	7543	6,4
România	5572	4,1
Slovacia	9624	7,2
Slovenia	14400	7,6
Ungaria	9832	6,4
Alte ţări		
Canada	22814	9,2
SUA	29240	13,0

Sursa: WB, World Development Indicators, 2000, p.10-12; 2001, p. 98-100.

Modificarea (în sensul creşterii) pentru cele mai multe ţări europene a ponderii cheltuielilor de sănătate în PIB este explicată atât de evoluţiile produsului intern brut cât şi de cele ale cheltuielilor de sănătate. O pondere relativ constantă nu înseamnă că şi cheltuielile de sănătate rămân stabile, ci faptul că mărimea şi evoluţia cheltuielilor alocate sistemului de sănătate sunt dependente mai degrabă de evoluţia PIB.

Datele arată o corelaţie strânsă între mărimea produsului intern brut ce revine în medie la un locuitor şi ponderea cheltuielilor alocate sistemului de îngrijire a sănătăţii în PIB. În majoritatea lor, ţările membre ale UE, în special cele cu un nivel înalt de dezvoltare cum ar fi: Danemarca, Belgia, Olanda, Germania, Franţa această pondere se situează în jurul a 9% echivalent PIB, în timp ce în ţările cu un nivel de dezvoltare relativ mai scăzut ca Irlanda, Spania, Portugalia acest procent se ridică la aproximativ 7 % (Anexa nr. 3).

În ţările candidate la integrare, caracterizate printr-un nivel de dezvoltare mai scăzut, ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB este substanţial mai mică decât în statele membre ale Uniunii reprezentând echivalentul a 6-7% din produsul intern brut. România cu o pondere a cheltuielilor de sănătate în PIB de 4,1% se situează pe un loc de neinvidiat din acest punct de vedere în rândul ţărilor europene. Dacă se ia în considerare şi faptul că România este caracterizată printr-un nivel al PIB *per capita* între cele mai scăzute din Europa (apreciat pentru 1998 de Banca Mondială la 1360 $ SUA sau 5572 $ la PPC) procentul menţionat sugerează în mod clar o subfinanţare a acestui sector comparativ cu situaţia din cea mai mare parte a ţărilor europene.

Aceasta înseamnă că potenţialul de alocare a unei părţi relativ mai mari din resursele publice pentru satisfacerea nevoilor de îngrijire a sănătăţii depinde esenţial de nivelul de dezvoltare economică. Dincolo de această dependenţă se

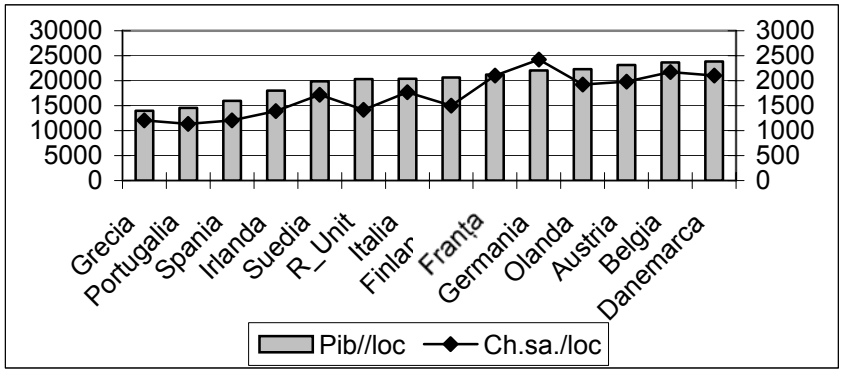
pot constata unele diferenţieri în ceea ce priveşte ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB între ţări cu un nivel relativ apropiat de dezvoltare. Ele îşi au originea atât în politicile naţionale de alocare a resurselor publice în funcţie de priorităţi, precum şi în influenţa costurilor factorilor antrenaţi în sectorul sanitar.

O imagine mai corectă asupra resurselor de care dispune un sistem sanitar din fiecare ţară este dată de mărimea cheltuielilor de sănătate, exprimate în dolari la Paritatea Puterii de Cumpărare (PPC) sau în dolari SUA, ce revin în medie la un locuitor, indicator care cumulează atât efectul creşterii economice, cât şi pe cel al politicilor de alocare a resurselor către acest sector. (Graficul nr. 1).

Graficul nr. 1

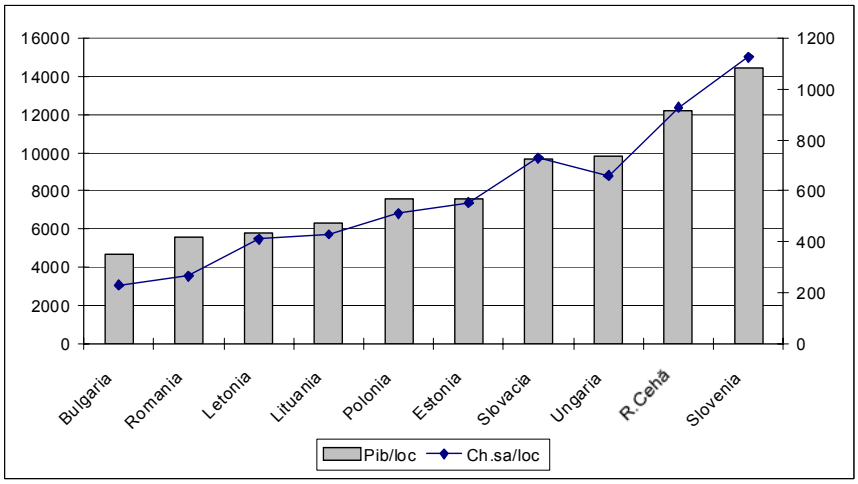
PIB şi cheltuieli de sănătate pe locuitor în ţările UE în anul 1998

$ PPC



PIB şi cheltuieli de sănătate pe locuitor în ţările candidate în anul 1998

$ PPC



Sursa datelor: WB, World Development Report 2000, p. 10-12; 2001, p. 98-100

Cheltuielile de sănătate ce revin în medie pe un locuitor, exprimate în dolari la PPC (dolari internaţionali) sunt în România în prezent de aproape 8 ori mai mici decât media acestui indicator pentru ţările UE .

Cu un nivel al cheltuielilor pentru sănătate echivalent cu 265 $ internaționali sau 63 $ SUA în medie pe un locuitor, România se plasează pe locul penultim între țările membre ale UE şi țările candidate la integrare.

Această stare de lucruri impune o analiză mai atentă a factorilor care se cer a fi luați în considerare atunci când se structurează alocarea cheltuielilor publice şi în concordanță cu obiectivele prioritare, între care îmbunătățirea stării de sănătate a populației este unanim recunoscută.

- **Profilul resurselor**

Imaginea oferită de analiza indicatorilor care reflectă resursele financiare alocate sistemului de sănătate este considerată, pe bună dreptate, de specialişti ca fiind prea globală, comparațiile efectuate utilizându-se cel mai adesea pentru a susține că sistemului de sănătate îi sunt alocate fie prea multe, fie prea puține resurse. Datele referitoare la cheltuieli nu pot confirma sau infirma în mod convingător astfel de aprecieri, datorită faptului că ele ascund adevăratul cost economic al îngrijirii sănătății. În demersul de a găsi instrumente îmbunătățite de măsurare a activității şi performanțelor îngrijirii sănătății, doi specialişti de la Institutul Suedez de Economie Sanitară au propus un cadru de analiză care utilizează pe lângă resursele financiare exprimate de indicatorii care exprimă cheltuielile, şi resursele reale alocate sistemelor de sănătate [1].

O asemenea metodă a fost utilizată în raportul Organizației Mondiale a Sănătății pe anul 2000[2] cu scopul de a evidenția faptul că diferențele de performanță în domeniul ocrotirii sănătății între țări se justifică nu numai prin decalajul în ceea ce priveşte mărimea resurselor, în special financiare, ci şi prin modul de combinare a diferitelor tipuri de resurse, fiind făcute comparații între mixul de inputuri pentru patru țări dezvoltate (Danemarca, Suedia, Regatul Unit, SUA) şi pentru patru țări cu nivel mediu de dezvoltare (Egipt, Mexic, Africa de Sud, Tailanda). În acest scop au fost utilizați opt indicatori care exprimă resurse financiare, umane şi materiale.

Caseta nr. 1

O abordare alternativă a comparației resurselor sistemelor de sănătate

Ideea principală care a condus la acest nou cadru de analiză fost legată de distincția care trebuie făcută între managementul resurselor reale (resurse umane şi alte inputuri) şi transferul (fluxul) de bani necesari pentru extragerea şi utilizarea acestor resurse din economie şi societate.

Această logică a condus la împărțirea variabilelor care definesc sistemul de sănătate în variabile care măsoară stocul de resurse reale utilizate de acest sistem şi variabile care măsoară fluxul cheltuielilor băneşti (adică puterea de cumpărare) efectuate pentru utilizarea acestor resurse reale. Cele două categorii sunt legate între

[1] Anders Anell & Michael , *International comparison of health care systems using resource profiles*, WHO Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6).

[2] WHO, World Health Report, 2000.

ele: cantitatea de resurse reale multiplicată cu prețul factorului respectiv are ca rezultat totalul cheltuielilor alocate îngrijirii sănătății. Dar, din cauza variației factorului preț pe plan internațional, cu acelaşi nivel al cheltuielilor pot fi cumpărate cantități diferite de resurse în diferite țări. Este important de subliniat faptul că, în contextul comparațiilor internaționale, o foarte mare influență asupra volumului cheltuielilor de sănătate au resursele procurate de pe piața națională ale căror prețuri reflectă starea şi condițiile economice ale unei națiuni (de exemplu, salariile personalului medical care depind esențial de prețurile de pe piața internă).

Ce spune unui analist această clasificare? În primul rând, faptul că stocul resurselor reale atrage după sine cheltuieli băneşti ca o recompensă pentru contribuția acestora la performanțele sistemului de îngrijire a sănătății populației. Creşterea stocului de resurse reale atrage după sine în mod obligatoriu sporirea cheltuielilor monetare atât pe termen scurt cât şi pe termen mai lung. În al doilea rând, inputurile sistemului de îngrijire a sănătății sunt interdependente, ceea ce înseamnă că potențialul de îngrijire a sistemului depinde în mare măsură de cum este distribuită puterea de cumpărare între diferitele resurse reale, aceasta adăugându-se la cât de bine este administrat fiecare input în parte. De exemplu, capacitatea resurselor umane ocupate în sistem şi combinația optimă între diferitele categorii de personal sanitar depinde puternic de tehnologiile aplicate în domeniu: medicamente noi, echipament performant de diagnosticare a diferitelor boli care conduc adesea la creşterea performanței personalului medical. Aşadar, dacă puterea de cumpărare disponibilă nu este alocată eficient între diferite resurse reale şi nu este bine administrată, sistemul de îngrijire a sănătății va funcționa sub capacitatea sa optimă.

Analiza comparativă a profilului resurselor de care dispun sistemele de sănătate din trei țări membre ale UE (Franța, Germania, Regatul Unit) şi din România s-a bazat pe cinci indicatori –disponibili pentru România, pentru anii 1991 şi 1998. Pentru resursele financiare au fost utilizați indicatorii: ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB şi cheltuielile de sănătate (exprimate în dolari la paritatea puterii de cumpărare) ce revin în medie pe un locuitor; pentru resursele umane: numărul de medici la 1000 locuitori şi personalul mediu sanitar la 1000 de locuitori; pentru resurse materiale: număr de paturi de spital la 1000 locuitori. Pe baza datelor cuprinse în tabelul nr. 2.3. am construit câte o diagramă pentru fiecare din țările comparate prin care cele cinci valori ale indicatorilor se condensează într-un profil al resurselor.

În măsura în care vor fi disponibile şi alte informații referitoare la resurse (de exemplu, număr de aparate pentru tomografie computerizată, de rezonanță magnetică etc. sau cheltuieli cu medicamente) în condiții de comparabilitate internațională, analiza profilului resurselor poate fi aprofundată.

Pentru acest grup de țări, Germania a reprezentat “frontiera resurselor”, deoarece indicatorii luați în considerare înregistrează valorile cele mai mari. Este important de menționat totuşi că frontiera resurselor nu reflectă în mod necesar şi cele mai bune performanțe ale sistemului de îngrijire a sănătății populației. Ea reflectă mai degrabă importanța relativă a fiecărui tip de resursă pentru fiecare țară.

Tabelul nr. 3

Nivelul indicatorilor de resurse pentru anii 1991 şi 1998

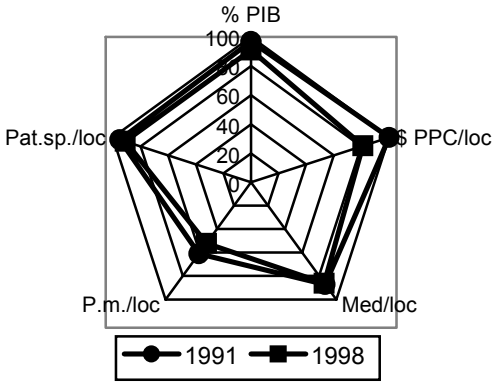
	Franța	Germania	Regatul Unit	România
Cheltuieli, % din PIB				
1991	9,1	9,4	6,5	3,3
1998	9,6	10,6	6,7	4,1
Cheltuieli/loc., $ PPC				
1991	1656	1600	1006	168
1998	2102	2424	1418	265
Medici la 1000 loc.				
1991	2,7	3,1	1,5	1,8
1998	3.0	3,5	1,7	1,9
Personal mediu la 1000 loc.				
1991	5,4	8.9	5,2	5,4
1998	5,0	9,6	5,0	4,1
Paturi de spital la 1000 loc.				
1991	9,6	10,1	5,6	8,9
1998	8,5	9,3	4,2	7,3

Sursa: Bulletin of the WHO, 2000, 78(6), p.772-773; WB, World Development Indicators 2000, p.90-94; INS, Anuarul statistic al României, 2000, p. 182.

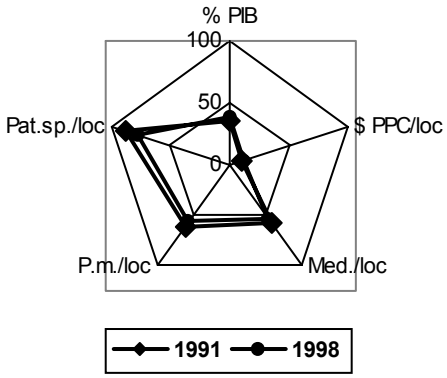
Aşa cum arată datele din tabelul nr. 3. şi graficul nr. 2 în România ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB reprezintă două cincimi din mărimea aceluiaşi indicator pentru Germania, iar volumul cheltuielilor de sănătate exprimate în dolari internaționali ce revin în medie pe un locuitor doar a zecea parte. În ceea ce priveşte resursele umane utilizate în sistemul sanitar, nivelul indicatorilor pentru România este ceva mai mare de 50% din mărimea acestora în Germania în anul 1998. Se remarcă de asemenea faptul că în România valoarea relativă a acestor indicatori față de cei înregistrați în Germania a scăzut, în intervalul 1991-1998, de la 0,58 la 0,54 în cazul indicatorului număr de medici la 1000 locuitori şi de la 0,61 la 0,56 în cazul personalului mediu sanitar la 1000 de locuitori.

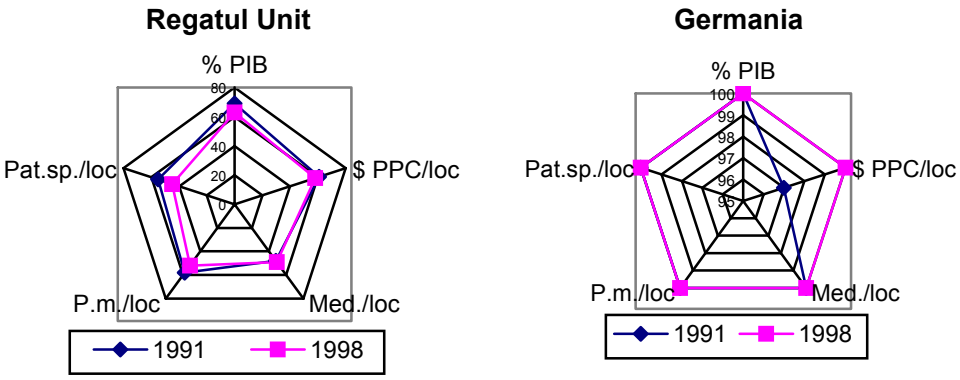
Graficul nr. 2.

Franța



România





O situație ceva mai bună, în termeni relativi, se observă în cazul indicatorului numărul paturilor de spital la 1000 de locuitori, reprezentând 0,78 în anul 1998, dar în perioada 1991-1998 raportul dintre valoarea indicatorului între România şi Germania a scăzut de la 0,88 în 1991 la 0,78 în 1998.

În cadrul acestei comparații merită a fi reținută observația potrivit căreia Regatul Unit care înregistrează performanțe similare cu cele ale Germaniei în ceea ce priveşte starea şi îngrijirea sănătății populației utilizează semnificativ mai puține resurse financiare (circa 60%) şi umane (aproximativ 50%) comparativ cu Germania.

2.3. Performanțe

Specialiştii consideră că sectorul de sănătate cumulează influența a numeroşi factori şi, respectiv a activității mai multor instituții, sistemul medical fiind doar una dintre acestea. Trebuie amintită mai întâi, funcția menajelor de a produce sănătate care, la rândul ei, este legată de intrările de bunuri (alimente, alcool), servicii (de educație, medicale), de condițiile de locuit, de factorii de mediu, de timp etc. Diferitele valori ale indicatorilor de sănătate şi de boli (degenerative, infecțioase, de nutriție, sociale, care rezultă din accidente), structura națională a morbidității constituie un agregat al stărilor sanitare individuale. Fiecare țară are un "iceberg al morbidității", cu boli declarate care atrag atenția prin frecvența şi gravitatea lor şi boli nedeclarate, netratate care figurează în partea ascunsă a societății.

Sistemul medical joacă un rol central în procesul producerii de sănătate. Instituțiile sale prestează servicii preventive care pot diminua incidența bolilor şi servicii curative care pot restabili sănătatea pacienților şi atenua boala, invaliditatea şi mortalitatea. Volumul şi calitatea produselor sistemului medical sunt determinate de organizarea sa, de gestiune şi finanțare, ca şi de medicamente, de echipamente medicale şi alte intrări furnizate de oferta industriei medicale naționale şi de comerțul internațional.

Sănătatea este obiectivul definitoriu, raţiunea de a fi a sistemului sanitar. Aceasta înseamnă realizarea unei stări a sănătăţii cât mai bună posibilă pe întregul ciclu de viaţă al oamenilor luând în considerare atât mortalitatea, cât şi boala/invaliditatea prematură[1]. Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) prezintă în raportul său pe anul 2000 o evaluare a stării de sănătate a populaţiei pornind de la indicatori parţiali şi convenţionali ai stării de sănătate: rata mortalităţii copiilor sub vârsta de 5 ani, rata mortalităţii adulţilor cuprinşi între 15 şi 59 ani şi speranţa de viaţă la naştere. Raportul propune pentru prima dată un singur indicator/măsură a stării sănătăţii generale a populaţiei: exprimat prin *speranţa de viaţă la naştere ajustată-SVNA* (disability-adjusted life expectancy-DALE), ajustarea fiind făcută în sensul scăderii din mărimea indicatorului speranţa de viaţă la naştere, a numărului de ani de viaţă estimaţi a fi cu stare proastă de sănătate.

Caseta nr. 2

O evaluare sintetică a sănătăţii populaţiei

Nu se cunoaşte până în prezent o metodă care să permită o evaluare sintetică a sănătăţii unei populaţii. Abordările în acest domeniu utilizează informaţii despre mortalitate şi morbiditate, pe baza cărora se calculează indicatori mai relevanţi cum este, de exemplu, speranţa de viaţă la naştere sau rata de supravieţuire la diferite vârste. Noul indicator propus de OMS: speranţa de viaţă la naştere ajustată (SPNA) cu anii de viaţă evaluaţi ca fiind cu o sănătate precară, este estimat pe baza a trei categorii de informaţii: ponderea populaţiei care supravieţuieşte la fiecare vârstă, calculată pe baza ratelor de natalitate şi mortalitate; prevalenţa fiecărui tip de boală la fiecare vârstă şi ponderea fiecărui tip de boală care poate sau nu varia în funcţie de vârstă. Supravieţuirea la fiecare vârstă este ajustată în jos cu suma tuturor efectelor îmbolnăvirilor, rezultatul fiind ponderea populaţiei care nu suferă de acea boală. Aceste rate de supravieţuire ajustate sunt raportate la populaţia iniţială, înainte ca mortalitatea să se fi produs, pentru a obţine numărul mediu de ani de viaţă în deplină sănătate pe care o persoană nou născută i-ar putea trăi. Acest indicator-SPNA-are avantajul că este comparabil cu noţiunea mai familiară: speranţa de viaţă la naştere neajustată.

Trebuie menţionat faptul că acest indicator a fost determinat de OMS pentru 191 state membre ale organizaţiei, fiind precizat un interval de eroare în fiecare caz în parte.

Analiza datelor privind performanţele sistemelor de sănătate din ţările membre ale UE scoate în evidenţă faptul că pentru marea majoritate a ţărilor din această zonă indicatorii statistici exprimă progrese foarte mari în ultima jumătate a secolului XX în ceea ce priveşte starea sănătăţii populaţiei, din acest punct de vedere constatându-se o reală convergenţă a sistemelor de sănătate. Aşa cum arată numeroase studii epidemiologice şi socio-economice, speranţa de viaţă şi sănătatea în general s-au ameliorat constant. Eradicarea bolilor cronice, îmbunătăţirea modului de viaţă, a condiţiilor de locuit, educaţia şi creşterea economică sunt principalii factori determinanţi ai unei bune stări de sănătate.

[1] WHO, The World Health Report 2000, p. 27.

Potrivit evaluărilor OMS efectuate cu ajutorul indicatorului sintetic speranța de viață la naştere ajustată determinat pentru totalul populației (tabelul nr. 4), țările membre ale Uniunii Europene se clasează între primele 30 țări din lume în ceea ce priveşte starea de sănătate a populației. Dintre țările membre ale UE, Franța este apreciată ca fiind cu cele mai bune rezultate, ocupând locul 3 în lume cu o speranță de viață la naştere într-o stare de sănătate bună (SVNA) evaluată la 73 ani; numărul de ani de viață cu o proastă stare de sănătate a fost estimat la o medie de 5,6 ani pentru bărbați şi de 6,7 ani pentru femei.

Merită subliniat faptul că Germania care, aşa cum am arătat mai sus, înregistrează cele mai mari cheltuieli de sănătate pe locuitor între țările UE ocupă, conform ierarhiei OMS, locul 22 din lume şi locul 12 între țările membre ale UE în ceea ce priveşte starea sănătății populației. Această constatare justifică în mare măsură preocuparea Germaniei pentru reducerea costurilor în sistemul de îngrijire a sănătății.

Aşa cum se observă din datele cuprinse în tabelul nr. 4, țara cu performanțele cele mai bune din lume privind starea de sănătate a populației este Japonia. Potrivit aceloraşi evaluări, Statele Unite ale Americii, țara cu cele mai mari cheltuieli absorbite de sistemul sanitar reprezentând 13% echivalent PIB, ocupă locul 29. Aceste două exemple confirmă aprecierea conform căreia starea de sănătate a populației depinde nu numai de activitatea din sistemul sanitar, ci într-o bună măsură şi de factori exteriori acestuia, definiți în general de mediul economico-social.

Tabelul nr. 4

Speranța de viață ajustată pentru 1997-99

	Rang SVNA	Speranța de viață ajustată, ani					Ani de viață cu stare de sănătate precară	
		Total pop. la naştere	Bărbați		Femei		Bărbați	Femei
			La naştere	La 60 ani	La naştere	La 60 ani		
Franța	3	73,1	69,3	16,8	76,9	21,7	5,6	6,7
Suedia	4	73,0	71,2	16,8	74,9	19,6	5,9	7,0
Spania	5	72,8	69,8	16,8	75,7	20,1	5,5	6,4
Italia	6	72,7	70,0	16,2	75,4	19,9	5,4	6,7
Grecia	7	72,5	70,5	16,9	74,6	18,8	5,0	5,9
Olanda	13	72,0	69,6	15,4	74,4	19,7	5,4	6,7
Regatul Unit	14	71,7	69,7	15,7	73,7	18,6	5,0	6,0
Belgia	16	71,6	68,7	15,8	74,6	19,6	5,8	6,7
Austria	17	71,6	68,8	15,2	74,4	18,7	5,6	6,0
Luxemburg	18	71,1	68,0	15,8	74,2	19,7	6,5	7,2
Finlanda	20	70,5	67,2	14,5	73,7	18,5	6,2	7,0
Germania	22	70,4	67,4	14,3	73,5	18,5	6,3	6,6
Irlanda	27	69,6	67,5	13,9	71,7	16,6	5,8	6,6
Danemarca	28	69,4	67,2	14,2	71,5	17,2	5,7	6,6
Portugalia	29	69,3	65,9	14,0	72,7	17,7	6,1	6,8

	Rang SVNA	Speranța de viață ajustată, ani					Ani de viață cu stare de sănătate precară	
		Total pop. la naştere	Bărbați		Femei		Bărbați	Femei
			La naştere	La 60 ani	La naştere	La 60 ani		
Slovenia	34	68,4	64,9	12,7	71,9	16,8	6,6	7,6
R. Cehă	35	68,0	65,2	12,7	70,8	16,4	6,3	7,5
Slovacia	42	66,6	63,5	12,7	69,7	16,0	5,4	7,0
Polonia	45	66,2	62,3	12,5	70,1	16,6	5,6	6,5
Bulgaria	60	64,4	61,2	12,2	67,7	15,1	6,3	7,1
Ungaria	62	64,1	60,4	11,7	67,9	15,5	5,9	7,2
Lituania	63	64,1	60,6	13,4	67,5	16,2	6,4	10,4
Estonia	69	63,1	58,1	11,2	68,1	15,8	6,3	7,2
România	80	62,3	58,8	12,0	65,8	14,6	6,4	7,6
Letonia	82	62,2	57,1	11,4	67,2	15,9	6,5	7,4
Japonia	1	74,5	71,9	17,5	77,2	21,6	5,7	7,1
Australia	2	73,2	70,8	16,8	75,5	20,6	6,0	6,7
Canada	12	72,0	70,0	16,0	74,0	18,9	6,2	7,8
SUA	24	70,0	67,5	15,0	72,6	18,4	6,3	7,2

Notă: Datele sunt pentru ultimul an disponibil.
Sursa: WHO, World Health Report 2000, p. 176-179.

România ocupă locul 80 în lume după indicatorul speranța de viață la naştere ajustată şi penultimul loc între țările candidate la integrare în UE. Cele mai bune rezultate în această grupă de țări le-au obținut Slovenia, R.Cehă, Slovacia, Polonia.

Deosebit de semnificativ pentru aprecierea stării de sănătate a populației este şi indicatorul *speranța de viață ajustată determinată pentru vârsta de 60 ani*. Datele arată că în țările UE aceasta este cuprinsă între 16,8 ani în Franța şi 13,9 ani în Irlanda pentru bărbați şi între 21,7 ani în Franța şi 16,6 ani în Irlanda pentru femei .În țările candidate la integrare acelaşi indicator se situează în jurul cifrei de 13 ani pentru bărbați şi 16 ani pentru femei. Pentru România acest indicator a fost estimat la 12 şi respectiv 15 ani.

Evaluarea subiectivă a stării de sănătate a populației de către înşişi cetățenii din țările Uniunii Europene vine să completeze datele oficiale şi să marcheze ceea ce interesează populația în legătură cu acest subiect.

Conform informațiilor oferite de Eurobarometrul nr. 53/2000, cetățenii europeni consideră că o stare bună a sănătății este principalul factor care contribuie la calitatea vieții lor. În marea lor majoritate (peste 80 % chiar şi dintre persoanele cele mai în vârstă) cetățenii din țările UE se consideră satisfăcuți de starea lor de sănătate[1]. Numai în patru țări (Portugalia, Spania, Germania şi Italia) aprecierile se situează sub media europeană. Acest sentiment de satisfacție este de înțeles dacă se au în vedere şi indicatorii care exprimă starea de sănătate a populației.

[1]CE,Eurostat, *La situation sociale dans l'Union europeenne* 2001, p. 33.

Potrivit sondajului, pe ansamblul UE aproape 97% din populația cuprinsă între 16 şi 64 ani nu suferă de nici o problemă de sănătate care să le perturbe viața cotidiană. Dintre ceilalți 13%, 4% declară a fi grav afectați, iar 9% numai într-o anumită măsură.

Relația dintre nivelul venitului şi starea de sănătate este confirmată de ancheta Eurobarometru (1999) care arată că un procent de 72% din cei cu venituri inferioare sunt mulțumiți de starea sănătății lor comparativ cu 90% din cei care fac parte din categoriile cu veniturile cele mai înalte.

S-a constatat de asemenea o corelație pozitivă între educație şi starea de sănătate. Un nivel declarat al stării de sănătate, ca fiind bun, creşte odată cu nivelul educației în toate statele membre. Această corelație apare ca puternică deoarece se compară declarațiile referitoare la starea sănătății celor care au nivelul cel mai scăzut de studii cu cele ale celor cu studiile cele mai înalte.

2.4. Reformele sistemelor de sănătate în unele țări membre ale UE. Obiective şi rezultate

O trăsătură comună pentru sistemele de sănătate din majoritatea țărilor Uniunii o constituie preocuparea pentru problematica sustenabilității din punct de vedere financiar şi al asigurării unui raport cât mai bun între costuri şi efecte. Ea a stat la originea inițierii şi înfăptuirii unor reforme sau ajustări importante ale sistemelor de sănătate din statele membre ale Uniunii Europene. Toate țările occidentale se confruntă mai mult sau mai puțin cu problema costurilor în sistemul sanitar, ca un simptom generalizat determinat, aşa cum am arătat mai sus, de fenomene şi procese ca; îmbătrânirea populației, progresul tehnic, creşterea ofertei de îngrijire etc. Acestei tendințe, fiecare țară a încercat să-i facă față într-o manieră şi prin măsuri specifice.

Sistemele de sănătate stau sub semnul reformei mai bine de două decenii. La nivelul uniunii nu au fost formulate în mod expres exigențe care să orienteze țările în această privință, astfel încât măsurile adoptate au avut ca elemente de fundamentare nevoile interne ale fiecărei țări şi au constat în principal în ajustări permanente, grefate pe structuri constructive şi funcționale bine consolidate în timp, fără a se produce rupturi în sistem. Modalitățile concrete de abordare au fost diferite de la o țară la alta. S-au constatat totuşi câteva zone de interes comun spre care a fost canalizată atenția autorităților statelor implicate într-un astfel de proces. Cele mai importante dintre acestea sunt: problema costurilor; echitatea în cadrul sistemului; menținerea unei calități înalte a serviciilor de sănătate.

2.4.1. Sustenabilitate financiară

Frânarea creşterii costurilor

Problema costurilor a fost o constantă pentru cea mai mare parte a țărilor datorită presiunii crescânde a nevoilor şi a creşterii cererii de servicii, precum şi a scumpirii actului medical, factori care în mod firesc duc la creşterea cheltuielilor. Toate țările au încercat să limiteze creşterea costurilor şi să scadă presiunea

acestora asupra bugetelor publice. Aceasta concomitent cu preocuparea pentru calitatea serviciilor şi pentru accesul la îngrijire.

Măsurile concrete la care au recurs responsabilii cu sistemele de sănătate diferă substanțial de la o țară la alta în funcție de caracteristicile de construcție şi de funcționare ale sistemului. Deşi a fost şi a rămas o problemă preocupantă pentru toate cele trei țări selectate pentru analiză, **Germania** este țara care a fixat drept *obiectiv central al reformei "frânarea creşterii costurilor şi a ratelor de cotizare*". Acest obiectiv se justifică având în vedere că cheltuielile de îngrijire a sănătății în Germania sunt între cele mai înalte din Uniune (ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB era evaluată pentru anul 1998 la circa 10,7% comparativ cu 6,8% în Regatul Unit şi 9,6% în Franța). Între cele mai importante măsuri luate în Germania şi orientate în această direcție menționăm:

- *Frânarea creşterii costurilor în spitale* având în vedere că cea mai mare parte a cheltuielilor de sănătate (mai mult de jumătate) sunt cele absorbite de spitale. Cele mai importante măsuri luate în acest scop în ultimul deceniu se referă la:
  - Instituirea încă din 1993-1994 a unui sistem de bugete pentru spitale şi introducerea unor taxe de spitalizare forfetare plătite de pacienți pentru fiecare zi de spitalizare.
  - Utilizarea "costului mediu zilnic de spitalizare" drept element de referință pentru bugetul fondurilor (caselor) de asigurări.
  - Degrevarea spitalelor şi a cheltuielilor caselor de asigurări, de serviciile de îngrijire (a persoanelor vârstnice şi cu probleme de sănătate) nespecifice domeniului, prin crearea unei scheme separate de asigurare de îngrijire a persoanelor vârstnice (Pflegeversicherung).

Interesul deosebit al Germaniei pentru reducerea costurilor în spitale se justifică, între altele, şi prin faptul că în prima parte a anilor "90 durata medie de spitalizare era între cele mai mari: 11,5 zile, comparativ cu 6,4 zile în Franța sau 5,2 în Regatul Unit, deci de circa două ori mai mare. Trebuie amintit în acest context faptul că tratamentul în spital este costisitor şi partea cea mai importantă a cheltuielilor de sănătate este absorbită de acestea.

- Stabilirea unor reguli potrivit cărora cheltuielile caselor de asigurări de sănătate luate individual şi în ansamblul lor nu pot creşte mai rapid decât baza salarială utilizată pentru calculul cotizațiilor de asigurări de sănătate.
- *Reducerea numărului de case de asigurări de sănătate* de la peste 2000 înainte de 1990 la sub 600 în prezent chiar în condițiile în care după unificare, volumul de activitate a crescut.

Evaluarea efectelor, pe diferite planuri, ale măsurilor în cadrul reformei sistemului de sănătate a condus la necesitatea corectării lor în continuare. De exemplu, nivelul contribuției pe care pacienții trebuiau să o plătească pentru tratament în spital a fost de mai multe ori modificat, această plată fiind chiar suspendată în anii 1998 şi 1999[1], revenindu-se apoi asupra introducerii ei. Totuşi, în timp, această taxă pentru fiecare zi de spitalizare a crescut de la 10 DM în anul 1990 la 17 DM (8.69 euro) în anul 2000.

[1] CE, La protection sociale en Europe 1999, martie 2000.

În cadrul dezbaterilor care se poartă pe marginea regimului german de asigurări de sănătate, în ultimii ani au fost formulate propuneri care vizează realizarea obiectivului fundamental al reformei: frânarea creşterii costurilor şi evitarea de noi creşteri ale ratelor de cotizare. Propunerile pentru atingerea acestui obiectiv se axează pe următoarele aspecte principale:

- mai buna coordonare între serviciile medicale prestate de medicii generalişti, de specialişti şi în spitale;
- restricționarea libertății de alegere de către pacienți a prestatorilor de servicii;
- finanțarea dintr-o sursă unică (unificată) a spitalelor, actualmente repartizată între landuri şi casele de asigurări de sănătate;
- limitarea listei de medicamente care pot fi prescrise şi diminuarea costului lor.

Asemenea orientări au stârnit numeroase controverse, având în vedere că măsurile care pot fi adoptate pentru atingerea acestui obiectiv ar putea induce riscuri în planul accesului populației la servicii de sănătate şi al echității în domeniu. Acestea se referă, de exemplu, la: limitarea libertății pacienților de a-şi alege prestatorii de servicii; restrângerea listei de medicamente ce pot fi prescrise de medicii de familie şi de medicii specialişti sau introducerea unei liste negative de medicamente (pentru care nu se face rambursarea costurilor); plafonarea cheltuielilor medicilor generalişti, de familie etc.

Franța a fost şi este preocupată de frânarea creşterii costurilor, dar a inițiat măsuri mai puțin radicale decât Germania. În Franța, unde coexistă un vast sector public şi un important sector privat, în ultimele decenii s-au aplicat măsuri care au vizat:

- modificarea limitei superioare a veniturilor pentru care sunt plătite de salariați şi de angajatori contribuțiile de asigurări de sănătate şi, în final, eliminarea plafonului de venit pentru care se plăteşte contribuția la Casa de asigurări de sănătate;
- introducerea şi apoi creşterea nivelului taxei forfetare pentru îngrijirea în spital;
- introducerea în 1993 a unei liste negative de medicamente şi măsuri pentru restricționarea compensării medicamentelor; un studiu elaborat în anul 1999 a propus adoptarea unei liste de medicamente generice menită să ducă la scăderea costurilor rețetelor;
- promovarea unei reforme în învățământul medical, orientat spre controlul numărului de studenți la medicină şi, în final, limitarea creşterii numărului de medici, aceasta fiind considerată o cale de reducere a cheltuielilor cu salariile în sectorul sanitar.

Una dintre problemele preocupante pentru Franța, legată de reducerea costurilor în sistemul sanitar, se referă la ameliorarea gestiunii spitalelor şi la dezvoltarea tratamentelor la domiciliu. Această problemă a apărut în urma unei anchete privind starea de sănătatea populației, efectuată de casele de asigurări, anchetă pe baza căreia a fost prezentat un plan detaliat de reformă care vizează *o mai bună administrare a resurselor şi extinderea accesului la serviciile medicale.*

Regatul Unit care dispune de un sistem de sănătate finanțat din bugetul public şi nu se numără între "campionii" europeni în ceea ce priveşte nivelul cheltuielilor în sistemul sanitar, a inițiat o serie de măsuri cantonate preponderent în direcția unei mai bune administrări a cheltuielilor de sănătate, în special în spitale. Măsurile au fost orientate în principal spre descentralizarea responsabilității în domeniu prin introducerea unui sistem de contracte, autoritățile locale devenind parte contractuală cu spitalele publice şi private.

Introducerea mecanismelor de piață

Ideea de a se încuraja introducerea instrumentelor economiei de piață în sistemul sanitar s-a conturat în baza unor aprecieri potrivit cărora unul dintre factorii importanți care au contribuit la creşterea alarmantă a cheltuielilor de sănătate în țările europene îl constituie modul de plată a prestațiilor medicale care stimulează supraconsumul. Indiferent că este vorba despre sistemele naționale de sănătate cum este, de exemplu, cel din Marea Britanie finanțat din taxe şi impozite sau despre sisteme de sănătate finanțate pe principiul asigurărilor sociale, aşa cum este cazul Germaniei şi al Franței, finanțarea este sub autoritate publică ceea ce înseamnă că aceasta (autoritatea publică) are misiunea de a acoperi cheltuielile de sănătate ale afiliaților care se adresează medicilor sau altor prestatori care au relații contractuale cu aceste autorități.

În scopul reducerii cheltuielilor publice de sănătate Germania, de exemplu, a introdus *componenta privată a asigurărilor de sănătate*, prin măsura limitării accesului universal la protecție în caz de îmbolnăvire. Astfel, persoanele ale căror venituri depăşesc un anumit plafon nu sunt în mod automat acoperite de asigurări sociale (aproximativ 25% din cetățeni) şi, în consecință, trebuie să subscrie la un fond (Casă) de asigurare, la alegerea lor, care poate fi una privată sau la care este afiliat restul populației.

Deşi au fost obținute unele rezultate, efectul unor asemenea măsuri a fost până în prezent nesemnificativ, sectorul public deținând în continuare ponderea cea mai importantă în totalul cheltuielilor de sănătate. Astfel, în 1998 ponderea cheltuielilor publice în totalul cheltuielilor de sănătate era de 84% în Regatul Unit, de 76% în Franța, de 75% în Germania, în produsul intern brut reprezentând o pondere de 5,6% în Regatul Unit, de 7,3% în Franța şi de 7,9% în Germania (anexa nr. 3).

Subiectul promovării asigurărilor private în domeniul sănătății, în general a mecanismelor de piață, a provocat o serie de controverse. Pe de o parte, se consideră că prin competiție se încurajează prestatorii de servicii să asigure o mai bună tratare a pacienților şi să promoveze reducerea costurilor, ceea ce în final va permite guvernului să reducă cheltuielile bugetare. Pe de altă parte, se consideră că dincolo de un punct până la care efectele pot fi pozitive, încurajarea elementelor de piață poate reduce suportul public pentru îmbunătățirea sistemului medical de bază şi să apară riscul dezvoltării medicinei cu două viteze.

Rezultate

Cu toate eforturile făcute în vederea frânării creşterii cheltuielilor cu sănătatea, în țările Uniunii Europene rezultatele n-au fost spectaculoase. Datele de

care dispunem arată, de exemplu, că în perioada 1990-1996, în majoritatea țărilor s-a înregistrat o continuare a creşterii cheltuielilor de sănătate, realizându-se totuşi o încetinire a ritmului, şi doar sporadic ritmuri negative în subperioada 1993-1996 (tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5

Evoluția cheltuielilor de sănătate exprimate la PPC în țările UE în perioada 1990-1996

variații medii anuale, %

	1990-1993	1993-1996	1990-1996
Belgia	2,3	4,9	3,6
Danemarca	4,4	-0,6	1,9
Germania	4,1	3,8	4,0
Grecia	2,8	6,3	4,6
Spania	6,6	0,4	3,4
Franța	3,7	1,9	2,8
Irlanda	8,5	4,4	6,5
Italia	0,0	-2,0	-1,0
Luxemburg	8,3	5,5	6,9
Olanda	5,9	-0,5	2,7
Austria	4,4	2,6	3,5
Portugalia	18,7	4,5	11,4
Finlanda	-2,8	2,2	0,3
Suedia	n.d.	2,4	n.d.
Regatul Unit	8,6	2,7	5,6
UE-15	4,1	2,0	2,9

Sursa: Commission Europeénne, La protection sociale en Europe 1999*, martie 2000.*

Pentru perioada 1990-1999 ritmul mediu anual de creştere a cheltuielilor de sănătate a rămas totuşi foarte ridicat: de 5,4% în Germania, 3,3% în Franța, 4,1% în Regatul Unit. Sunt semne care arată că problema costurilor îngrijirii sănătății rămâne o problemă deschisă şi pentru perioada următoare.

2.4.2. O echitate mai mare în sistem

O parte a măsurilor adoptate în cadrul reformelor sistemului de sănătate în țările Uniunii Europene a vizat echitatea, în special în ceea ce priveşte accesul la serviciile de bază. Este vorba despre preocuparea pentru o mai bună distribuție, pe regiuni, a posibilităților de acces la servicii medicale, în special în Marea Britanie. O problemă importantă care a apărut în ultima perioadă, semnalată cu deosebire în Franța, se referă la creşterea inegalității între diferite categorii de populație în ceea ce priveşte accesul la serviciile de sănătate, aşa cum este cazul celor cu venituri mici. Astfel, în urma unei analize a fost scos în evidență faptul că în 1999, circa 6 milioane de persoane, în special cu venituri mici, nu au acces la servicii de sănătate de bază. Pentru corectarea acestui fenomen negativ a fost adoptată o lege “Couverture maladie universelle-CMU” care şi-a propus ca

obiectiv: garantarea unui acces gratuit la servicii de sănătate (acoperire complementară gratuită) persoanelor care au venituri lunare sub un anumit plafon (3500 FF pentru o persoană; 5200 FF pentru 2 persoane; 6300 FF pentru 3 persoane; 7700 FF pentru 4 persoane plus 1400 FF pentru fiecare persoană în plus). Aceasta înseamnă reataşarea gratuită la sistemul de asigurări de sănătate a categoriilor de populație care îndeplinesc aceste condiții. Acoperirea se referă la un "ticket moderateur" pe baza căruia persoanele acoperite au dreptul la un pachet de servicii de bază, sunt scutite de taxa forfetară în caz de internare în spital etc., cheltuielile fiind în sarcina sistemului securității sociale.

2.4.3. Îngrijirea sănătății persoanelor în vârstă

Serviciile de sănătate joacă un rol important în Europa în întreținerea persoanelor vârstnice nu numai în termeni de îngrijire medicală, ci şi în termeni de îngrijire în sens larg şi de ajutor acordat celor care se află în situație de dependență. Distincția între cele două roluri pe care le îndeplinesc serviciile de sănătate acordate persoanelor vârstnice nu este simplă, dar ea este importantă din punctul de vedere al dimensiunii resurselor pe care le absorb, în special datorită creşterii numărului de persoane care au nevoie de acest tip de îngrijire.

Dintre țările europene, Germania, Austria şi Luxembourg au instituit un regim separat de asigurări sociale pentru îngrijirea persoanelor dependente aflate la o vârstă înaintată.

Cazul Germaniei este semnificativ dacă se are în vedere dimensiunea țării, problemele ridicate de procesul de îmbătrânire a populației şi influența acestuia asupra cheltuielilor de sănătate. La 1 ianuarie 1995 a fost creată o schemă distinctă de asigurare pentru îngrijire pe termen lung (Pflegeversicherung) cu scopul de a acoperi riscul nevoii de îngrijire la o vârstă înaintată. De la această dată, în cadrul fiecărui fond statutar public (Casă) de asigurare de sănătate, a fost creat un fond distinct (separate) din care se finanțează cheltuielile cu această destinație. Toate persoanele care sunt membre ale unui fond de asigurare de sănătate sunt acoperite împotriva acestui risc în cadrul fondului respectiv. Din acest fond se acordă o serie de prestații în natură cu caracter social (îngrijire la domiciliu sau alocație de îngrijire, îngrijire pe termen scurt într-o instituție rezidențială etc.) şi sunt acoperite costurile cu tratamentul medical. Finanțarea acestei scheme este împărțită în mod egal între asigurat şi angajator.

O asigurare similară se cere a fi făcută şi în cazul celor afiliați la companii private.

Concluzie

Reformele sectorului sanitar aplicate în statele membre ale Uniunii Europene arată că ele s-au grefat pe structurile sistemului de sănătate existent în fiecare țară, consolidate de multe decenii şi au constat în corecții permanente, fără a modifica radical construcția şi funcționalitatea sistemului. Dintre cele trei țări ale căror experiențe au fost analizate mai atent, Germania este cea care a

întreprins ajustări mai importante motivația fiind, aşa cum am arătat, nivelul înalt al cheltuielilor pe care le absoarbe acest sector.

Experiența înregistrată până acum în procesul de reformare a sistemelor de sănătate din țările membre ale UE arată că pentru reducerea costurilor şi îmbunătățirea funcționalității sistemului astfel încât impactul să fie pozitiv atât la nivel macro cât şi micro, nu există o cale universală. Mai mult, s-a observat că şi în țări dezvoltate cu sisteme de sănătate foarte bune comparativ cu alte țări, în perioade de creştere economică lentă reuşita reformelor întâmpină numeroase dificultăți; de asemenea, că reforma este de durată şi continuă, iar o politică orientată prioritar spre reducerea costurilor sau frânarea creşterii lor poate duce la o deteriorare a accesului şi a calității îngrijirii, ceea ce în final înseamnă alte costuri sociale.

Anexe

Anexa 1

Speranța de viață şi rata de supraviețuire

	Speranța de viață la naştere, ani				Rata de supraviețuire la 65 ani	
	1980	1999				
	Total	Total	Bărbați	Femei	Bărbați % din cohortă	Femei % din cohortă
Țări membre ale UE		78				
Austria	33	78	75	81	81	91
Belgia	73	78	75	81	80	90
Danemarca	74	76	74	79	79	88
Finlanda	73	77	74	81	79	91
Franța	74	79	75	83	81	92
Germania	73	77	74	81	80	89
Grecia	74	78	76	81	82	90
Irlanda	73	76	...	...	79	88
Italia	74	78	76	82	81	91
Olanda	76	78	75	81	81	90
Portugalia	71	75	72	79	77	88
Spania	76	78	74	82	81	91
Suedia	76	79	77	82	84	91
Regatul Unit	74	77	75	80	81	89
UEM	74	78			80	91
Țări candidate						
Bulgaria	71	71	68	75	67	83
R. Cehă	70	75	71	78	74	87
Estonia	69	71	...	...	59	85
Letonia	69	70	...	...	59	83
Lituania	71	72	...	...	64	86
Polonia	70	73	68	77	70	86
România	69	69	67	74	63	80
Slovacia	70	73	69	77	69	85
Slovenia	70	75	...	...	75	88
Ungaria	70	71	66	75	65	84
Alte țări						
Canada	75	79	76	81	83	92
SUA	74	77	74	80	80	89

Sursa: WB, World Bank Indicators 2001, p. 44-47, 114-116; INS, Anuarul Statistic al României 2001, p. 841.

Anexa 2

Indicatori ai evoluției demografice

	Populația totală (milioane)			Rata anuală de creştere (%)		Populația sub 15 ani (% din total)		Populația peste 65 ani (% din total)	
	1975	1999	2015[a)]	1975-1999	1999-2015[a)]	1999	2015[a)]	1999	2015[a)]
Țări membre ale UE									
Austria	7,6	8,1	7,8	0,3	-0,2	16,9	11,8	15,4	20,0
Belgia	9,8	10,2	10,3	0,2	0,0	17,5	13,9	16,8	19,9
Danemarca	5,1	5,3	5,4	0,2	0,1	18,1	15,2	15,0	19,4
Finlanda	4,7	5,2	5,2	0,4	0,0	18,3	14,2	14,8	20,7
Franța	52,7	59,0	61,9	0,5	0,3	18,9	17,4	15,8	18,6
Germania	78,7	82,0	80,7	0,2	-0,1	15,8	12,1	16,1	21,0
Grecia	9,0	10,6	10,5	0,7	-0,1	15,3	12,7	17,2	21,2
Irlanda	3,2	3,8	4,4	0,7	1,0	22,0	21,8	11,3	13,1
Italia	55,4	57,5	55,2	0,2	-0,3	14,4	12,0	17,8	22,4
Luxemburg	0,4	0,4	0,5	0,8	1,1	18,7	17,4	14,3	16,2
Olanda	13,7	15,8	16,4	0,6	0,2	18,4	14,7	13,6	17,8
Portugalia	9,1	10,0	10,0	0,4	0,0	16,8	15,3	15,4	18,0
Spania	35,6	39,9	39,0	0,5	-0,1	15,0	12,5	16,7	19,8
Suedia	8,2	8,9	8,6	0,3	-0,2	18,5	12,4	17,4	22,3
Regatul Unit	56,2	59,3	60,6	0,2	0,1	19,1	15,1	15,7	18,9
Țări candidate									
Bulgaria	8,7	8,0	6,8	-0,3	-0,1	16,2	12,2	16,0	17,9
R. Cehă	10,0	10,3	10,0	0,1	-0,2	16,8	12,8	13,7	18,7
Estonia	1,4	1,4	1,2	-0,1	-1,1	18,3	13,7	14,1	17,0
Letonia	2,5	2,4	2,2	0,0	-0,6	18,1	12,6	14,5	17,8
Lituania	3,3	3,7	3,5	0,5	-0,3	20,0	13,0	13,1	16,6
Polonia	34,0	38,6	38,0	0,5	-0,1	19,9	14,6	11,9	14,8
România	21,2	22,5	21,4	0,2	-0,3	18,7	15,2	13,1	14,6
Slovacia	4,7	5,4	5,4	0,5	0,0	20,1	14,9	11,3	13,7
Slovenia	1,7	2,0	1,9	0,6	-0,2	16,4	11,9	13,6	18,6
Ungaria	10,5	10,0	9,3	-0,2	-0,5	17,2	13,3	14,6	17,4
Alte țări									
Canada	23,1	30,0	34,4	1,1	0,8	19,4	15,9	12,5	16,1
SUA	220,2	280,4	321,2	1,0	0,8	21,9	18,7	12,3	14,4

Sursa: UNDP, Human Development Report 2001, p. 134-135.

[a)] În varianta medie a ONU.

Anexa nr. 3

Cheltuielile de sănătate în țările UE şi în țările candidate

	PIB pe locuitor în 1998		Ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB, % (1990-1998[a)])			Nivelul cheltuielilor de sănătate per capita	
	$ SUA	$ PPC	Total cheltuieli	Cheltuieli publice	Cheltuieli private	$ PPC 1990-1998	$ SUA 1990-1998
I Țări membre ale UE							
Austria	26830	23145	8,3	6,0	2,2	1896	2108
Belgia	25380	23622	7,6	6,8	0,9	1759	1812
Danemarca	33040	23855	8,0	6,7	1,3	1931	2576
Finlanda	24280	20641	7,4	5,7	1,8	1520	1736
Franța	24210	21214	9,6	7,1	2,5	2026	2287
Germania	26570	22026	10,7	8,3	2,5	2364	2727
Grecia	11740	13994	8,9	5,3	3,6	1226	1016
Irlanda	18710	17991	6,3	4,9	1,5	1293	1333
Italia	20090	20365	7,6	5,3	2,3	1539	1511
Olanda	24780	22325	8,5	6,1	2,3	1874	1988
Portugalia	10670	14569	7,9	4,7	3,2	1142	803
Spania	14100	15960	7,4	5,6	1,8	1182	1001
Suedia	25580	19848	8,6	7,2	1,4	1773	2220
Regatul Unit	21410	20314	6,8	5,9	1,0	1391	1480
UE 11	22350	20440	8,9	6,6	2,3	1842	1974
II Țări candidate							
Bulgaria	1220	4683	4,0	3,2	0,8	193	59
R. Cehă	5150	12197	7,0	6,4	0,6	865	384
Estonia	3360	7563	6,4	5,1	1,4	492	230
Letonia	2420	5777	6,4	4,0	2,4	366	168
Lituania	2540	6283	8,3	7,2	1,0	533	240
Polonia	3910	7543	5,9	4,2	1,7	449	242
România	1360	5572	4,2	2,9	1,8	192	65
Slovacia	3700	9624	6,8	5,2	1,6	655	255
Slovenia	9780	14400	7,8	6,8	1,0	1115	768
Ungaria	4510	9832	6,4	4,1	2,0	638	290
III Alte țări							
SUA	29240	29240	13,9	6,5	7,5	4121	4080
Canada	19170	22814	9,2	6,4	2,8	2158	1855

Sursa:WB, World Development Indicators, 2000, p. 10-12; 90-92.

[a)]pentru ultimul an disponibil;

***Notă**: **Cheltuielile publice de sănătate** reprezintă cheltuielile curente şi de capital din bugetele (centrale şi locale), împrumuturile externe şi granturi (inclusiv donații din partea unor agenții internaționale şi organizații neguvernamentale) şi ale fondurilor de asigurări sociale (obligatorii).*

***Cheltuielile private de sănătate** includ plățile directe ale gospodăriilor (din buzunar), asigurările private, donații caritabile şi plata serviciilor de către corporații private.*

***Cheltuielile totale de sănătate** reprezintă suma cheltuielilor publice şi private. Acestea acoperă furnizarea de servicii de sănătate (preventive şi curative), activitatea de planificare familială, de nutriție şi ajutorul de urgență destinate sănătății, dar nu cuprind serviciile cu furnizarea apei şi de salubritate.*

Bibliografie

"...Allemagne 2000: wie geht's", *Problèmes économiques*, nr. 2649,2000.

Anders Anell & Michael*, International comparison of health care systems using resource profiles*, WHO Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6).

Bac, Caterine, Cornilleau, Gerard, "Une comparaison internationale", *Problèmes économiques,* nr. 2722, 2001.

Blanchet, Didier, "Une population âgee – ne pese pas forcement beaucoup sur les depenses de sante", *Problèmes économiques,* nr. 2656-2657/2000.

Bocognano A.,Couffinhal A., Grignon M., Mahiew R., Polton D., "Faut-il privatiser l'assurance maladie?", *Problèmes économiques,* nr. 2603, 1999.

Boulard Jean-Claude, "La CMU en 29 questions", *Problèmes économiques*, nr. 2651, 2000 .

Calot, Gerard et Sardon, Jean-Paul, "Vieillissement demographique et protection sociale: le cas de l'UE"**,** *Problèmes économiques,* nr. 2656-2657/2000

CE, Eurostat, "*La situation sociale dans l'Union européenne 2001.*

CEE, MISSOC, *Social Protection in the Member States of the Community. Situation on July 1st 1990*; *Situation on January 1st 2000.*

Coquidé, Patrick, *Les pays qui ont les meilleures systèmes de santé*, L'Expansion no. 571, 1998.

Geoffard, Pierre-Yves, "Quelle assurance pour le risque maladie de long terme?", *Problèmes économiques,* nr. 2707, 2001.

Hantrais, Linda, *Social Policy in the European Union*, Second Edition, Macmillan Press LTD, 2000.

Hurst, Jeremy**,** *Challenges for health systems in Member Countries of the Organization for Economic Cooperation and Development*, Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6).

ISSA, *Developments and trends in social security throughout the world 1993-1995*, Geneva, 1995.

Marchand, Maurice, "Assurance maladie publique et privee", *Problèmes économiques,* no. 2554, 1998.

OECD, *The reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries,* 1992.

Pieters, Danny, *Introduction into the Social Security Law of Member States of European Community,* Brussel, 1990.

Quainon, Emmanuel, "Le systeme de santé se rapproche-t-il du modele europeen?", *Problèmes économiques,* no. 2682, 2000.

WB, *World Development Indicators*, 2000; 2001.

HO, *World Health Report* 1998; 2000.

Capitolul 3
SISTEMELE DE PROTECȚIE SOCIALĂ A ŞOMERILOR

3.1. Probleme de funcționalitate şi sustenabilitate

Compararea diferitelor sisteme naționale de protecție socială a şomerilor din țările Uniunii Europene permite stabilirea atât a unor puncte comune, cât şi a unor particularități existente între acestea.

Principalele similitudini constau în:

- coexistența sistemelor de asigurări de şomaj în paralel cu cele de asistență socială pentru şomeri;
- absența totală a sistemelor private de acoperire a riscului şomajului;
- obligativitatea asigurării de şomaj, atât pentru salariați cât şi pentru patroni, în majoritatea țărilor membre UE;
- orientarea prestațiilor sociale către stimularea integrării şomerilor în muncă şi descurajarea dependenței sociale.

3.1.1. Complementaritatea sistemelor de asigurări de şomaj cu cele de asistență socială

Prezența unui sistem de asigurări de şomaj alături de unul de asistență socială pentru şomeri, care îl completează ulterior pe primul, este situația cea mai frecvent întâlnită. De precizat că frontiera dintre cele două sisteme nu este clar definită în toate cazurile.

Practica acordării alocațiilor de şomaj impune mai întâi unele clarificări asupra separației instituționale, variabile de la o țară la alta, între sistemul de asigurări şi cel de asistență.

Distincția de bază porneşte chiar de la riscul social în întâmpinarea căruia vine fiecare sistem. Asigurărilor sociale le revine sarcina protejării împotriva riscului pierderii unui anumit nivel al veniturilor. Prestațiile de asigurări de şomaj acoperă o parte din aceste pierderi prin indemnizația de şomaj, asigurând astfel o anumită rată de înlocuire a salariului anterior. În cazul asistenței, riscul social constă în absența unui venit pentru a face față nevoilor de bază, vitale. În această situație, prestațiile oferite îmbracă forma unui venit minimal, de subzistență.

Prelungind comparația, se constată că prestațiile de asigurări sunt finanțate în proporție covârşitoare prin contribuții (cotizații) legate de salariu, de către salariați şi patroni. Ele se acordă în anumite condiții, în funcție de salariul anterior, de exercitarea unei activități profesionale, de durata acesteia etc. Perioada de timp în care se acordă prestațiile de asigurări de şomaj este limitată, iar nevoile individuale nu constituie un criteriu în acordarea acestora.

În schimb, alocațiile de asistență socială oferite şomerilor sunt finanțate din resurse fiscale, bugetare. Acordate în caz de nevoie, ele sunt independente de cotizații sau de salariul anterior. Durata de acordare a acestui tip de prestații sociale poate fi nelimitată. De astfel de alocații pot beneficia , în afară de şomeri, şi alte categorii defavorizate ale populației. Se ajunge astfel la sistemul venitului minim garantat, cum este cazul în Marea Britanie.

Aceste precizări conduc la clasificarea, din acest punct de vedere, a țărilor Uniunii Europene în trei grupe:

- țări unde funcționează atât un sistem de asigurări, cât şi un sistem de asistență pentru şomeri: Germania, Spania, Franța, Grecia, Portugalia, Austria, Finlanda;
- țări unde există numai sistem de asigurări de şomaj: Italia;
- țări unde există un sistem de asigurări de şomaj şi un sistem de venit minim garantat care nu este rezervat numai şomerilor: Belgia, Olanda, Danemarca, Luxemburg, Suedia, Marea Britanie, Irlanda.

Se constată că în toate țările Uniunii Europene funcționează sisteme de asigurări sociale pentru şomeri.

Toate aceste sisteme de asigurări se caracterizează prin:

- existența unei durate minime de afiliere la sistem care să permită deschiderea drepturilor la indemnizația de şomaj;
- o anumită proporționalitate între durata de afiliere la sistem, nivelul contribuției (cotizației) şi, în unele cazuri, vârsta şomerului, pe de o parte şi durata şi nivelul alocației primite, pe de altă parte;
- limitarea în timp a drepturilor de asigurări de şomaj;
- obligativitatea asigurării, a plății cotizației de asigurări de şomaj, atât pentru salariați cât şi pentru patroni.

În interior însă , organizarea şi funcționarea acestor sisteme de asigurări pentru şomeri nu este identică în toate țările Uniunii Europene. Dimpotrivă, ele diferă foarte mult mai ales în ceea ce priveşte nivelul indemnizației de şomaj şi al proporționalității cu celelalte elemente de determinare. Cuantumul indemnizației de şomaj este variabil de la o țară la alta şi evolutiv, acolo unde a fost introdusă alocația regresivă în timp. Există şi unele excepții de la regulă, cum este cazul sistemului britanic şi a celui irlandez, în care prestația de asigurări plătită şomerilor nu mai depinde de salariul anterior, aceştia primind o sumă fixă săptămânală, identică pentru toți. Există şi aici posibilitatea unor diferențieri în funcție de situația familială.

O altă diferențiere între sistemele de asigurări de şomaj din țările Uniunii Europene se referă la modul de finanțare a acestora, mai precis, la momentul şi nivelul intervenției statului pentru completarea fondurilor, în caz de nevoie, prin apelarea la resurse publice, bugetare.

Sistemele din Germania, Spania, Franța, Luxemburg, Belgia, Grecia se bazează mai mult pe principiul asigurării, finanțând prestațiile de şomaj prin contribuții salariale şi patronale, chiar dacă ratele cotizațiilor se situează la nivele foarte diferite. Contribuția statului este redusă şi ea se concretizează în acordarea

unor credite rambursabile, în caz de necesitate, pentru a asigura echilibrul financiar al sistemului.

În alte țări se înregistrează unele abateri de la funcționarea pe baza principiului asigurării şi, implicit, intervenția statului şi contribuția bugetului public sunt mai însemnate. De pildă, în Danemarca, Suedia, Italia se utilizează în mare parte resurse publice pentru plata alocațiilor de şomaj, urmând ca aceste sume să fie recuperate din cotizațiile patronale şi salariale. Intervenția statului are loc astfel ante-factum şi nu post-factum pentru a compensa un eventual deficit. În plus, rambursarea sumelor alocate de la buget nu se face integral. Tot ca o excepție de la regulă, în Danemarca, de exemplu, salariații care aderă la casele de asigurări de şomaj plătesc o contribuție în sumă fixă şi nu în funcție de mărimea salariului. Practic, în aceste țări intervenția statului se concretizează în subvenționarea unei părți a asigurărilor de şomaj prin bugetul public.

În unele țări ale Uniunii Europene ca Irlanda, Marea Britanie, Portugalia, Belgia, asigurările de şomaj nu sunt gestionate separat, ele fiind cuprinse în sistemul național de securitate socială. În acest caz cotizațiile patronale şi salariale pentru şomaj sunt vărsate la fondul național de asigurări sociale care este administrat de către instituțiile statului. Ca parte integrantă a sistemului național de securitate socială, asigurările de şomaj sunt adesea susținute financiar şi din resurse publice.

Acolo unde există, sistemele de asistență socială pentru şomeri prezintă şi ele atât puncte comune cât şi diferențieri de la o țară la alta. Aceste sisteme, finanțate în cea mai mare parte din fonduri publice, plătesc celor îndreptățiți alocații în sumă fixă în general. Alocațiile pot fi diferențiate în funcție de statutul familial, numărul de copii, câteodată de vârstă etc. Nivelul acestor ajutoare este mult diminuat comparativ cu cel de asigurări. Germania şi Irlanda fac excepție de la această regulă, ajutoarele sociale de acest gen situându-se la un nivel comparabil cu cel al alocațiilor de şomaj, ceea ce apropie sistemul de asistență de cel de asigurări, din acest punct de vedere.

Condițiile de acces la sistemele de asistență socială pentru şomeri sunt de asemenea variabile de la o țară la alta. În Franța de pildă, acestea sunt foarte restrictive. Aici numai şomerii care şi-au epuizat drepturile de asigurări şi pot justifica o lungă perioadă de contribuție la sistem au dreptul să beneficieze în continuare de alocații în regim de asistență socială pentru şomeri. Cei care nu îndeplinesc aceste condiții sunt nevoiți să se orienteze către venitul minim de subzistență. Sistemul german şi cel spaniol sunt, dimpotrivă, mult mai permisive sub acest aspect. Ele funcționează fie în relație cu asigurarea, fie de la începutul perioadei de şomaj pentru cei care nu îndeplinesc condițiile pentru a primi alocația de asigurări de şomaj. În alte țări, prestațiile de asistență socială pentru şomeri se înscriu într-un cadru mai larg de ajutor social, criteriile de acordare fiind legate în mod variabil de resursele totale ale familiei, de structura acesteia, de tipul de locuință etc.

Se poate uşor constata că deşi în ultimii ani s-au produs multe schimbări şi au avut loc multe încercări de reformă în domeniul social, în țările Uniunii Europene nu s-a realizat convergența sistemelor de protecție socială a şomerilor.

Sistemele de alocații de şomaj se caracterizează printr-un amestec, variabil de la o perioadă la alta şi de la o țară la alta, al principiilor de asigurări cu cele de asistență socială. Particularitățile naționale ale sistemelor s-au accentuat.

În Germania sistemul de asigurări a întărit principiul proporționalității nivelului şi duratei prestațiilor de şomaj cu nivelul salariului şi durata contribuției la sistem. În schimb, Marea Britanie a introdus o logică de asistență socială chiar în cadrul sistemului de asigurări, astfel încât o mare parte a şomerilor depind în final de prestațiile generale de asistență socială. Sistemul francez îmbină practic cele două sisteme. Sistemul de asistență socială urmează în parte logica asigurărilor, prin condiția impusă pentru deschiderea acestor drepturi şi, anume, aceea de a fi desfăşurat o activitate profesională pe o perioadă minimă de cinci ani. Sistemul de asigurări francez conține şi el numeroase elemente ale sistemului de asistență socială. Astfel, în timp ce rata cotizației nu este diferențiată în funcție de vârstă, la acordarea indemnizației de şomaj se ține seama de vârsta şomerilor, fiind favorizați cei mai în vârstă, în detrimentul celor mai tineri care au cotizat o perioadă mai scurtă de timp. În acest mod, sistemul francez de asigurări de şomaj poate fi considerat, în parte, şi ca un sistem de prepensionare prin acordarea pentru şomerii mai în vârstă a unor indemnizații mai ridicate şi pe o perioadă mai îndelungată, pe baza unor principii de solidaritate între generații.

Se poate spune că, în prezent, separarea celor două sisteme de protecție socială a şomerilor, de asigurări şi de asistență, se datorează mai mult unor motive instituționale şi financiare decât unei adevărate diferențe de natură şi conținut.

3.1.2. Absența sistemelor private de acoperire a riscului şomajului

O altă trăsătură comună a sistemelor de protecție socială a şomerilor din țările Uniunii Europene o constituie neimplicarea instituțiilor private în asumarea unor responsabilități în domeniul asigurărilor de şomaj. Acest fapt este determinat de mai mulți factori, şi anume:

- dificultatea corelării riscurilor;
- riscul selecției adverse;
- riscul moral.

a) Dificultatea corelării riscurilor

Şomajul fiind un risc macroeconomic, în parte conjunctural, posibilitatea producerii lui creşte în acelaşi timp pentru o parte însemnată a populației. În condițiile unei rate înalte a şomajului, numărul contribuabililor scade. În schimb, trebuie plătite simultan alocații pentru un număr mai mare de şomeri. O instituție privată ar avea , din această cauză, mari dificultăți financiare. Este adevărat că există asigurări private care pot face față unor cheltuieli excepționale legate de accidente, calamități naturale etc. Spre deosebire însă de aceste fenomene ocazionale, întâmplătoare, problema riscului şomajului constă mai mult în tendința sa aproape permanent crescătoare decât în caracterul său ciclic.

Aceasta nu înseamnă că sistemul public de asigurări de şomaj nu întâmpină dificultăți financiare în condițiile unor rate ridicate ale şomajului. El poate însă

adopta anumite măsuri pentru restabilirea echilibrului financiar pe termen scurt, beneficiind şi de unele facilităţi de împrumut acordate organismelor publice, ceea ce îi permite să joace un anumit rol contraciclic. Fiind obligatorie atât pentru salariaţi cât şi pentru întreprinderi, asigurarea publică poate face faţă acestor probleme de corelare a riscurilor mai bine decât una sau mai multe companii private.

b) Riscul selecţiei adverse

De obicei asiguratul deţine mai multe informaţii despre riscul pentru care se asigură decât asiguratorul. Fiind imposibil de calculat prime de asigurări diferenţiate, care să corespundă riscului de şomaj al fiecărui individ, asiguratorul trebuie să ia în calcul riscul mediu în stabilirea acestora. În cazul unor asigurări private, persoanele care se consideră mai puţin expuse riscului de şomaj pot aprecia că rata contribuţiei pentru asigurare pe care trebuie să o plătească este prea mare şi se pot retrage. Asiguratorul privat nu va atrage decât persoanele foarte expuse riscului de şomaj şi, la un moment dat va ajunge la deficit financiar. Acest fapt îl va determina să majoreze cotele de asigurare, ceea ce va conduce la autoexcluderea unor categorii suplimentare de populaţie. La limită, această situaţie poate conduce la imposibilitatea totală a companiei private de achitare a obligaţiilor faţă de asiguraţi . Soluţia realizării unor contracte de asigurare diferenţiate pe ramuri de activitate sau pe clase de riscuri, pe lângă faptul că ar presupune eforturi organizatorice şi logistice deosebite, ar determina şi costuri foarte ridicate pentru riscurile mari. De asemenea, pentru riscurile scăzute nu s-ar putea asigura o protecţie corespunzătoare. Categoriile de salariaţi considerate cu risc mai scăzut de şomaj ar fi nevoite să se mulţumească, în schimbul plăţii unor contribuţii mai mici, cu contracte de asigurare mai puţin favorabile, special concepute pentru a nu-i atrage pe cei cu risc înalt. Concret, un salariat care se ştie expus unui risc ridicat de pierdere a locului de muncă şi doreşte să fie pe deplin protejat în caz de şomaj, va trebui să achite o contribuţie foarte mare, iar unul pentru care acest risc este mai scăzut se va rezuma la o protecţie parţială corespunzătoare unei cotizaţii reduse sau, în cazul în care doreşte protecţie totală, va plăti o cotă de asigurare substanţial sporită.

Solidaritatea, oarecum forţată, oferită prin obligativitatea asigurării acestei protecţii prin sistemul public, constituie o rezolvare a problemei selecţiei adverse. Sistemul public obligatoriu de asigurări de şomaj reuşeşte să evite astfel de situaţii în care grupuri considerabile de populaţie ar rămâne neprotejate în cazul unor conjuncturi economice nefavorabile.

c) Riscul moral

Există şi o a treia cauză care explică reţinerea sectorului privat de a se implica în acoperirea riscului şomajului şi care determină necesitatea existenţei asigurării publice obligatorii. Aceasta constă în faptul că şomajul şi amploarea sa sunt afectate şi de un risc moral, de fenomenul de dezinteres faţă de muncă al şomerilor aflaţi la adăpostul unor alocaţii de şomaj generoase.

Riscul moral desemnează situaţia în care asiguratul, profitând de asimetria informaţiei dintre el şi asiguratorul său, ştiindu-se protejat, nu este determinat să facă eforturi de prevenire a riscului de şomaj, fie din neglijenţă (este mai puţin

prudent când este asigurat), fie din interes. Comportamentul individual şi factorii de natură internă au un rol determinant în apariția fenomenului de risc moral.

Teama de acest fenomen nu este numai rezultatul unor aprecieri subiective fără fundament empiric. Riscul moral este o realitate care constituie o problemă foarte importantă şi pentru gestiunea asigurărilor de şomaj. Astfel, dacă sistemul public poate remedia mai uşor problemele legate de corelația riscurilor sau de selecția adversă, el suportă dificultățile determinate de riscul moral aproape în aceeaşi termeni ca şi o potențială companie de asigurare privată.

Stabilirea dimensiunii reale a fenomenului este foarte dificilă datorită faptului că el depinde de numeroşi parametri de comportament individual.

Sistemul public încearcă să prevină fenomenul şi efectele sale prin adoptarea unor măsuri active care să-i stimuleze pe şomeri să-şi găsească un loc de muncă, cel mai adesea recurgând la diferite mijloace de control şi chiar de constrângere. Restricțiile în ceea ce priveşte acordarea drepturilor de şomaj constituie o primă categorie de mijloace de constrângere. Amploarea lor este determinată nu numai de dorința reglementării situației în sine, cât mai ales de necesitatea reducerii cheltuielilor cu prestațiile sociale care au devenit o povară tot mai greu de suportat pentru populația ocupată. Controalele directe, convocările, discuțiile individuale cu şomerii, solicitarea unor documente justificative care să ateste interesul real al acestora pentru muncă nu şi-au dovedit însă eficiența scontată. A fost instituit şi un sistem de bonificații-penalizări aplicate întreprinderilor şi care vizează practicile acestora de concediere şi de rezolvare a propriilor probleme de gestiune pe seama sistemului de protecție socială.

În toate cazurile, dimensiunea reală a efectelor riscului moral care sunt vizate prin aceste măsuri rămâne o problemă greu de rezolvat şi care necesită o monitorizare laborioasă şi permanentă a şomerilor pe întreg parcursul perioadei în care aceştia beneficiază de drepturile sociale.

3.1.3. Obligativitatea asigurării de şomaj

Deşi este obligatorie pentru toți salariații şi patronii, asigurarea de şomaj nu este universală în nici o țară; ea nu oferă protecție socială tuturor persoanelor rămase fără un loc de muncă.

În majoritatea țărilor Uniunii Europene adeziunea la sistemul asigurărilor de şomaj este obligatorie. Această aderare este facultativă numai în Danemarca, unde sistemul de asigurări de şomaj nu este unificat, existând mai multe case de asigurări gestionate de sindicatele cărora le aparțin şi care le administrează. În această țară, aderarea la un sindicat este echivalentă cu aderarea la casa de asigurări de şomaj. Puținele persoane care nu sunt membri de sindicat au dreptul să adere la o casă sindicală de asigurări de şomaj fără a avea însă şi obligația să facă parte din sindicatul respectiv. De remarcat că această multitudine de case de asigurări nu determină apariția unei concurențe între ele pentru că sistemul este în aşa fel organizat încât fiecare sector profesional are o singură casă de asigurări.

În Finlanda, unde asigurarea de şomaj este obligatorie numai pentru obținerea indemnizației de bază, salariații au posibilitatea să se înscrie voluntar la o casă de asigurări specială, care le poate oferi o prestație complementară, de un nivel mai ridicat, în schimbul achitării unor cotizații suplimentare.

Toate aceste case de asigurări trebuie să respecte legislația, normele şi reglementările privind rata cotizației lunare, nivelul prestațiilor oferite şi durata acordării acestora, condițiile de acces la drepturile de asigurări de şomaj precum şi toate restricțiile impuse de constrângerile financiare care pot apărea la un moment dat. Contractul de asigurare este identic pentru toți membri, neexistând problema selecției adverse a riscurilor.

Obligația de asigurare de şomaj a fost extinsă în ultima perioadă şi asupra funcționarilor publici care beneficiază de o garanție mai mare a locului de muncă şi care pot fi considerați salariați cu risc scăzut de şomaj. Plata cotizației la asigurările de şomaj de către funcționarii publici nu trebuie interpretată ca un răspuns la problema selecției adverse. Justificarea sa este mai mult de natură redistributivă şi legitimată din considerente de solidaritate şi echitate. Contribuția de solidaritate de 1% pe salariile funcționarilor publici, introdusă în Franța, este rezultatul acestei noi orientări în politica socială. În Irlanda, ratele de cotizare precum şi alocațiile de şomaj ale funcționarilor publici sunt inferioare celorlalte categorii de salariați. În toate celelalte țări ale Uniunii Europene însă, funcționarii publici sunt protejați prin asigurările de şomaj în aceleaşi condiții ca şi toți ceilalți salariați.

Dar această obligație de adeziune la asigurări nu înseamnă şi o acoperire universală a riscului de şomaj. Ratele de acoperire, adică proporția şomerilor efectiv beneficiari de alocații de şomaj, variază mult de la o țară la alta, dar ele indică faptul că destul de mulți dintre şomeri nu primesc aceste alocații. Aceasta se datorează fie neîndeplinirii condițiilor inițiale pentru deschiderea dreptului la prestații, condiții care s-au înăsprit în ultima perioadă, fie epuizării acestor drepturi, prin depăşirea perioadei de şomaj.

Metodologiile şi datele utilizate în fiecare țară pentru a calcula rata de acoperire sunt diferite. Din această cauză cifrele nu sunt perfect comparabile, ele având mai mult caracter ilustrativ. După anchetele Biroului Internațional al Muncii, în 1999 rata de acoperire varia de la mai puțin de 20% în Italia, Grecia şi Portugalia, până la peste 70% în Olanda, Suedia şi Danemarca. Rata medie de acoperire în 1999 în Uniunea Europeană era de 40%, conform Comisiei Uniunii Europene. În Franța, aceasta se situa la nivelul de 60% din care 50% în regim de asigurări şi 10% în regim de asistență socială pentru şomeri. Ea s-a menținut la acelaşi nivel, comparativ cu anii anteriori, deşi condițiile de acces la sistemul de asigurări au fost înăsprite şi durata drepturilor la indemnizația de şomaj a fost redusă pentru un mare număr de beneficiari. Această situație este urmarea creşterii ratei şomajului în rândul persoanelor adulte, cu perioade îndelungate de afiliere şi cotizare la sistemul de asigurări, care le dau dreptul să beneficieze de prestațiile de şomaj pe durate de timp mai mari.

Trebuie subliniat că cifrele prezentate nu includ şi persoanele care beneficiază de unele alternative la indemnizația de şomaj, respectiv de indemnizația de prepensionare, de unele alocații complementare, de prestații

pentru concediere din motive economice (în cazul Italiei). De altfel, în țările unde contribuțiile de asigurări de şomaj sunt integrate în sistemul național de securitate socială (Marea Britanie, Portugalia, Irlanda) sau în cele în care salariații plătesc cotizații la fonduri diferite (Grecia), asigurații pot primi unele alocații complementare fără ca acestea să fie considerate alocații de şomaj. În Danemarca şi Suedia a fost instituit dreptul la un loc de muncă pe o perioadă determinată sau la o formă de pregătire profesională pentru şomerii de lungă durată, fără pierderea drepturilor sociale în acest timp, ceea ce se reflectă într-o rată de acoperire mai ridicată.

În general, ratele de acoperire sunt mai ridicate în țările Uniunii Europene situate în nordul Europei decât în cele aflate în sudul continentului. Pe de altă parte, în țările în care principiile asigurării sunt mai ferm respectate (Germania) rata de acoperire este mai redusă decât în cele în care principiile asigurării se îmbină cu cele ale asistenței (Belgia, Danemarca). Aceasta se explică prin faptul că sistemele în care predomină principiul asigurării oferă o protecție mai slabă celor care nu au perioade suficient de mari de cotizare: tinerii, femeile, şomerii de lungă durată.

În concluzie, în țările Uniunii Europene, în condițiile creşterii ratei şomajului şi încetinirii creşterii economice, sistemul de asigurări nu mai poate face față presiunilor plății unor alocații generoase şi pe termen lung şi, în consecință, o parte deloc de neglijat dintre şomeri, mai ales cei de lungă durată, nu mai beneficiază de drepturile băneşti pe care le primeau în anii anteriori în situații similare.

3.2. Reforme organizatorice şi de sistem

3.2.1. Marea Britanie

Sistemul englez de protecție socială se inspiră din Raportul Beveridge care îşi propune să răspundă celor trei principii:

- universalitate (toți cetățenii, indiferent de activitatea profesională, trebuie protejați împotriva riscurilor sociale);
- unicitate (un serviciu public unic trebuie să asigure securitatea socială);
- uniformitate (toți cetățenii trebuie să primească un ajutor social în sumă fixă).

Aceste principii nu au fost însă întotdeauna aplicate. Astfel, reformele de la mijlocul anilor ’50 au introdus principiul asigurărilor sociale proporționale cu venitul. Din 1980, prin Legea securității sociale s-a decis renunțarea la elementul de proporționalitate cu venitul. Această reîntoarcere la principiul prestațiilor uniforme, motivată de o gravă criză financiară, a fost argumentată şi prin necesitatea de a asigura libertatea şi totodată de a crea responsabilitatea pentru fiecare individ de a se apăra singur împotriva riscurilor sociale. Statul asigura doar o prestație socială la nivel minim pe principiile asistenței sociale.

Asigurările de şomaj au fost integrate în sistemul unic de securitate socială şi din această cauză ele sunt dificil de individualizat. Această evoluție a sistemului de securitate socială s-a tradus prin suprimarea în 1982 a alocației de şomaj

proporționale cu salariul anterior. După această dată alocația de asigurări de şomaj a constat într-o prestație fixă, săptămânală. Chiar în interiorul acestui sistem, zis de asigurări, totul se petrece ca şi cum mecanismele de asigurări ar funcționa după principiile asistenței sociale. Un sistem de asistență special pentru şomeri nu există. Numeroşi şomeri nu au acces la prestațiile de asigurări din cauza condițiilor care trebuie îndeplinite pentru a putea beneficia de acestea. Aceştia primesc un venit minim garantat care este acordat şi altor categorii defavorizate ale populației. Ca urmare a acestei întrepătrunderi a asigurărilor de şomaj cu principiile asistenței sociale, rolul Ministerului Securității Sociale în reglementarea indemnizației de şomaj a crescut, cu toate că plata prestațiilor este asigurată de birouri aflate în subordinea Ministerului Muncii.

Prin Legea asupra cotizațiilor şi prestațiilor de securitate socială din 1992 şi Legea privind prestațiile de şomaj din 1995 au fost introduse noi restricții şi au fost înăsprite condițiile de obținere a alocațiilor sociale. Actualmente, protecția socială a şomerilor rămâne integrată în sistemul global de securitate socială

Finanțarea prestațiilor de şomaj se face, în parte, din surse publice şi, în parte, prin cotizații patronale şi salariale care sunt vărsate în Fondul Național de Asigurări. Acesta cuprinde totalitatea cotizațiilor sociale şi contribuțiilor publice pentru diferite riscuri sociale. Dar nici asigurații, nici sindicatele, nici patronatul nu participă la gestiunea sistemului de asigurări, acesta fiind administrat de stat. Lucrătorii cu timp parțial sau al căror venit este inferior unui anumit nivel minim nu plătesc cotizații de asigurări. Cotizațiile salariaților sunt proporționale cu salariul până la un anumit plafon. Stabilirea acestui plafon maxim nu este valabilă şi pentru patronat. Astfel, salariații cu un salariu săptămânal sub 106 Euro nu se plătesc cotizații sociale iar cei cu salariul cuprins între 106 şi 801 Euro plătesc o contribuție de 10%. Angajatorii plătesc un procent de 12,2% pentru salariile care depăşesc 133 Euro pe săptămână.

Condiții

Pentru a avea acces la alocațiile de asigurări de şomaj, este necesar ca şomerul să fie apt şi disponibil pentru muncă, să fie activ în căutarea unui loc de muncă, să nu fie ocupat cu o altă activitate mai mult de 16 ore pe săptămână, să nu fie student la cursuri de zi, să nu se afle în situația de şomaj din motive voluntare. De asemenea, el trebuie să aibă cotizația plătită pentru cel puțin unul din ultimii 2 ani fiscali iar cuantumul total al acesteia trebuie să corespundă unei sume cel puțin egale cu 50 de cotizații minime săptămânale. Plata cotizației globale de securitate socială este obligatorie atât pentru salariați cât şi pentru angajatori. În acelaşi timp , este impusă şi o perioadă în care nu se primeşte alocația, respectiv 3 zile, dar care poate ajunge până la 6 luni dacă se constată că disponibilizarea s-a datorat unor motive imputabile celui în cauză.

Pentru a beneficia de dreptul la venitul minim garantat, şomerii care nu îndeplinesc condițiile pentru obținerea alocației de şomaj sau cei care au depăşit perioada în care aceasta se acordă, trebuie să îndeplinească şi alte condiții suplimentare, şi anume: să aibă statut de rezident în Marea Britanie, economiile totale ale familiei să nu depăşească suma de 12808 Euro, soțul sau soția să nu

lucreze mai mult de 24 ore pe săptămână, să nu beneficieze de alte prestații sociale.

Nivelul prestațiilor

Alocația de şomaj se acordă în sumă fixă , nivelul acesteia nu depinde de salariul anterior sau de cuantumul cotizației sociale plătite. Achitarea cotizației sociale obligatorii este doar o condiție pentru deschiderea dreptului la alocația de şomaj. În prezent alocația de şomaj se acordă diferențiat în funcție de vârsta şomerului. Astfel, şomerii cu vârsta cuprinsă între 18 şi 24 ani primesc o alocație de şomaj în sumă fixă de 65 Euro pe săptămână iar cei în vârstă de peste 25 ani 82 Euro pe săptămână. Începând cu anul 1995 nu se mai acordă nici ajutorul suplimentar de 26,6 lire pentru şomerii cu sarcini familiale deosebite(copii în întreținere).

Rata de înlocuire a salariului prin alocația de şomaj este una dintre cele mai scăzute din Europa, în jur de 23% în medie din salariul net anterior. Rata de acoperire a şomerilor prin sistemul asigurărilor este de asemenea scăzută. Limitarea strictă a accesului la indemnizații de şomaj explică de ce aproape 1/3 din numărul şomerilor nu a primit niciodată această prestație pe întreaga perioadă de şomaj. Cea mai mare parte dintre aceştia beneficiază de venitul minim garantat care nu depinde de antecedentele profesionale. Nivelul mediu al acestei prestații sociale necontributive se situează în jurul sumei de 60 Euro pe săptămână dar el variază în funcție de situația familială a fiecărui beneficiar şi în special de situația materială.

Durata prestațiilor

Alocația de asigurări de şomaj se acordă pe o perioadă limitată de timp, de 182 de zile. Alocația de asistență socială, respectiv venitul minim garantat poate fi acordat pe o perioadă nelimitată dacă se mențin condițiile de resurse sau, mai bine zis, de lipsă de resurse.

Vârsta maximă pentru acordarea alocațiilor de asigurări de şomaj este de 65 ani pentru bărbați şi 60 ani pentru femei, adică vârsta pensionării. De menționat că în Marea Britanie nu există posibilitatea pensionării anticipate şi nici nu se acordă alte facilități pentru şomerii de vârstă mai înaintată.

Impozitarea prestațiilor

Alocația de asigurări de şomaj este supusă impozitării.

Pentru o persoană singură, pragul inferior al veniturilor impozabile este chiar nivelul alocației de asigurări de şomaj stabilit în funcție de vârsta beneficiarului. Practic, dacă aceasta beneficiază de venitul minim garantat, al cărui nivel este inferior celui al alocației de asigurări de şomaj, nu plăteşte impozit. În cazul unei familii în care ambii soți primesc această alocație minimă de asistență socială plafonul de impozitare este de 129 Euro.

Reformele din cadrul sistemului de securitate socială, începute în cursul anilor ’80 şi continuate şi după anii 90, s-au concretizat în principal în introducerea unor restricții şi mai severe în ceea ce priveşte condițiile de acces la asigurările de

şomaj, în restrângerea unor facilităţi acordate anterior, în diminuarea nivelului prestaţiilor şi mai puţin în schimbări de natură conceptuală sau organizatorică majore. Ca urmare, ponderea şomerilor care apelează la prestaţiile de asistenţă socială, respectiv la venitul minim garantat, a sporit. Mecanismele de funcţionare a asigurărilor de şomaj sunt deci foarte limitate. În perioadele de criză în care se înregistrează rate înalte ale şomajului, acest sistem de indemnizaţii conduce la o scădere sensibilă a nivelului alocaţiilor şi determină o pauperizare rapidă a celor afectaţi de acest risc social.

3.2.2. Germania

Sistemul german de protecţie socială a şomerilor este considerat ca fiind sistemul cel mai apropiat de modelul teoretic al asigurărilor. Legătura dintre activitatea salarială şi prestaţiile sociale constituie fundamentul sistemului. Acesta are mai mult un caracter de prevenire a riscurilor, decât unul reparatoriu sau compensatoriu.

Primele asigurări de şomaj au apărut în Germania, în anul 1927. Era vorba de o asigurare obligatorie, legată de contractul de muncă. Astăzi, sistemul german de protecţie a şomerilor cuprinde pe lângă sistemul de asigurări obligatoriu şi un sistem de asistenţă socială pentru şomeri, dar predomină principiile asigurărilor. El este reglementat prin noul Cod Social adoptat în anul 1997 şi amendat ulterior în anul 1999.

Gestiunea sistemului de asigurări de şomaj este încredinţată Institutului Federal al Muncii, care este însărcinat şi cu alocaţiile familiale. Acesta are nouă oficii regionale. Reprezentarea în acest institut este tripartită: 1/3 patronatul; 1/3 asiguraţii, prin intermediul sindicatelor sau grupurilor de interese şi 1/3 statul. Prin noile reglementări, Institutul Federal al Muncii are obligaţia să aloce cel puţin 40% din resursele sale pentru politicile active în domeniul forţei de muncă, în scopul prevenirii riscurilor sociale. Indemnizaţia de şomaj este considerată ca o componentă a politicii de promovare a ocupării forţei de muncă.

Finanţare

Cheltuielile cu asigurările de şomaj sunt în cea mai mare parte acoperite prin cotizaţii patronale şi salariale, în părţi egale, unice pe întreg teritoriul ţării. În 1993, patronii şi salariaţii achitau fiecare câte o cotizaţie reprezentând 3,15% din fondul de salarii, respectiv din salarii. În urma noilor măsuri adoptate în domeniul finanţării protecţiei sociale a şomerilor, această contribuţie a fost mărită la un procent de 3,25% atât pentru salariaţi cât şi pentru angajatori. Există un plafon maxim al salariului anual pentru care se plătesc aceste cotizaţii. În anul 1999 acesta era de 52765 Euro în vechile landuri şi 43562 Euro în noile landuri. Statul acordă credite bugetare în caz de nevoie pentru a asigura echilibrul financiar al sistemului de asigurări, adică plata alocaţiilor de asigurări de şomaj. El finanţează însă integral, prin bugetul federal, sistemul de asistenţă pentru şomeri, sistem gestionat tot de Institutul Federal al Muncii.

Condiții

Cele două sisteme, de asigurări şi de asistență a şomerilor, funcționează în strânsă legătură.

Pentru a avea acces la sistemul de asigurări de şomaj sunt necesare minimum 12 luni de activitate salarială şi implicit de plată a cotizațiilor, în cursul ultimilor 3 ani. Şomerul trebuie să fie înscris la biroul de plasament, să fie apt de muncă, să fie disponibil pentru a desfăşura o activitate şi să-şi manifeste în mod activ dorința de a munci prin căutarea permanentă a unui loc de muncă. Veniturile provenind dintr-o activitate secundară desfăşurată în timpul perioadei de şomaj (de maximum 15 ore pe săptămână) reduc în mod proporțional drepturile la alocația de asigurări de şomaj, dacă câştigul astfel obținut depăşeşte 20% din alocația de şomaj.

La sistemul de asistență pot apela şomerii înregistrați care nu au dreptul la alocații de asigurări sau cei care şi-au epuizat aceste drepturi, dar cu condiția unei durate minime de afiliere la sistem, precum şi a îndeplinirii criteriilor referitoare la nivelul tuturor veniturilor familiei.

Nivelul prestațiilor

Rata de înlocuire a veniturilor anterioare prin prestațiile de şomaj, cuprinsă între 63% şi 68% din salariul de referință în anul 1993, a scăzut în mod diferențiat în anul 1999. Astfel, în cazul indemnizațiilor de asigurări de şomaj, beneficiarii care au copii în întreținere primesc 67% din salariul de referință iar cei fără copii 60%. În cazul alocației de asistență de şomaj, cuantumul prestației sociale scade la 57% şi respectiv 53%. Salariul de referință se stabileşte ca medie a salariului net primit în ultimele 52 de săptămâni anterioare perioadei de şomaj. Plafonul maxim lunar al salariului de referință în funcție de care se stabileşte nivelul prestației de şomaj este de 4346 Euro în vechile landuri şi 3681 Euro în noile landuri.

Durata prestațiilor de şomaj variază între 6 şi 32 luni în funcție de perioada de timp lucrată şi de cea de contribuție la sistemul de asigurări, precum şi în funcție de vârstă, astfel:

Tabelul nr. 3.1

Coordonate ale prestațiilor de şomaj

Asigurare obligatorie-luni	Vârsta - ani	Durata prestației - luni
12		6
16		8
20		10
24		12
28	45	14
32	45	16
36	45	18
40	47	20

Asigurare obligatorie-luni	Vârsta - ani	Durata prestației - luni
44	47	22
48	52	24
52	55	26
56	57	28
60	57	30
64	57	32

Durata acordării alocațiilor de asistență de şomaj nu este limitată, în principiu, dar în practică aceasta se atribuie de fiecare dată pentru cel mult un an şi se reînnoieşte la cerere iar condițiile de resurse materiale ale potențialului beneficiar sunt examinate înaintea fiecărei reînnoiri.

Situații speciale

Pentru şomerii în vârstă de peste 60 ani există posibilitatea pensionării anticipate dacă îndeplinesc condițiile pentru aceasta.

Pentru lucrătorii în vârstă de peste 55 ani, cu risc crescut de şomaj, există un regim special de lucru cu timp parțial de 15 ore pe săptămână şi un salariu minim de 322 Euro pe lună. Acest regim este prevăzut prin convenții colective sau contracte individuale.

Indemnizația de şomaj tehnic se acordă în situații de criză, când are loc o reducere a timpului de lucru care afectează cel puțin 1/3 din personalul întreprinderii şi care determină o pierdere de cel puțin 10% din salariul lunar, cu condiția menținerii contractelor de muncă nereziliate şi a achitării obligațiilor la asigurările de şomaj. Aceasta se calculează pornind de la diferența de salariu net(adică diferența dintre salariul obținut în timp de lucru normal şi cel rezultat în urma reducerii timpului de lucru) la care se aplică procentajele stabilite pentru asigurările de şomaj.

Indemnizația de intemperii se acordă lucrătorilor din întreprinderile de construcții a căror activitate, depinzând de condițiile atmosferice, se restrânge mult în caz de timp nefavorabil. Este vorba despre o indemnizație de şomaj parțial, finanțată prin contribuțiile lucrătorilor din sectorul de construcții şi care se acordă în aceleaşi condiții ca şi indemnizația de şomaj tehnic.

Impozitarea prestațiilor de şomaj se face numai în cazul în care nivelul acestora depăşeşte pragul venitului minim vital anual, care este de 6902 Euro pentru o persoană singură şi de 13804 Euro pentru persoanele căsătorite.

Sistemul de protecție socială a şomerilor prevede şi o serie de măsuri în scopul prevenirii pierderii locului de muncă sau pentru a-i ajuta pe şomeri să-şi găsească un nou loc de muncă. În condițiile în care rata şomajului creşte, iar numărul contribuabililor scade, aceste măsuri în favoarea ocupării forței de muncă afectează bugetul sistemului, ele fiind finanțate tot din cotizațiile de asigurări de şomaj. Autogestiunea Institutului Federal al Muncii devine astfel mai limitată datorită faptului că bugetul său depinde de bugetul federal, care, statutar, trebuie să finanțeze deficitele referitoare la prestațiile obligatorii, adică alocațiile de asigurări de şomaj. Ca urmare, a fost adoptat un amendament la Legea privind

promovarea muncii, care prevede transferarea anumitor responsabilități de la Institutul Federal al Muncii şi preluarea acestora de către stat, prin Ministerul Muncii. Pe această linie se înscrie şi mărirea ratei cotizației globale de şomaj de la 6,3% la 6,5% din fondul total de salarii.

Evoluția sistemului de protecție socială a şomerilor se caracterizează actualmente prin tendința de reducere a cheltuielilor şi deci prin restricții mai mari privind condițiile de acces, printr-o diminuare relativă a prestațiilor şi prin transferarea sarcinilor de susținere a anumitor categorii de şomeri către organele locale, responsabile cu ajutoarele sociale.

3.2.3. Franța

Sistemul francez de protecție socială a şomerilor funcționează pe baza unui acord interprofesional încheiat în anul 1958 şi a Convenției din 1997. El este reglementat şi prin prevederile cuprinse în Codul muncii.

El este un sistem cu caracter obligatoriu, distinct şi care nu este inclus în sistemul general de securitate socială.

Cu excepția perioadei 1979-1982, când a avut loc fuziunea sistemului de asigurări cu cel de asistență socială, sistemul francez de protecție socială a şomerilor se caracterizează prin dualism. Alături de sistemul de asigurări finanțat prin cotizații patronale şi salariale, coexistă sistemul de asistență pentru şomeri finanțat din surse publice şi care asigură prestații la nivel minim şomerilor care nu mai au dreptul la indemnizații de asigurări.

Sistemul de asigurări de şomaj este gestionat atât de către reprezentanții patronatului cât şi de către cei ai sindicatelor. Statul nu participă la gestiunea acestuia. Sistemul este puternic descentralizat şi funcționează pe baza principiului autonomiei locale. Prestațiile sociale oferite de sistemul de asigurări sunt de natură pasivă, respectiv indemnizațiile de şomaj. Sistemul de asigurări de şomaj funcționează independent de Agenția publică de plasament a forței de muncă.

De-a lungul anilor, în condițiile recesiunii economice şi ale creşterii ratei şomajului au fost parcurse mai multe etape de reducere a nivelului indemnizațiilor de şomaj şi a ratei de înlocuire a salariului anterior. În 1974 a fost semnat un acord între patronat şi centralele sindicale care viza garantarea pentru toți salariații concediați din motive economice, a unui venit de înlocuire echivalent cu 90% din salariul brut anterior, pe timp de un an. Acest nivel ridicat era obținut prin cumularea indemnizației de bază (care reprezenta 40,5% din salariul anterior în primele 3 luni de şomaj şi 35% după această perioadă) cu ajutorul public (în sumă fixă de 300 franci, în 1974), la care se adăuga o alocație suplimentară care completa diferența.

La început, patronatul dorea o rată regresivă a alocației suplimentare, care să scadă trimestrial, astfel încât să conducă într-un an la o reducere a indemnizației totale de la 90% la 60%. Ideea regresivității în timp a alocațiilor nu a fost agreată atunci dar ea a reapărut cinci ani mai târziu. Astfel, acordul din 1979, care a condus la fuzionarea sistemului de asigurări cu cel de asistență socială, a introdus alocația specială regresivă trimestrial (de la 45% din salariul de referință în primul trimestru de şomaj, aceasta ajunge să scadă la 30% în trimestrul al

patrulea). Această alocație specială regresivă înlocuia alocația suplimentară şi se adăuga indemnizației de bază. În anul 1980 numai 10% din numărul şomerilor beneficia de această alocație specială.

Căutarea unor soluții pentru asigurarea echilibrului financiar al sistemului a determinat recurgerea la unele transformări mai de profunzime în domeniul protecției sociale a şomerilor. În acest sens, sistemul de asistență socială a şomerilor a cunoscut şi el câteva schimbări, printre care suprimarea alocației de inserție pentru unele categorii speciale (tineri şi femei), adică pentru majoritatea beneficiarilor potențiali ai acestei forme de sprijin. Dar schimbările esențiale privesc în primul rând sistemul de asigurări. Reforma din 1992 a condus la creşterea contribuțiilor obligatorii patronale şi salariale. De asemenea, alocația de bază pentru şomaj, alocația excepțională (specială) şi alocația primită la sfârşitul drepturilor de asigurări au fost cumulate într-o alocație unică regresivă, care se reduce la fiecare patru luni după expirarea dreptului la alocația integrală.

Alocația unică regresivă era primită în anul 1992 de 52% din totalul şomerilor înscrişi la Agenția publică de plasament, ceea ce însemna 84% din numărul de şomeri beneficiari de alocații prin unul din cele două sisteme: de asigurări sau de asistență socială.

Începând din anul 1997 au fost introduse noi reglementări care fac şi mai dificilă deschiderea drepturilor la indemnizația de şomaj. Condițiile de acces la aceste prestații au devenit mai aspre iar nivelul lor mai redus.

În prezent, în regim de asigurări de şomaj se acordă o alocație unică regresivă în timp care poate fi integrală sau parțială. În regim de asistență socială se acordă o alocație de solidaritate specifică pentru şomerii de lungă durată precum şi o alocație de inserție pentru unele categorii speciale.

Finanțare

Sistemul de asigurări de şomaj este finanțat prin cotizații care se ridică, pentru un venit lunar sub 2241 Euro, la un nivel de 6,18% din care 2,21% sunt plătite de către salariat şi 3,97% de către angajator. Pentru un venit lunar cuprins între 2241 Euro şi 8964 Euro, nivelul contribuției creşte la 6,68% din care salariatul plăteşte 2,71% iar 3,97% rămâne în sarcina angajatorului. Patronatul mai plăteşte o contribuție suplimentară în cazul desfacerii contractului de muncă unui salariat în vârstă de peste 52 ani (contribuția Delalande).

Alocațiile în regim de solidaritate pentru şomerii de lungă durată care şi-au epuizat dreptul la alocații de asigurări precum şi alocațiile de inserție pentru anumite categorii speciale (deținuți eliberați, apatrizi, repatriați, refugiați, solicitanți de azil, etc.) sunt finanțate prin impozite.

Condiții

Dreptul la alocația unică de asigurări pentru şomaj este condiționată de perioada de afiliere la sistem. Durata minimă de cotizare pentru deschiderea drepturilor la alocație este de patru luni în cursul ultimelor opt luni iar pentru obținerea unei alocații integrale, de şase luni din ultimul an precedent intrării în şomaj.

Pentru obținerea alocației de asistență socială, şomerii de lungă durată trebuie să îndeplinească condițiile de resurse iar, pe lângă acestea, ei trebuie să fi

desfăşurat anterior o activitate remunerată şi să fi fost beneficiari ai alocației de asigurări de şomaj. Astfel, o persoană singură şomeră primeşte alocația de solidaritate dacă resursele sale totale lunare se situează sub plafonul maxim de 880 Euro lunar. Pentru un cuplu căsătorit plafonul maxim al resurselor lunare este de 1382 Euro. Pentru obținerea alocației de inserție, categoriile speciale enumerate anterior trebuie să îndeplinească numai condițiile de resurse, respectiv un plafon maxim de 797 Euro lunar pentru o persoană singură şi 1293 Euro pentru cei căsătoriți.

Nivelul prestațiilor

Alocația de asigurări de şomaj se stabileşte pe baza salariului de referință, calculat ca medie a salariilor cotizabile din ultimele 12 luni. Salariul de referință, în funcție de care se stabileşte nivelul alocației, nu poate depăşi plafonul maxim de 8964 Euro lunar.

Alocația unică regresivă este formată dintr-o parte proporțională cu salariul de referință şi dintr-o parte fixă. Astfel, pentru o perioadă minimă de 6 luni de achitare a contribuției la asigurările de şomaj, nivelul alocației integrale de şomaj reprezintă 40,4% din salariul zilnic de referință la care se adaugă o sumă fixă de 9,26 Euro pe zi. Nivelul alocației integrale este diminuat din patru în patru luni, dar este garantat un nivel minim de 16 Euro pe zi sau de 21 Euro pe zi pentru şomerii în vârstă de peste 52 ani care au o vechime mai mare în muncă. Pentru o perioadă de contribuție la sistemul asigurărilor de şomaj cuprinsă între patru şi şase luni, nivelul alocației este diminuat cu 25%.

Acest sistem este mai puțin avantajos pentru salariații care au cotizat o perioadă mai scurtă de timp sau pentru cei cu salarii mici şi îi favorizează pe cei care au contribuit la asigurări pe durate mai lungi. Principiile care stau la baza sistemului de asigurări au fost deci întărite.

Alocația de solidaritate specifică şomerilor de lungă durată este de 13 Euro pe zi iar pentru cei în vârstă de peste 55 ani, aceasta se ridică la 18 Euro pe zi.

Alocația de inserție pentru categoriile speciale este de 9,03 Euro pe zi.

Durata prestațiilor

Perioada de timp în care se acordă alocația integrală este cuprinsă între 4 şi 27 luni, în funcție de durata de afiliere la sistem şi de vârstă. După această perioadă, coeficientul de reducere a alocației variază între 8% şi 17% la fiecare patru luni, tot în funcție de vârsta şomerului şi de durata de cotizare la sistem, până la maximum 60 de luni în care se poate primi indemnizația de şomaj.

Tabel nr. 3.2

Durata prestațiilor de asigurări de şomaj

- 2000 -

Nr. crt.	Perioada de cotizare	Durata indemnizației			
		Alocație integrală	Alocație regresivă	Rata reducerii	Durata totală
1.	4 luni din ultimele 8 luni	-	4 luni	-25%	4 luni
2.	6 luni din ultimele 12 luni	4 luni	3 luni	-15%	7 luni
3.	8 luni din ultimele 12 luni, sub 50 ani	4 luni	11 luni	-17%	15 luni

Nr. crt.	Perioada de cotizare	Durata indemnizației			
		Alocație integrală	Alocație regresivă	Rata reducerii	Durata totală
4.	8 luni din ultimele 12 luni, sub 50 ani şi peste	7 luni	14 luni	-15%	21 luni
5.	14 luni din ultimele 24 luni, sub 25 ani	7 luni	23 luni	-17%	30 luni
6.	14 luni din ultimele 24 luni, între 25-50 ani	9 luni	21 luni	-17%	30 luni
7.	14 luni din ultimele 24 luni, 50 ani şi peste	15 luni	30 luni	-15%	45 luni
8.	27 luni din ultimele 36 luni, 50-55 ani	20 luni	25 luni	-15%	45 luni
9.	27 luni din ultimele 36 luni, 55 ani şi peste	27 luni	33 luni	-8%	60 luni

Sursa: Revue Internationale du Travail, no. 3-4, 2000, pag. 485.

Alocația de solidaritate specifică pentru şomerii de lungă durată se acordă, teoretic, pe durată nelimitată dar , practic, ea se atribuie pe perioade de câte 6 luni iar la expirarea fiecărui termen are loc o nouă verificare a nivelului resurselor beneficiarului.

Alocația de inserție pentru categoriile speciale se acordă pe o perioadă care nu poate depăşi un an.

Situații speciale

Pentru şomerii în vârstă de peste 57 ani există posibilitatea pensionării anticipate dacă îndeplinesc condițiile pentru aceasta.

În cazul şomajului parțial, determinat de reducerea duratei de muncă din rațiuni economice, accidentale sau tehnice, alocația de şomaj pentru perioadele de timp în care nu se lucrează reprezintă 50% din remunerația orară brută, cu un nivel minim de 4,42 Euro pe oră. Aceasta este plătită de către angajator, urmând ca el să recupereze ulterior o parte din sumă (2,44 Euro pe oră) de la asigurări.

Impozitarea prestațiilor

Prestațiile de şomaj sunt impozabile după aplicarea unei deduceri de 20% . Nivelul minim al venitului net anual supus impozitării este de 6738 Euro pentru o persoană singură, 10732 Euro pentru familiile fără copii, 14788 Euro pentru familiile cu doi copii etc.

3.2.4. Italia

În Italia, sistemul prestațiilor de şomaj este mult mai puțin dezvoltat decât în celelalte țări membre ale Uniunii Europene. Acesta prezintă anumite particularități care îl diferențiază mult de cele existente în celelalte țări.

În cazul şomajului total, sistemul actual oferă trei categorii de prestații:

- indemnizația ordinară de şomaj sau de bază;
- indemnizația specială de şomaj, pentru salariații din sectorul de construcții;
- indemnizația de mobilitate, pentru salariații care au fost anterior în situația de şomaj parțial.

În cazul şomajului parțial există două categorii de prestații de şomaj:

- complementul ordinar de salariu;
- complementul extraordinar de salariu.

Gestiunea acestui sistem este tripartită (sindicate, patronat, stat). El este finanțat preponderent pe principiul asigurărilor, prin cotizații . Cotizațiile sunt plătite în mare parte de patronat care suportă astfel costurile asigurării de şomaj. Astfel, din totalul cotizației de şomaj de 4,71% angajatorului îi revine obligația să plătească 4,41% iar salariatului numai 0,30%. Această cotizație totală pentru şomaj se distribuie astfel: 1,61% pentru indemnizațiile de şomaj total şi 3,10% pentru complementul de salariu corespunzător şomajului parțial (2,20% pentru complementul ordinar de salariu şi 0,90% pentru complementul extraordinar). Cotizația de 0,30% plătită de salariat se regăseşte abia în complementul extraordinar de salariu la care patronatul contribuie cu diferența de 0,60%.

Statul contribuie şi el la finanțarea sistemului, rezervându-şi în acelaşi timp şi dreptul de intervenție în scopul reducerii costurilor salariale în perioadele de recesiune economică. El finanțează prin subvenții anuale transferurile destinate acoperirii deficitelor care apar în sistem, în ultima vreme aceste transferuri fiind din ce în ce mai numeroase.

În Italia nu există un sistem de solidaritate specific pentru şomeri. Sistemul de asistență socială nu garantează un venit minim pentru şomerii care nu mai au dreptul la prestații de asigurări. Acesta este gestionat de autoritățile locale şi diferă de la o regiune la alta.

Indemnizația ordinară de şomaj, ca prestație de bază, are un nivel foarte scăzut, şi anume 30% din salariul mediu obținut în ultimele trei luni, cu un plafon lunar maxim de 745 Euro pentru salariile de până la 1611 Euro şi de 895 Euro pentru salariile mai mari. Aceasta se acordă pentru o perioadă maximă de 6 luni. Pentru a avea acces la această prestație este necesară o perioadă de activitate şi de cotizare la sistem de cel puțin 2 ani, din care un an înainte de intrarea în şomaj. De indemnizația ordinară de şomaj beneficiază un număr relativ redus de persoane, în special din întreprinderile mici.

Indemnizația specială de şomaj

Pentru lucrătorii din construcții disponibilizați din cauza încetării activității, închiderii şantierului sau reducerilor de personal din rațiuni de criză economică se acordă indemnizația specială de şomaj. Aceştia au obligația să achite cel puțin 10 cotizații lunare în ultimul an de activitate. Nivelul acestei prestații este cu mult superior celui al indemnizației de bază, ridicându-se la 80% din ultimul salariu obținut. Indemnizația specială se acordă pe o perioadă de 90 de zile, cu posibilitatea de prelungire în caz de necesitate.

Indemnizația de mobilitate

Salariații din celelalte sectoare economice, cu excepția sectorului de construcții, care s-au aflat în şomaj parțial şi au beneficiat de complementul extraordinar de salariu iar ulterior intră în şomaj total, primesc indemnizația de mobilitate. Aceasta se acordă pe o perioadă de 36 de luni cu posibilitatea de

prelungire la 48 de luni pentru regiunile din sudul țării. În primul an, cuantumul acestei prestații se situează la acelaşi nivel cu cel al complementului extraordinar de salariu primit anterior în perioada de şomaj parțial. În următoarele luni nivelul acesteia scade la 80%, având aceleaşi plafoane maxime ca şi indemnizația ordinară de şomaj. De această prestație de şomaj beneficiază cea mai mare parte a şomerilor din marile întreprinderi, în special din industrie, disponibilizați în circumstanțe speciale din motive economice.

Complementul ordinar de salariu

Se acordă în cazul reducerii sau opririi temporare a activității unei întreprinderi din cauze interne proprii acesteia, la cererea lucrătorului, avizată de Institutul Național de Securitate Socială. Nivelul acestei prestații este de 80% din salariu. Se acordă pentru orele nelucrate (maxim 16 ore pe săptămână) pe o durată maximă de un an. Pentru o a doua tranşă de 6 luni, cuantumul prestației este plafonat la acelaşi nivel cu cel al indemnizației ordinare de şomaj. Se garantează păstrarea locului de muncă pentru persoanele aflate în şomaj parțial. De precizat că nivelul contribuției la asigurările de şomaj plătită de întreprindere creşte dacă aceasta apelează de mai multe ori la acest gen de ajutor.

Complementul extraordinar de salariu

Se acordă în situații de criză economică, de restructurare a unui sector sau de schimbare a profilului de activitate al unei întreprinderi, la cererea lucrătorilor şi prin decret al Ministerului Muncii. Nivelul prestației este de 80% din salariul anterior. Se acordă pentru maximum 40 de ore nelucrate pe săptămână pe o durată de până la 36 de luni. Contribuția statului, prin bugetul public, la finanțarea acestui gen de prestații de şomaj este mai importantă.

Creat inițial cu scopul de a evita concedierile masive, complementul ordinar de salariu se limita la început la şomajul parțial în sens strict, adresându-se numai lucrătorilor disponibilizați provizoriu ca urmare a unei conjuncturi economice nefavorabile. Complementul extraordinar a fost creat ulterior, ca urmare a restructurărilor importante din economie şi a fost utilizat ca un substitut parțial al concedierilor masive din motive economice, precum şi pentru a compensa insuficiența indemnizației de bază pentru şomaj. Acest tip de ajutor a fost larg utilizat până în anii ’90.

În anul 1991 a fost adoptată legea reformei pieței muncii care, între altele, viza şi limitarea recurgerii la complementul extraordinar. S-a avut în vedere în special reducerea duratei prestațiilor de şomaj, prin limitarea acestora la un an în caz de criză a întreprinderii, şi la maximum 2 ani, în caz de restructurare a acesteia. Se prevedea, de asemenea, interzicerea apelării succesiv la complementul ordinar şi la cel extraordinar, practică folosită în mod curent până în acel moment. În acest an a fost introdusă o nouă prestație numită indemnizație de mobilitate, cu un nivel inferior indemnizației plătite până atunci şi care nu garanta păstrarea sau redobândirea locului de muncă la sfârşitul perioadei de şomaj.

În timp ce aceste măsuri urmăreau limitarea acordării complementului de salariu, cele din 1993, dimpotrivă, le-au extins câmpul de acțiune şi aria de

aplicare. În acest an a fost constituit un “fond de ocupare” în sumă importantă (1350 miliarde lire), pentru a permite realizarea unei serii de măsuri în perioada următoare. Printre acestea figura şi sporirea numărului celor care aveau dreptul la complementul ordinar, în special întreprinderile cu mai puțin de 60 de salariați, precum şi cele din sectorul terțiar. De asemenea, s-a introdus şi impozitarea ajutoarelor sociale dar şi creşterea indemnizației de bază pentru şomaj, de la 20% la 30% din salariul anterior pentru sectoarele sau lucrătorii care nu puteau beneficia de complementul extraordinar.

De la înființarea sa în 1945, complementul de salariu a reprezentat un mijloc suplu şi eficient de protecție a veniturilor lucrătorilor, jucând un rol de factor de flexibilitate şi armonizare socială. În acelaşi timp însă, acest gen de prestații este şi foarte costisitor necesitând şi importante subvenții din partea statului, ceea ce explică reformele întreprinse după anii 1990. Complementul de salariu este totodată şi un factor discriminatoriu, în condițiile în care favorizează lucrătorii din marea industrie, în detrimentul celor din alte sectoare de activitate. Acest gen de asigurări de şomaj prezintă şi pericolul producerii unor efecte adverse majore. Printre acestea se numără concedierile deghizate practicate de întreprinderile cotizante. De asemenea, prin mărirea numărului beneficiarilor, se poate ajunge în situația de diminuare a cuantumului indemnizațiilor care ar îndeplini, în final, mai mult un rol de asistență socială, total diferit de cel prevăzut inițial.

3.3. Perspective europene în domeniul protecției sociale a şomerilor

În ultimii ani, în țările membre UE, programele sociale pentru şomeri evidențiază faptul că relația de condiționare dintre activitatea salariată şi prestațiile sociale acordate, reprezintă fundamentul sistemului de protecție socială, care tinde din ce în ce mai mult către întărirea rolului de prevenire a riscului şomajului decât a celui reparatoriu sau compensatoriu.

Finanțarea prestațiilor de şomaj se realizează în principal în sistem contributiv, prin cotizații patronale (cuprinse între 3% în Austria şi 6% în Spania sau Olanda) care înregistrează o tendință de diminuare şi cotizații ale salariaților (variind între 1% în Finlanda şi 4% în Irlanda), cu tendința de majorare. Contribuțiile angajatorilor şi angajaților reprezintă sursa principală care alimentează fondurile de şomaj acoperind în proporție de peste 90% sumele necesare acordării prestațiilor de şomaj. Fondurile de şomaj sunt administrate şi gestionate de instituții publice.

Contribuția statului, prin acordarea în condiții mai avantajoase de credite rambursabile total sau parțial ori prin subvenții bugetare, la asigurarea echilibrului financiar al sistemului deține o pondere medie de sub 10% şi înregistrează o tendință de diminuare în ultima perioadă.

În România, fondul asigurărilor de şomaj a înregistrat în mod constant un excedent al veniturilor atrase față de cheltuielile efectuate. Acest surplus anual a provenit în special din nivelul ridicat al contribuțiilor plătite(5% de către angajatori şi 1% de către angajați) în condițiile menținerii sau chiar reducerii numărului

şomerilor aflaţi în plată, precum şi din insuficienta promovare a programelor active de combatere a şomajului care să utilizeze în mod eficient aceste resurse disponibile.

Evoluţia în timp a sistemelor de protecţie socială a şomerilor a cunoscut în ultimul deceniu o schimbare de orientare, trecând din sfera preocupărilor exclusive pentru asigurarea unor condiţii de trai decente pentru şomeri către stimularea interesului acestora pentru muncă, reintegrarea lor cât mai rapidă într-o activitate utilă şi reducerea dependenţei sociale.

În scopul reducerii atractivităţii sistemelor de protecţie socială, au fost introduse o serie de restricţii, printre care cea mai importantă a fost scăderea nivelului indemnizaţiilor de şomaj de la generoasele procente de 80%-90% din salariul anterior la 50%-60% şi chiar mai puţin în unele ţări (40% în Irlanda; 28% în Grecia; 23% în Marea Britanie). În România nivelul alocaţiei de şomaj a fost redus la 75% din salariul minim net pe economie, indiferent de nivelul sau durata contribuţiei.

S-a avut în vedere faptul că nivelul indemnizaţiei de şomaj trebuie să fie sensibil inferior salariului câştigat în perioada de activitate sau chiar salariului minim net pe economie pentru a nu conduce la dezinteres din partea şomerului pentru găsirea unui nou loc de muncă. Apropierea, mergând până la nivelare, între preţul şomajului(alocaţia de şomaj) şi preţul muncii(salariul) a determinat chiar scăderea interesului pentru păstrarea unui loc de muncă slab plătit în condiţiile în care, fără efort, se poate primi o sumă comparabilă. A apărut astfel ca o consecinţă firească necesitatea reevaluării raportului dintre nivelul alocaţiilor de şomaj şi cel al salariilor. Introducerea alocaţiei de şomaj regresive în timp, concomitent cu limitarea la maximum un an a perioadei în care şomerul poate beneficia de ajutor, urmăreşte sporirea preocupării pentru găsirea unui loc de muncă şi autoprotejarea prin ocupare.

Pe aceeaşi linie se înscrie şi impunerea unor restricţii mai severe privind condiţiile ce trebuie îndeplinite pentru dobândirea drepturilor sociale, respectiv creşterea duratei minime de cotizare la cel puţin un an, precum şi o mai bună corelare a nivelului indemnizaţiei primite cu cel al contribuţiei plătite.

În majoritatea ţărilor, cu excepţia Austriei, Finlandei şi Portugaliei s-a trecut chiar şi la introducerea impozitării alocaţiilor de şomaj situate peste un anumit prag superior, prestaţiile de înlocuire a unui venit fiind asimilate salariului în ceea ce priveşte aplicarea impozitării fiscale. Mai mult, în Belgia, Spania, Franţa, Danemarca, Olanda din indemnizaţia de şomaj sunt prelevate şi anumite cotizaţii sociale - pentru serviciile de sănătate, pentru asigurările naţionale de pensii, pentru ajutoarele familiale, etc.

Sporirea obligaţiilor ce revin beneficiarilor de ajutoare sociale, dar mai ales urmărirea respectării acestora prin controale asigurate de servicii administrative specializate, constituie o altă modalitate de menţinere a interesului pentru muncă. Participarea la o formă de pregătire profesională, efectuarea unor activităţi temporare în sectorul public, prezentarea periodică la interviuri în scopul angajării, acceptarea temporară a unor locuri de muncă oferite chiar dacă acestea nu corespund pregătirii profesionale ori dacă salariul este mai mic decât cel avut anterior, reprezintă tot atâtea moduri de justificare a utilităţii acordării indemni-

zației de şomaj, permise pentru integrarea în muncă, dar şi condiții obligatorii pentru primirea drepturilor băneşti.

Referitor la organizarea administrativă, pe plan european are loc un proces de transferare a sarcinilor de susținere a anumitor categorii de şomeri către organele locale pentru ca, în acest fel, să poată fi realizată o evidență cât mai corectă, dar şi un control mai riguros al respectării criteriilor de acces la prestații şi al îndeplinirii obligațiilor de către beneficiarii de ajutor de şomaj.

Măsurile active (subvenții pentru angajarea tinerilor, credite acordate în condiții avantajoase pentru întreprinderile care angajează şomeri, subsidii pentru dezvoltarea anumitor ramuri economice sau zone, cursuri de reconversie profesională) care stimulează ocuparea şi generează noi locuri de muncă, au început să-şi arate efectele pozitive în cadrul programelor de combatere a şomajului. Ponderea lor este încă relativ scăzută, comparativ cu măsurile pasive (alocații şi ajutoare băneşti), din cauza faptului că presupun costuri suplimentare ridicate iar rezultatele lor nu sunt imediate, dar orientarea către astfel de măsuri se înscrie în tendința generală a politicilor sociale comunitare.

Diminuarea poverii fiscale din sarcina angajatorilor, prin reducerea ponderii contribuției acestora la fondul de şomaj, urmăreşte stimularea creării de noi locuri de muncă şi creşterea gradului de ocupare, în timp ce majorarea contribuției salariaților are în vedere o mai mare conştientizare şi responsabilizare a acestora în ce priveşte riscul şomajului. De asemenea, plafonarea nivelului veniturilor asupra căruia se aplică prelevarea contribuției la fondul de şomaj reprezintă o măsură echitabilă în condițiile plafonării alocațiilor de şomaj.

Nu se poate pretinde că funcționarea diferitelor sisteme de protecție socială a şomerilor reprezintă cauza principală a persistenței şomajului ridicat, aceasta găsindu-se în factorii macroeconomici şi structurali. În sprijinul acestei afirmații poate fi adus argumentul că reformele întreprinse în ultimul deceniu nu au condus la rezultate spectaculoase în privința diminuării cheltuielilor sau a reducerii ratei şomajului, Totuşi, asigurarea unei protecții sociale generoase amplifică şi mai mult problema şi o face mai dificil de rezolvat.

Temperarea creşterii cheltuielilor cu protecția şomerilor sau chiar reducerea acestora, astfel încât să se încadreze în limitele permise de capacitatea economiei de a le suporta şi susține din punct de vedere financiar, reprezintă o necesitate şi totodată o condiție pentru viabilitatea sistemului dar şi pentru ca societatea să-şi mențină disponibilitatea de a asigura fondurile destinate nevoilor sociale şi să fie convinsă de eficiența utilizării lor .

Bibliografie

Calcon, F.; Rechoudt, L.; Greiner, D., *Les allocations de chômage en Europe*, Copenhague, 1995.

Ciutacu, C., *Şomaj-inflație, o provocare pentru economia în tranziție*, Bucureşti, CIDE, 1993

Denis J. Snower, "Reformer les régimes d'assurance de chômage", *Revue Internationale du travail*, no. 6, 1999, BIT Génčve.

Drouin, V. ; Greffe, X., *L'assurance – chômage, filet de sécurité ou parapluie percé ?*, Paris, 1998.

Medinier, H.; Revoil, J., *L'indemnisation du chômage*, Copenhague, 1997.

Perț, Steliana, "Şomajul în perioada de tranziție. Geneză. Dimensiuni. Caracteristici. Tendințe", *Revista Română de Statistică*, nr. 3-4, 1993

Perț, Steliana, *Probleme ale măsurării şomajului. Cu privire specială la rata de şomaj*, CIDE, 1991

Reissert, B, *Les prestations de chômage et l'aggravation du problčme du chômage*, Luxembourg, 1998.

Commission des Communautés Européennes, *Les régimes nationaux d'assurances de chômage*, Luxembourg, 1998.

Commission européenne, *La protection sociale en Europe*, Luxembourg, 1998.

Bureau Internationale du Travail, *L'emploi en Europe*, Génčve, 1999.

Bureau Internationale du Travail, *L'emploi dans le monde*, Génčve, 1999.

MISSOC, *Social protection in the Member States of the European Union. Social security and socal integration*, Luxemburg, 2000.

*** *Problèmes économiques*, no. 2649, 2660, 2663, 2665, 2668, 2672, 2678, 2679, 2688, 2689, 2690 / 2000, no. 2694, 2711, 2717 / 2001

Capitolul 4
COMBATEREA SĂRĂCIEI - OBIECTIV AL DEZVOLTĂRII SISTEMELOR DE PROTECȚIE SOCIALĂ

4.1. Combaterea sărăciei şi a excluderii sociale – obiectivul preocupărilor sociale la nivelul Uniunii Europene

Sărăcia este un fenomen prezent şi în țările membre ale Uniunii Europene, chiar dacă standardul general de trai este înalt şi foarte înalt în raport cu cel înregistrat în țările aflate în zonele sărace ale lumii, precum şi cu cel înregistrat în România. Problematica sărăciei a reintrat în preocupările de ordin social ale țărilor vest-europene încă de la sfârşitul anilor ’60 – începutul anilor ’70. Acestea s-au amplificat în ultimul deceniu, au depăşit sfera de interes a statelor şi reprezintă în prezent unul din principalele domenii ale acțiunii sociale la nivelul Uniunii Europene.

Combaterea sărăciei constituie unul dintre obiectivele politicii sociale promovate de statele membre ale Uniunii Europene. Elaborarea politicilor de combatere a sărăciei, stabilirea obiectivelor concrete, a direcțiilor de acțiune, alegerea instrumentelor şi înfăptuirea politicilor de combatere a sărăciei reprezintă prerogative ale statelor. Politica socială, în general, constituie unul din domeniile aflate prin excelență în competența statelor membre.

Implicarea Comunității Europene a fost limitată, având în vedere competențele şi instrumentele aflate la dispoziția sa. Aceasta a constat, în principal, în promovarea unor acțiuni orientate spre încurajarea şi susținerea preocupărilor privind sărăcia şi excluderea socială sau spre mobilizarea tuturor actorilor relevanți pentru lupta împotriva excluderii sociale /9, 12/, precum şi în elaborarea unor recomandări privind asigurarea unui nivel minim de resurse pentru toți cetățenii.

Una dintre formele de acțiune comunitară în acest domeniu o reprezintă aplicarea unor programe antisărăcie pe termen mediu: 1975-1980, 1985-1989, 1989-1994 şi 1994-1999. Programele au avut drept principal scop realizarea schimbului de experiență practică în domeniu, cuprinzând şi realizarea unor proiecte de cercetare menite să conştientizeze societatea în legătură cu procesele şi situațiile de excludere socială şi să evalueze politicile promovate în domeniu /6, 7, 8, 10, 11/.

Recomandarea 92/441 privind criteriile comune referitoare la resurse suficiente şi asistența socială în sistemele de protecție socială /21/, adoptată de Consiliu la 24 iunie 1992, constituie un alt instrument de susținere a eforturilor

făcute de statele membre pentru combaterea sărăciei şi excluderii sociale. Recomandarea stabileşte principiile şi condiţiile de garantare a unui nivel minim al resurselor astfel încât să fie asigurată respectarea demnităţii umane, garantare inclusă între obiectivele comune prevăzute în Recomandarea 92/442 privind convergenţa obiectivelor şi politicilor de protecţie socială /22/. Ambele recomandări se bazează pe prevederile din Programul de acţiune socială elaborat de Comisia europeană în vederea implementării Cartei comunitare privind drepturile sociale fundamentale ale lucrătorilor (1989).

4.1.1. Combaterea sărăciei şi noua agendă socială europeană

Introducerea în Tratatul de Amsterdam a capitolului privind politica socială, între obiectivele căreia este prevăzută şi combaterea excluderii sociale, a extins sfera acţiunii comunitare în domeniul sărăciei, amplificând responsabilitatea organismelor europene faţă de combaterea sărăciei. Conform art. 136 al Tratatului "*comunitatea şi statele membre… trebuie să aibă ca obiective promovarea ocupării, îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă şi de muncă, astfel încât să fie posibilă armonizarea acestora în condiţiile menţinerii îmbunătăţirilor realizate, protecţie socială adecvată, dialogul social, dezvoltarea resurselor umane în scopul susţinerii unui nivel înalt al ocupării şi combaterea excluderii*" /3/. Tratatul de la Nisa include combaterea excluderii sociale între domeniile în care comunitatea trebuie să susţină şi să completeze activităţile statelor membre în domeniul social (art. 137, alin. 1, lit. j), prevăzând că "*în acest scop, Consiliul poate adopta măsuri menite să încurajeze cooperarea între statele membre prin iniţiative orientate spre îmbunătăţirea cunoştinţelor, schimbul de informaţii şi bună practică, promovarea unor abordări şi metode de evaluare inovatoare, excluzând orice armonizare a legilor şi reglementărilor statelor membre"* (art. 137, alin. 2, lit. a) /24/.

Summit-ul de la Lisabona din martie 2000, care a subliniat rolul politicii sociale în dezvoltarea UE, a decis intensificarea cooperării europene în politicile de promovare a incluziunii sociale (implicit în combaterea sărăciei şi excluderii sociale), având în vedere "necesitatea de a acţiona pentru realizarea, până la orizontul 2010, a unui impact decisiv pentru eradicarea sărăciei" /4/. S-a convenit, de asemenea, ca politicile de combatere a excluderii sociale promovate de statele membre să se bazeze pe metoda deschisă de coordonare**,** care presupune stabilirea unor obiective comune, elaborarea unor Planuri naţionale de acţiune pentru promovarea includerii sociale şi a unui program al Comisiei Europene de încurajare a cooperării în acest domeniu, stabilirea unui sistem de indicatori comuni şi evaluarea comparativă a rezultatelor. Presupunând respectarea suveranităţii statelor în ceea ce priveşte elaborarea şi promovarea politicii sociale, această metodă înseamnă un proces organizat de elaborare, evaluare, comparare şi ajustare a politicilor sociale ale statelor membre, bazat pe învăţare reciprocă. Metoda este menită să ajute statele să-şi elaboreze propriile politici de combatere a sărăciei, în aşa fel încât acestea să reflecte condiţiile specifice fiecărei ţări, să-şi împărtăşească experienţa şi să îşi evalueze rezultatele în mod transparent şi comparabil.

Consiliul de la Nisa, din decembrie 2000, a stabilit obiectivele comune ale combaterii sărăciei şi excluderii sociale şi a solicitat statelor membre să elaboreze, în prima jumătate a anului 2001, Planurile naționale de promovare a incluziunii sociale. Acestea cuprind programele de combatere a sărăciei şi excludere socială pe următorii doi ani, cu evidențierea politicilor şi instrumentelor aflate în curs de aplicare, în special a "celei mai bune practici", adică a acelora care au dat rezultate foarte bune. Planurile au fost prezentate Comisiei europene în iunie 2001 /19/, fiind supuse unei prime evaluări, într-un raport comun al Comisiei, Consiliului, Parlamentului European, Comitetului Economic şi Social şi Comitetului Regiunilor. În cursul anului 2001, s-a convenit şi asupra **setului de indicatori** care va sta la baza monitorizării armonizate a rezultatelor programelor şi politicilor naționale, iar din anul 2002 va fi lansat şi **Planul comunitar de acțiune pentru promovarea colaborării în domeniul combaterii sărăciei şi excluderii sociale**.

4.1.2. Planurile naționale de combaterea sărăciei şi excluderii sociale

Consiliul European din decembrie 2000 de la Nisa a convenit asupra a patru **obiective comune** ale combaterii sărăciei şi excluderii sociale:

- facilitarea ocupării şi a accesului tuturor la resurse, drepturi, bunuri şi servicii;
- prevenirea riscurilor excluderii sociale;
- susținerea celor mai vulnerabili;
- mobilizarea tuturor organismelor cu responsabilități în domeniul social şi a celor afectați de sărăcie şi excludere socială.

Planurile naționale de acțiune cuprind un spectru larg de politici şi instrumente de combatere a sărăciei, care reflectă preocupările de a răspunde celor patru obiective stabilite în comun, precum şi construcția propriilor sisteme de protecție socială.

Toate țările pun un accent deosebit pe **facilitarea ocupării**, ca direcție-cheie de combatere a sărăciei, politicile promovate în acest sens fiind orientate spre:

- crearea oportunităților de ocupare şi pe dezvoltarea capacității de încadrare în muncă pentru acei indivizi, grupuri sau comunități care în general se află departe de piața muncii;
- dezvoltarea unei piețe a muncii mai deschise şi sensibile la ocuparea celor care in general sunt marginalizați şi excluşi şi a unor instrumente de stimulare a ocupării categoriilor vulnerabile ale forței de muncă (tineri, lucrători vârstnici, persoane handicapate, minorități etnice şi emigranți etc.);
- reconcilierea dintre participarea la muncă şi viața de familie.

În ceea ce priveşte **facilitarea accesului la resurse, drepturi, bunuri şi servicii**, programele naționale se orientează spre:

- organizarea sistemelor de protecție socială astfel încât să fie garantate tuturor resursele necesare unui trai conform demnității umane şi să fie stimulată participarea la muncă a tuturor celor care sunt apți de muncă,

accentul fiind pus în acest context pe dezvoltarea sistemului de acordare a venitului minim garantat în sensul îmbunătățirii adecvabilității şi accesibilității acestuia, precum şi pe asigurarea unor venituri din muncă suficient de mari şi a unei combinări a acestora cu ajutorul social astfel încât să fie stimulată ocuparea beneficiarilor de ajutor;

- facilitarea accesului la o locuință decentă şi sănătoasă şi a posibilității de a utiliza serviciile necesare unui trai normal (electricitate, apă, căldură etc);
- asigurarea accesului la serviciile de ocrotire a sănătății;
- facilitarea accesului şi a utilizării serviciilor de educație şi cultură (cu accent special spre reducerea barierelor care împiedică participarea la educație, spre combaterea abandonului şcolar şi spre asigurarea formării profesionale continue), precum a accesului la justiție, în special în ceea ce priveşte cunoaşterea şi respectarea drepturilor.

Politicile orientate spre prevenirea riscurilor de excludere socială au în vedere:

- promovarea incluziunii informaționale (eInclusion), în sensul pregătirii oamenilor în vederea ocupării în locurile de muncă specifice economiei informaționale şi prin facilitarea utilizării noilor instrumente de comunicare de către toți cetățenii, inclusiv de către cei aflați în situații de izolare şi marginalizare;
- prevenirea supraîndatorării şi a fenomenului "oamenilor fără casă" (homelessness);
- susținerea solidarității familiale.

Politicile de suport pentru categoriile cele mai vulnerabile sunt orientate în principal spre:

- promovarea integrării persoanelor care se confruntă cu sărăcia persistentă, persoane handicapate sau persoane care se confruntă cu probleme speciale de integrare ("oameni fără casă", bolnavi mintal, consumatori de droguri şi alcoolici, ex-deținuți, prostituate etc.);
- eliminarea excluderii sociale în rândul copiilor;
- acțiuni în favoarea zonelor defavorizate.

Realizarea celui de-al patrulea obiectiv implică:

- promovarea participării şi exprimării persoanelor aflate în situația de excludere socială;
- mobilizarea autorităților publice naționale, regionale şi locale, crearea unor instrumente şi structuri de coordonare adecvate şi adaptarea serviciilor administrative şi sociale la nevoile persoanelor aflate în situația de excludere socială;
- promovarea dialogului şi a parteneriatului dintre toate organismele publice şi private relevante prin: implicarea partenerilor sociali, a organizațiilor nonguvernamentale şi a prestatorilor de servicii sociale; încurajarea responsabilității sociale şi a angajării active a cetățenilor; întărirea responsabilității sociale a mediului de afaceri.

4.2. Dimensiuni ale sărăciei

În virtutea concepției potrivit căreia sărăcia este un fenomen specific fiecărei societăți, evaluarea proporțiilor sărăciei se face în raport cu praguri naționale, determinate la nivelul de 60% din mediana distribuției populației din fiecare țară în funcție de nivelul veniturilor ce revin în medie pe adult echivalent în fiecare gospodărie. Şi, întrucât nivelul median al veniturilor prezintă diferențe mari de la o țară la alta, pragul calculat pentru anul 1996 variază între 3,8 mii PPS anual în Portugalia şi 11,4 mii PPS în Luxemburg, conform evaluării realizate de Eurostat pe baza datelor Panelului de Gospodării al Comunităților Europene (ECHP) din anul 1996 (t*abelul nr. 1)*.

Tabelul nr. 1

Principalii indicatori ai sărăciei în Uniunea Europeană, 1996

	Pragul național al sărăciei,	Numărul persoanelor sărace, milioane		Rata sărăciei[c], %		Rata sărăciei persistente[d], la pragul național, %	Deficitul mediu relativ[e], la pragul național, %
	mii unități PPS[a]	la pragul național	la pragul UE[b]	la pragul național	la pragul UE		
Austria	7,7	1,0	0,4	13	5	…	27
Belgia	7,6	1,7	0,9	17	9	7	29
Danemarca	7,9	0,6	0,3	12	5	3	27
Franța	7,2	9,1	5,3	16	9	6	26
Germania	7,7	13,1	7,8	16	10	7	34
Grecia	4,3	2,1	4,0	21	39	10	35
Irlanda	5,3	0,6	0,9	18	26	8	24
Italia	5,2	10,5	14,3	19	25	8	36
Luxemburg	11,4	0,0	0,0	12	2	5	23
Olanda	6,9	1,8	1,2	12	8	3	34
Portugalia	3,8	2,1	4,6	22	47	12	34
Regatul Unit	6,8	11,1	8,0	19	14	8	26
Spania	4,5	7,1	12,8	18	33	8	32
UE 13	-	61,1	60,3	17	17	7	31

a) PPS (purchasing power standard) este o unitate de referință comună utilizată pentru a exprima indicatorii monetari din diferite țări la paritatea puterii de cumpărare.

b) Pragul unic, stabilit la nivelul a 60% din mediana veniturilor gospodăriilor din toate țările (6,4 mii unități PPS anual în anul 1996, ceea ce înseamnă, de exemplu, 13747 mărci germane anual, respectiv 1146 DM lunar).

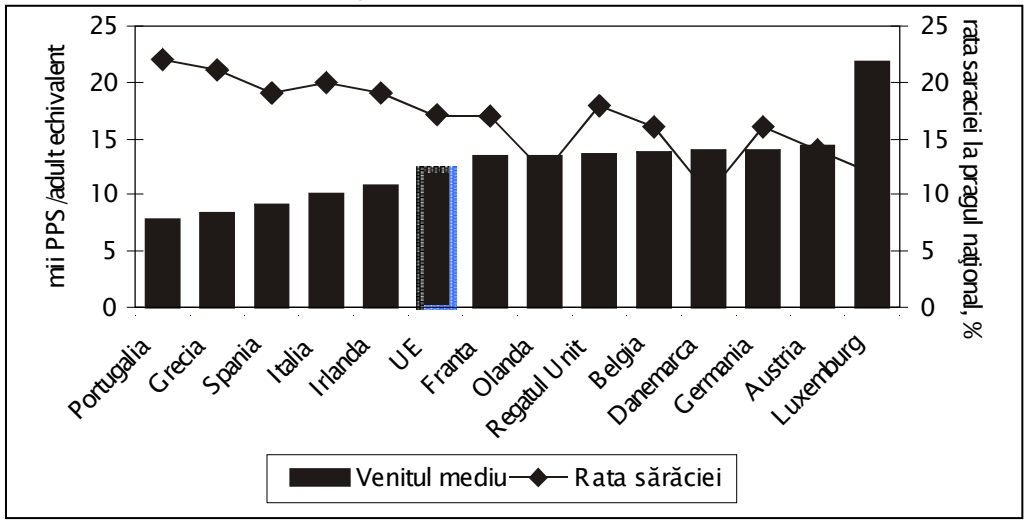
c) Ponderea persoanelor din gospodăriile ale căror venituri se află sub pragul sărăciei în totalul populației.

d) Ponderea persoanelor din gospodăriile, care s-au aflat sub pragul național al sărăciei trei ani consecutiv (1994, 1995 şi 1996), în totalul populației din 1996.

e) Diferența medie dintre veniturile gospodăriilor sărace şi pragul național al sărăciei, raportată la pragul sărăciei. ***Sursa:*** Income Poverty and Social Exclusion in the Member States of the European Union*, Eurostat, 2000.*

Figura nr. 1

Veniturile gospodăriilor şi rata sărăciei, 1996



Analiza comparativă a ratei sărăciei evidenţiază relaţia dintre incidenţa sărăciei şi nivelul general de trai. Chiar dacă este măsurată în raport cu praguri relative ale sărăciei, calculate în funcţie de nivelul veniturilor din fiecare ţară, rata sărăciei arată, în general, o extindere mai mare a sărăciei în ţările caracterizate printr-un nivel mai scăzut al veniturilor populaţiei şi o frecvenţă mai scăzută a apariţiei acesteia în ţările în care gospodăriile dispun de venituri mari. Astfel, cu excepţia Regatului Unit, în toate ţările, care în 1996 au înregistrat rate ale sărăciei de 19-22% (Grecia, Irlanda, Italia, Spania şi Portugalia), nivelul mediu al veniturilor ce revin pe adult echivalent nu a depăşit 11 mii unităţi PPS, situându-se la numai 7,8 mii PPS în Portugalia şi 8,4 mii PPS în Grecia. În schimb, în ţările cu cele mai scăzute rate ale sărăciei (Austria, Danemarca, Luxemburg şi Olanda) nivelul mediu al veniturilor a depăşit 13,5 mii PPS.

Relaţia cu nivelul general de trai şi implicit cu nivelul de dezvoltare al fiecărei ţări este mai pregnantă atunci când rata sărăciei este calculată în raport cu un prag al sărăciei unic pentru toate ţările UE, calculat la nivelul de 60% din mediana veniturilor tuturor gospodăriilor din ţările UE (6,4 mii PPS anual /adult echivalent, în anul 1996).

Incidenţa sărăciei este mult mai mare în ţările mai puţin dezvoltate (47% în Portugalia şi 39% în Grecia) şi mult mai mică în ţările bogate (2% în Luxemburg, ţara cu cel mai înalt nivel al veniturilor, şi 5% în Danemarca şi Austria). Aceasta înseamnă că, dacă în Danemarca şi Austria numai una din 20 persoane se află în stare de sărăcie, în Portugalia aproape una din două persoane se află în această situaţie. Peste 60% din persoanele al căror venit se situează sub pragul european locuiesc în Grecia, Irlanda, Italia, Portugalia şi Spania.

Faptul că ţările, ai căror locuitori dispun de venituri mai scăzute, înregistrează o incidenţă mai mare a sărăciei, chiar şi în raport cu pragul naţional, se explică prin gradul mai înalt de inegalitate a veniturilor în ţările mai sărace. În

1996, raportul dintre partea din veniturile totale deținută de persoanele situate în quintila superioară (cea mai bogată cincime a populației) şi cea deținută de persoanele aflate în quintila inferioară (cea mai săracă cincime a populației), S80/S20, a fost de 7,0 în Portugalia, de 6,1 în Grecia, de 5,8 în Italia, de 5,7 în Spania şi 5,3 în Irlanda, dar numai de 3,3 în Danemarca şi 3,8 în Austria. Menționăm, de asemenea, că în Finlanda şi în Suedia, care au înregistrat în 1997 rate ale sărăciei de 9% şi respectiv 12%, raportul S80/S20 a fost de 3,0 şi respectiv de 3,4. Celălalt indicator al inegalității veniturilor, coeficientul Gini, a depăşit 0,3 în Portugalia (0,37), Grecia, Irlanda, Italia şi Spania, fiind de numai 0,23 în Danemarca şi 0,26 în Austria (de asemenea, de 0,23 în 1997 în Finlanda şi Suedia).

De gradul mai mare de inegalitate este legată şi incidența mai mare a sărăciei în Regatul Unit (19% în 1996), caracterizată însă prin nivelul relativ înalt al veniturilor (13,7 mii PPS sau 10 mii lire sterline, în medie anual pe adult echivalent). În 1996, în Regatul Unit, raportul S80/S20 a fost de 5,5 şi coeficientul Gini de 0,34.

Diferențele dintre țări în ceea ce priveşte gradul de inegalitate şi incidența sărăciei sunt determinate în mare măsură de **sistemele de protecție socială**, în primul rând de volumul cheltuielilor efectuate de acestea. Cheltuielile de protecție socială ce revin în medie pe un locuitor din țările care au înregistrat cele mai scăzute rate ale sărăciei au fost de circa două ori mai mari decât cele din țările caracterizate prin mai multă sărăcie: în 1996 acestea s-au ridicat la 8297 PPS anual în Luxemburg, 6884 PPS în Danemarca, 6050 PPS în Austria şi 6272 în Suedia, în timp ce în Portugalia s-au ridicat numai la 2535 PPS, în Grecia la 2651 PPS, în Irlanda la 3065 PPS, iar în Spania la 3161 PPS). La nivelul Uniunii Europene (EU 15) cheltuielile sociale su fost de 5152 PPS. Ponderea cheltuielilor de protecție socială în PIB a depăşit 30% în Danemarca, Finlanda, Olanda, Suedia şi Germania şi s-a situat în intervalul de 19-23% în Irlanda (18,5%), Portugalia (21,6%), Spania (21,9%), şi Grecia (23,1%).

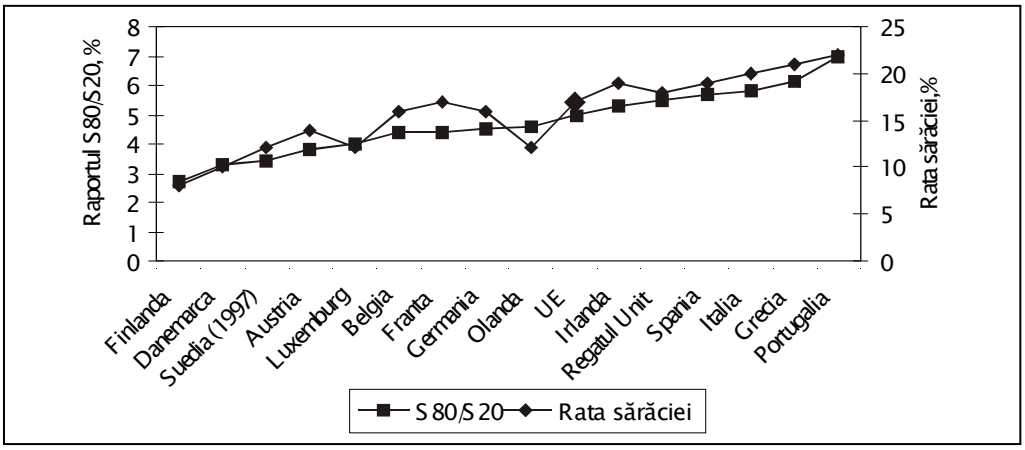
Transferurile sociale au diminuat rata sărăciei cu 30 şi mai multe puncte procentuale în Finlanda, Danemarca, Luxemburg, Suedia şi în Belgia şi numai cu 16% în Grecia şi Portugalia. Datorită existenței transferurilor sociale, în 1996 în Finlanda, rata sărăciei a fost numai la o cincime din nivelul pe care l-ar fi înregistrat fără transferuri (8% față de 38%), în timp ce în Portugalia a fost la 58% din acest nivel (22% față de 38%).

În cazul țărilor cu niveluri scăzute ale ratei sărăciei, se poate remarca faptul că la diminuarea sărăciei au avut o contribuție importantă alte transferuri decât pensia de bătrânețe. În Finlanda şi Danemarca, contribuția acestora a fost mult mai mare decât cea a pensiei: pensia de bătrânețe a contribuit la diminuarea ratei sărăciei cu 6 şi respectiv 9 puncte procentuale, iar celelalte transferuri cu 24 şi respectiv 21 puncte procentuale. În Olanda, Luxemburg şi Suedia contribuția celor două componente a fost aproximativ egală.

În Italia şi Grecia, precum şi în Spania şi Portugalia, pensia este prestația socială care determină diminuarea ratei sărăciei, contribuția celorlalte prestații fiind mult mai scăzută.

Figura nr. 2

Inegalitatea şi sărăcia, 1996



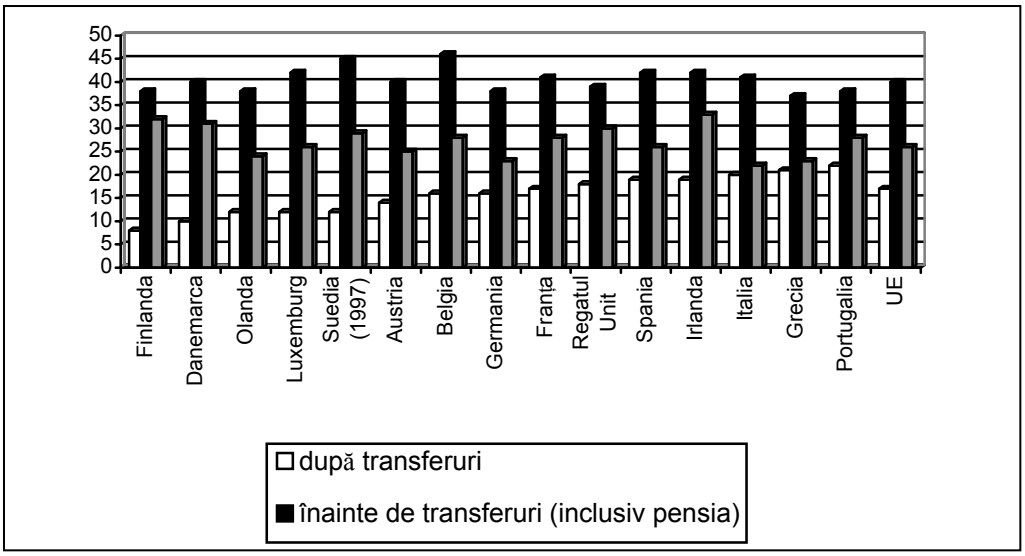
Tabelul nr. 2

Rata sărăciei, înainte şi după transferurile sociale, în 1996

	Rata sărăciei, %			Contribuția transferurilor la reducerea ratei sărăciei, puncte procentuale			Rata sărăciei după transferuri, în % față de rata sărăciei înainte de transferuri
	după trans-feruri	înainte de transfe-ruri (inclusiv pensia)	înainte de transfe-ruri (exclusiv pensia)	Pensia de bătrânețe	Alte transfe-ruri	Total trans-feruri	
Finlanda	8	38	32	6	24	30	21
Danemarca	10	40	31	9	21	30	25
Olanda	12	38	24	14	12	26	32
Luxemburg	12	42	26	16	14	30	29
Suedia (1997)	12	45	29	16	17	33	27
Austria	14	40	25	15	11	26	35
Belgia	16	46	28	18	12	30	35
Germania	16	38	23	15	7	22	42
Franța	17	41	28	13	11	24	41
Regatul Unit	18	39	30	9	12	21	46
Spania	19	42	26	16	7	23	45
Irlanda	19	42	33	9	14	23	45
Italia	20	41	22	19	2	21	49
Grecia	21	37	23	14	2	16	57
Portugalia	22	38	28	10	6	16	58
UE	17	40	26	14	9	23	42

Figura nr. 3

Rata sărăciei, înainte şi după transferurile sociale, în 1996



***Sursa**:* Draft Joint Report on Social Inclusion, *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, 2001.*

4.2. Profilul sărăciei

Riscul de a face parte din gospodării al căror venit se află sub pragul sărăciei diferă în funcție de vârstă, sex, tipul de gospodărie, nivel de instruire şi statut ocupațional.

Incidența sărăciei este mai mare în rândul **copiilor** (sub 18 ani), al **tinerilor** (18-24 ani) şi al **vârstnicilor** (65 ani şi peste). La nivelul Uniunii Europene (EU 13), ponderea celor care trăiesc în gospodării aflate sub pragul național al sărăciei în totalul populației din aceste grupe de vârstă a fost de respectiv 21%, 24% şi 18%. În 1996, rata sărăciei în rândul copiilor şi al tinerilor a depăşit rata medie la nivel național, în toate țările, cu excepția Danemarcei[1] şi Greciei, respectiv a Irlandei, Austriei şi Portugaliei.

Rata sărăciei la copii, de 21% în medie, s-a ridicat la 46% în cazul copiilor din gospodăriile monoparentale şi la 65 % în cazul celor din gospodăriile de şomeri. Cea mai înaltă rată a sărăciei la copii a fost înregistrată în Regatul Unit (25%) şi cea mai scăzută în Danemarca (5%).

[1] În Danemarca, rata sărăciei în rândul copiilor a fost de numai 5%. În schimb, în rândul tinerilor s-a ridicat la 31%, iar în rândul vârstnicilor la 25% (comparativ cu media națională de 12%)

Riscul de sărăcie în rândul tinerilor este mai mult decât dublu în raport cu cel național în Danemarca şi Olanda[1].

Rata sărăciei în rândul vârstnicilor este superioară celei naționale în Austria, Belgia, Danemarca, Grecia, Franța, Portugalia şi Regatul Unit, dar este cu mai mult de o cincime mai mică decât media națională în Spania, Irlanda şi Italia.

Diferența dintre rata sărăciei în rândul femeilor şi al bărbaților nu este mare (18% față de 16%), dar se manifestă la toate categoriile de vârstă şi în toate țările. O incidență considerabil mai mare a sărăciei în raport cu media națională a fost înregistrată aproape în toate țările în cazul femeilor în vârstă de 65 ani şi peste (24% în Austria şi Belgia, 26% în Danemarca, 27% în Regatul Unit, 35% în Grecia şi 38% în Portugalia), situându-se sub media națională numai în Luxemburg, Olanda, Spania şi Suedia. Faptul că riscul sărăciei este considerabil mai mare în cazul femeilor decât în cel al bărbaților este într-o anumită măsură estompat de modul în care sunt măsurate veniturile gospodăriilor, întrucât în calculul veniturilor ce revin în medie pe adult echivalent din fiecare gospodărie veniturile femeilor sunt însumate cu cele ale bărbaților. Astfel, în cazul cuplurilor, rata sărăciei este egală pentru femei şi bărbați. Rata sărăciei este însă mult mai mare în cazul femeilor singure decât în cazul bărbaților singuri, atât în cazul celor în vârstă de până la 65 ani (25% față de 19%), inclusiv al celor ocupate (16% față de 10%), cât şi în cazul celor vârstnice (27% față de 20%). Diferența apare şi la gospodăriile monoparentale, unde rata sărăciei este de 33% dacă părintele este femeie, față de 30% dacă acesta este bărbat.

Cele mai puternic afectate de riscul sărăciei sunt **gospodăriile monoparentale**, în cazul cărora rata sărăciei a fost de 32% la nivelul Uniunii Europene, ceea ce înseamnă că una din trei persoane care trăiesc în astfel de gospodării este afectată de riscul sărăciei. Rata sărăciei familiilor monoparentale a fost considerabil mai mare decât media națională în toate țările - cu excepția Danemarcei, unde s-a ridicat numai la jumătatea mediei (7% față de 12%) - fiind mai mult decât dublul mediei naționale în Germania (36%), Olanda (29%) şi în Regatul Unit (43%).

În cazul cuplurilor **cu trei şi mai mulți copii dependenți,** rata sărăciei a fost de 25 %, fiind superioară ratei înregistrate la nivel național în toate țările, cu excepția Danemarcei şi Greciei. Această categorie de gospodării este mai puternic afectată de riscul sărăciei, în comparație cu situația la nivel național, în Spania, Italia, Luxemburg, Austria şi Portugalia.

Persoanele care locuiesc singure, în special cele **vârstnice**, sunt mai afectate de sărăcie decât cuplurile. Pe ansamblul UE, rata sărăciei la persoanele singure mai tinere de 65 ani a fost de 22%, iar la cele de 65 ani şi peste a fost de 25%. Numai în Spania şi în Olanda s-a înregistrat o incidență mai scăzută a sărăciei la vârstnicii singuri în raport cu media națională; în Danemarca însă rata sărăciei la această categorie de populație a fost de 33%, în Austria de 28%, iar în Portugalia de 53%.

[1] Se menționează, însă, că rata sărăciei la această grupă de vârstă este supraevaluată, datorită faptului că aceasta cuprinde numeroşi studenți, bursieri sau tineri aflați în întreținerea părinților, ale căror venituri nu au putut fi cuprinse integral în veniturile disponibile.

Riscul de sărăcie s-a dovedit mai mare în cazul gospodăriilor care dispun de un **nivel scăzut de educație**: rata sărăciei de 26% pe ansamblul UE.

Mai mult de jumătate din persoanele care trăiesc în **gospodării fără persoane ocupate şi fără pensionari** s-au aflat sub pragul național al sărăciei: 51% în cazul gospodăriilor de şomeri şi 53% în cazul celor formate numai din persoane inactive, fără pensionari. Rata sărăciei în rândul persoanelor care fac parte din gospodăriile de şomeri a depăşit 50% în Belgia, Franța, Irlanda, Italia şi Regatul Unit, fiind mai scăzută numai în Danemarca, precum şi în Grecia şi Portugalia. În toate țările, însă, riscul sărăciei în rândul gospodăriilor de şomeri este considerabil mai mare decât cel mediu la nivel național: de peste trei ori în Austria, Belgia, Franța, Irlanda, şi Olanda.

În cazul gospodăriilor de pensionari, aproximativ una din cinci persoane este săracă. Frecvența persoanelor sărace în această categorie de gospodării este mare în Grecia (34%) şi în Portugalia (43%); de asemenea, în Danemarca şi Regatul Unit. Pentru persoanele din gospodăriile de pensionari, riscul de sărăcie este mai mare decât cel mediu, aproape în toate țările, cu excepție Spaniei, Irlandei, Italiei şi Olandei.

Deşi este mult mai mică decât cea înregistrată la celelalte categorii de gospodării, rata sărăciei gospodăriilor care cuprind persoane ocupate (*working households*) a înregistrat niveluri semnificative în toate țările, datorită existenței salariilor mici, a ocupării precare sau a unui număr mare de persoane dependente.

Tabelul nr. 4

Rata sărăciei, după statutul ocupațional al persoanelor din gospodării

- în % -

	Total gospodării	Gospodării cu persoane ocupate	Gospodării de şomeri	Gospodării de inactivi, cu pensionari	Gospodării de inactivi, fără pensionari
Austria	13	11	41	17	47
Belgia	17	11	61	19	55
Danemarca	12	8	21	29	52
Franța	16	12	58	19	55
Germania	16	13	47	16	73
Grecia	21	17	33	34	29
Irlanda	18	10	58	15	60
Italia	19	17	56	13	50
Luxemburg	12	10	33	15	54
Olanda	12	10	45	10	33
Portugalia	22	18	32	43	60
Regatul Unit	19	11	54	27	59
Spania	18	15	46	16	25
UE 13	17	13	51	19	53

4.3. Persistența sărăciei

Una dintre preocupările majore ale organismelor Uniunii Europene şi ale statelor membre o constituie persistența sărăciei. Rata sărăciei persistente (exprimată prin ponderea persoanelor din gospodăriile care s-au aflat sub pragul național al sărăciei atât în 1996, cât şi în 1994 şi 1995) a fost de 7% la nivelul UE, ceea ce înseamnă peste 40% din totalul persoanelor aflate sub pragul sărăciei în 1996.

Rata sărăciei persistente a fost de 3% (un sfert din total) în Danemarca şi Olanda, ridicându-se la 10% în Grecia şi 12% în Portugalia (48% şi respectiv 55% din total).

Riscul persistenței sărăciei este mai mare pentru femei (8%), pentru copii şi tineri (9%), precum şi pentru persoanele vârstnice (8%), în special pentru cele care trăiesc singure (11%). Frecvența sărăciei persistente este de trei ori mai mare în cazul gospodăriilor de şomeri (23%) şi al celor formate din persoane inactive, fără pensionari (21%). Rata sărăciei persistente este de 8% în cazul gospodăriilor de pensionari şi de 5% în cazul celor care cuprind persoane ocupate. Ponderea persoanelor afectate trei ani la rând de sărăcie este de 13% în cazul gospodăriilor monoparentale, 11% în cazul cuplurilor cu trei şi mai mulți copii dependenți şi 12% în cazul celor care dispun de un nivel scăzut de educație.

4.4. Deficitul de venituri

Profunzimea sărăciei este evaluată, la nivelul fiecărei persoane sau gospodării sărace, prin diferența dintre pragul sărăciei şi veniturile gospodăriei calculate în medie pe adult echivalent. Această diferență, care măsoară distanța care separă fiecare gospodărie săracă de pragul sărăciei, reprezintă un deficit de venituri. La nivelul gospodăriei, acest deficit reprezintă suma minimă necesară completării veniturilor gospodăriei, pentru a depăşi pragul sărăciei.

La nivelul Uniunii Europene, diferența medie dintre pragurile naționale ale sărăciei şi veniturile gospodăriilor sărace a fost, în anul 1996, de 2 mii PPS pe adult echivalent şi 3,3 mii PPS pe gospodărie. În aceste condiții, costul total al ridicării tuturor celor 24,8 milioane de gospodării sărace deasupra pragului sărăciei ar fi fost de 80,7 miliarde PPS (costul direct, fără cheltuieli administrative şi fără a lua în considerare pierderile din sistemele de asistență socială).

Deficitul mediu relativ (egal cu raportul dintre deficitul mediu şi pragul sărăciei) a fost de 31% la nivelul Uniunii Europene, ceea ce înseamnă că veniturile gospodăriilor sărace se ridică în medie la numai 69% din nivelul minim necesar pentru a nu fi considerat sărac. Deficitul mediu relativ cel mai înalt a fost înregistrat în Italia (36%), foarte înalt fiind şi cel înregistrat în Grecia (35%), Germania, Olanda şi Portugalia (34%). Conform estimării, costul direct al eradicării sărăciei în anul 1996 ar fi fost de 24,3 miliarde PPS în Germania, 11,9 miliarde PPS în Franța, 12,8 miliarde PPS în Italia, 13,5 miliarde PPS în Regatul Unit, 1,4 miliarde PPS în Austria şi 1 miliard PPS în Danemarca.

4.5. Coordonate ale excluderii sociale

Pornind de la definiția excluderii sociale ca fenomen multidimensional, raportul Eurostat analizează situația gospodăriilor din punctul de vedere a 15 indicatori non-monetari, obiectivi şi subiectivi, exprimând dezavantaje şi privațiuni cu care se confruntă, în corelație cu poziția acestora din perspectiva veniturilor (sărace sau non-sărace sub aspect monetar) şi a statutului ocupațional.

În ceea ce priveşte **dificultățile financiare** cu care se confruntă gospodăriile, cercetarea a evidențiat că, în anul 1996, 7% din populația țărilor Uniunii Europene (EU 13) trăia în gospodării care fac față nevoilor cu foarte mari dificultăți, iar 8% în gospodării care au înregistrat întârzieri la plata utilităților (electricitate, apă, gaze) şi/sau la plățile legate de locuință (chirie sau rate la creditul ipotecar). Ponderea celor care au mari dificultăți în acoperirea nevoilor şi al celor care au avut întârzieri în efectuarea plăților este mult mai mare în cazul gospodăriilor sărace (18%), mai ales al celor afectate de sărăcie persistentă (21%). În această situație s-au aflat 29% (respectiv 27%) din persoanele care compun gospodăriile de şomeri, 35% (36%) din persoanele din gospodăriile sărace de şomeri şi 42% (43%) din cele din gospodăriile de şomeri persistent sărace.

Ponderea cea mai înaltă a persoanelor din gospodăriile care au mari dificultăți financiare şi arierate a fost înregistrată în Grecia (22% şi 28%). Cu dificultăți financiare mari se confrunta, de asemenea, 17% din populația Spaniei şi Portugaliei şi 12% din populația Irlandei, dar numai 2% din populația Germaniei, 4% din populația Danemarcei şi Olandei, 5% din locuitorii Belgiei şi 6% din cei ai Franței, Italiei, Austriei şi Regatului Unit. Peste 10% din populația Franței, Irlandei şi Regatului Unit aparține gospodăriilor care au avut întârzieri la plata utilităților, în această situație aflându-se numai 2-4% din populația Germaniei, Danemarcei, Luxemburgului, Olandei, Austriei şi Portugaliei.

Faptul că o parte dintre gospodării **nu îşi pot permite satisfacerea unor nevoi de bază** este considerat un alt simptom al sărăciei şi excluderii sociale. În 1996, 6% din populația Uniunii Europene (aproximativ 21 milioane de persoane) trăia în gospodării care nu îşi permiteau să consume carne sau peşte o dată la două zile, 11% în gospodării care nu îşi permiteau cumpărarea de haine noi şi 31% (aproape una din trei persoane) nu aveau posibilitatea să-şi petreacă o săptămână de concediu în afara casei. În cazul gospodăriilor sărace, ponderea persoanelor aflate în incapacitatea de a-şi satisface cele trei categorii de nevoi s-a ridicat la 14%, 28% şi 59%, iar în cazul celor afectate de sărăcie persistentă la 17%, 32% şi 67%. În cazul gospodăriilor de şomeri, al celor sărace şi persistent sărace din această categorie, 17%, 22% şi respectiv 27% nu îşi puteau permite consumul de carne în parametri normali; 32%, 39% şi 43% nu şi-au permis cumpărarea de haine noi; 72%, 82% şi 87% nu şi-au permis concediu în afara casei.

Din totalul persoanelor aflate în sărăcie din perspectiva veniturilor, 34% trăiesc în gospodării care nu îşi permit satisfacerea uneia dintre cele trei categorii de nevoi, iar 29% în gospodării care nu îşi permit satisfacerea a două sau tuturor celor trei categorii de nevoi. În Grecia şi Portugalia, ponderea săracilor din

gospodăriile care nu îşi permit satisfacerea a două sau a toate trei categoriile de nevoi a fost de 72% şi respectiv 67%, în Danemarca de 8%, iar în celelalte țări a variat între 16% şi 36%.

Imposibilitatea asigurării unui consum normal de carne sau peşte a caracterizat aproape jumătate din populația Greciei (44%), mai mult de două treimi din populația săracă a acestei țări (68%) şi 77% din locuitorii ei aflați în sărăcie persistentă. În toate celelalte țări, ponderea populației care nu îşi permitea consumul de carne a fost mai mică de 10%. Gospodăriile aflate în imposibilitatea de a cumpăra haine noi au cumulat 42% din populația Portugaliei, 27% din populația Greciei şi 12-15% din populația Germaniei, Italiei, Olandei şi Regatului Unit. Concediul în afara casei nu a fost accesibil pentru mai mult de jumătate din populația Greciei, Spaniei şi Portugaliei (53%, 51% şi respectiv 61%) şi pentru 30-40% din populația Franței, Irlandei, Italiei, şi Regatului Unit.

Imposibilitatea **asigurării dotării gospodăriei cu bunuri durabile** constituie un alt aspect al precarității condițiilor de viață în țările Uniunii Europene. Pe ansamblul UE (13), 3% din totalul populației trăia în 1996 în gospodării care nu îşi permiteau dotarea cu telefon (8% în gospodăriile sărace sub aspect monetar), 1% în gospodării care nu dispuneau de televizor color (3% în rândul săracilor) şi 8% în gospodării care nu dispuneau de autoturism (9% din populația săracă şi 21% din cea persistent săracă); 8% din totalul populației era lipsită de unul dintre cele trei bunuri, iar 2% de două sau trei (18% şi respectiv 6% din populația săracă).

Cea mai mare pondere a populației din gospodării care nu îşi permit dotarea cu telefon, televizor color şi autoturism a fost înregistrată în 1996 în Portugalia (15%, 6% şi 22% pe ansamblul gospodăriilor; 32%, 18% şi 38% în cazul gospodăriilor sărace sub aspect monetar).

O parte a populației din țările UE are anumite **probleme legate de confortul locuinței**. 2% din totalul populației (4% din populația săracă şi 5% din cea persistent săracă) trăieşte în locuințe fără baie sau duş, 19% (25% şi respectiv 26%) în locuințe supraaglomerate (au insuficient spațiu de locuit), 12% (19% şi respectiv 20%) în locuințe cu igrasie. 22% din totalul populației UE (27% din populația săracă) se confruntă cu una dintre cele trei probleme, 5% (10% din populația săracă) cu două sau trei.

Numai în Portugalia s-a înregistrat o pondere de 10% a populației lipsite de baie sau duş în locuință (25% în cazul populației sărace), în restul țărilor ponderea fiind de 0-3%. În schimb, ponderea populației care trăieşte în gospodării care se confruntă cu penurie de spațiu de locuit a fost relativ mare în toate țările: 32% în Portugalia, 20-30% în Grecia, Spania şi Regatul Unit, 9-19% în celelalte țări. Tot Portugalia deține recordul privind ponderea populației care trăieşte în locuințe cu igrasie (34% din total populație; 47% din populația săracă), ponderi relativ mari (10-20%) înregistrându-se şi în Belgia, Grecia, Spania, Franța, Olanda şi Regatul Unit. În Portugalia, 49% din totalul populației şi 61% din populația săracă se confruntă cu cel puțin una dintre cele trei probleme, din care 34% cu două sau trei.

Eurostat analizează sărăcia şi excluderea socială şi din perspectiva existenței unor **probleme de sănătate**. Conform datelor ECHP, în anul 1996,

aproximativ una din zece persoane de 16 ani şi peste din Uniunea Europeană (adică în jur de 29 milioane persoane) şi-a perceput starea de sănătate ca fiind "proastă sau foarte proastă", iar pentru 7% din totalul populației de 16 ani şi peste activitatea zilnică a fost sever afectată de probleme cronice de sănătate fizică sau mentală, de boală sau handicap.

Cei care îşi percep sănătatea ca proastă sau foarte proastă reprezintă 4% din totalul populației de 16 ani şi peste în Irlanda, 12% în Spania, 14% în Italia şi 23% în Portugalia; în celelalte țări ale UE, ponderea lor este mai mică de 10%. Ponderea acestora este mai mare în gospodăriile sărace şi persistent sărace (13%, respectiv 15%, față de 9% în gospodăriile nonsărace). Problemele de sănătate apar cel mai frecvent în rândul persoanelor vârstnice (14% la grupa de vârstă de 55-64 ani şi 23% la persoanele de 65 ani şi peste, față de 2% la cele de 16-24 ani) şi se manifestă mai frecvent în cazul persoanelor din gospodăriile de şomeri decât al celor din gospodăriile cu persoane ocupate (13% față de 5%).

Un aspect al excluderii sociale este constituit de **frecvența scăzută sau absența contactelor sociale**, a întâlnirii cu prietenii sau cu rudele la domiciliu sau în locuri publice. Pe ansamblul Uniunii Europene, 6% din totalul populației de 16 ani şi peste (aproximativ 17 milioane persoane) au declarat în 1996 că se întâlnesc cu rudele sau cu prietenii mai rar decât o dată pe lună sau deloc. Ponderea populației care are contacte sociale rar sau deloc este mai mare în Portugalia şi Luxemburg (10%), în Franța şi Belgia (9%) şi este mică în Irlanda (1%), în Grecia şi Spania (2%), în Danemarca şi Olanda (3%). Persoanele din gospodăriile sărace sunt mai frecvent afectate de acest gen de autoexcludere (8% față de 5% în cazul celor din gospodăriile non-sărace); de asemenea, persoanele vârstnice (9% față de 1-3% în cazul celor de 16-34 ani).

În fine, Eurostat tratează şi **insatisfacția legată de muncă sau de activitatea de bază** ca unul din aspectele excluderii sociale. 14% din populația de 16 ani şi peste din Uniunea Europeană (aproximativ 40 milioane persoane) au declarat în 1996 un grad înalt şi foarte înalt de insatisfacție în legătură cu munca sau activitatea de bază. Ponderea acestora se ridica la 24% în Italia şi 22% în Grecia, dar numai la 3-5% în Austria, Olanda, Luxemburg şi Danemarca.

Cazurile de insatisfacție legată de activitate sunt mai frecvente în rândul populației sărace (23%), al persoanelor de 18-24 ani (19%) şi al celor sărace de 25-54 ani (27-28%) şi este foarte mare în rândul şomerilor (46%, respectiv 50% în cazul celor săraci).

4.3. Venitul minim garantat - instrument de protecție a persoanelor afectate de sărăcie

Venitul minim garantat este o componentă a sistemelor de securitate socială din țările Uniunii Europene, orientată direct spre combaterea sărăciei, mai precis spre susținerea persoanelor aflate în situația de sărăcie sau sub amenințarea de a cădea în sărăcie. De altfel, toate componentele securității sociale sunt angrenate, într-un fel sau altul, în combaterea sărăciei, la niveluri şi

modalități diferite, prin scheme speciale sau prin mecanisme şi elemente orientate în acest scop.

4.3.1. Venitul minim garantat – "ultima plasă de siguranță" în sistemele de protecție socială din țările europene

O contribuție importantă la prevenirea sărăciei o au sistemele publice de asigurări sociale, care asigură mijloacele necesare de existență persoanelor afectate de riscuri sociale: bătrânețe, boală, pierderea susținătorului, şomaj.

Nivelul de protecție asigurat de veniturile din sistemele publice de asigurări sociale din țările Uniunii Europene este în general înalt, peste cel necesar unui minim de trai. În țările în care sunt calculate ca procent din veniturile realizate înainte de producerea riscului, aceste prestații sunt mai aproape de obiectivul conservării nivelului de trai decât de cel al combaterii sărăciei. Acest mod de calcul al pensiilor, indemnizațiilor de boală şi ajutoarelor de şomaj, realizat pe principiile asigurărilor sociale, de inspirație bismarckiană, este cel mai frecvent utilizat. În diferite variante şi la diverşi parametri, el se aplică în Belgia, Germania, Franța, Italia, Luxemburg, Grecia, Spania şi Portugalia. Obiectivul combaterii sărăciei este mai accentuat în țările în care prestațiile sunt forfetare. Astfel, în țările cu sisteme publice de securitate socială constituite după modelul beveridgian (Regatul Unit şi Irlanda, Olanda şi Danemarca), pensiile şi ajutoarele de boală şi şomaj, cuprind o componentă de bază de nivel fix (*flat-rate benefit*), la care se adaugă pensii şi ajutoare suplimentare, realizate în special din regimuri private de asigurări sociale. Componenta de bază a acestor sisteme este apropiată ca nivel de pragul oficial de sărăcie (venitul minim garantat).

Un element care răspunde obiectivului combaterii sărăciei, propriu ambelor tipuri de sisteme, este modularea prestațiilor în funcție de sarcinile familiale ale beneficiarilor. În Belgia, de pildă, procentele aplicate la calculul pensiei şi al ajutorului de şomaj sunt mai mari dacă pensionarul are soția în întreținere, iar alocațiile familiale sunt mai mari în cazul familiilor de pensionari şi de şomeri. În alte țări, sistemele prevăd suplimente pentru persoanele aflate în întreținere, suplimente forfetare (în Regatul Unit, Irlanda, Franța şi Portugalia) sau stabilite ca procent aplicat la pensie şi la alocația de şomaj (Grecia).

O zonă importantă a protecției împotriva sărăciei este acoperită de alocațiile familiale. Finanțate în principal de stat din impozite sau prin sisteme de asigurări sociale susținute prin cotizații plătite de patronat, alocațiile familiale sunt, în cea mai mare măsură, distribuite pe principiul universalității, în scopul susținerii veniturilor familiilor cu copii. Astfel, cel puțin o parte din alocațiile plătite răspund unor obiective care transced combaterea sărăciei. O parte din ele, însă, cele care revin familiilor aflate în zona sărăciei şi în apropierea acesteia, contribuie efectiv la diminuarea sărăciei şi la prevenirea acesteia, prin faptul că acoperă o parte (mai mare sau mai mică, în funcție de standardele naționale) a cheltuielilor curente (prin alocațiile standard) sau ocazionale (prin ajutoarele acordate la naştere, ajutoare pentru procurarea celor necesare începerii anului şcolar etc.) legate de creşterea, întreținerea şi educația copiilor.

Dincolo de existența acestor alocații, de proporții relativ mari în unele țări, există câteva elemente ale sistemelor naționale de alocații familiale care servesc mai direct realizării obiectivului combaterii sărăciei. Sunt elemente derivate din necesitatea luării în considerare a diferențelor care apar în volumul cheltuielilor de consum în funcție de componența familiilor, pe de o parte, şi a capacității limitate a veniturilor din muncă, a pensiilor, a indemnizațiilor de boală şi a ajutoarelor de şomaj de a asigura întreținerea familiilor compuse din mai mulți membri, pe de altă parte. Ne referim, în primul rând, la modularea alocațiilor standard în funcție de rangul (şi implicit numărul) copiilor. În cea mai mare parte a sistemelor, nivelul alocațiilor creste, odată cu rangul copiilor. Diferențele sunt, în general, mai mari între primii doi şi / sau primii trei copii, iar progresivitatea se întinde până la al treilea - al patrulea copil, dar şi al optulea şi chiar mai departe. Există, în al doilea rând, în câteva țări, suplimente la alocațiile standard sau diferențe între aceste alocații în funcție de vârsta copiilor sau de existența în familie a unui copil handicapat; de asemenea, în cazul copiilor orfani, în cazul în care părinții (unul sau amândoi) sunt pensionari sau şomeri sau când copiii se află în sarcina unui singur părinte. În alte țări, alocațiile standard au un nivel relativ scăzut; în schimb, familiile care dispun de venituri mai mici, în principal cele de pensionari, de şomeri şi familiile monoparentale, beneficiază de suplimente la prestațiile principale (pensii, ajutoare) pentru fiecare copil aflat în sarcina lor. În al treilea rând, avem în vedere modularea, în câteva țări, a nivelului alocațiilor standard în funcție de venitul familiilor şi plata acestora (precum şi a altor alocații familiale), numai până la un anumit nivel al veniturilor; aceasta, pentru orientarea mai precisă spre cei săraci a resurselor limitate alocate protecției familiilor cu copii.Protecția celor neacoperiți sau insuficient acoperiți de sistemele tradiționale de securitate socială, ca şi a celor care nu-şi asigură venituri din muncă suficiente pentru un trai decent (fie pentru că lucrează în timp parțial, fie pentru că sunt ocupați în activități prost plătite), a făcut necesară constituirea unor instrumente şi scheme de protecție speciale, orientate mai precis spre combaterea sărăciei, prin asigurarea unor venituri minime şi instituirea unor ajutoare permanente sau ocazionale pentru cei lipsiți de resurse. Protecția prin venituri minime se realizează pe două niveluri. Nivelul **minimurilor categoriale** este grefat pe sistemele tradiționale de securitate socială, constituindu-se într-o componentă şi un complement al acestora. La acest nivel, protecția împotriva sărăciei se realizează prin **stabilirea şi garantarea unor niveluri minime pentru prestațiile din sistemele tradiționale, prin instituirea unor prestații menite să asigure un minim de resurse pentru unele categorii de populație şi a unor ajutoare pentru nevoi speciale**. In fine, **ultimul nivel de protecție** (ultima plasă de siguranță) **este asigurat de schemele venitului minim garantat**, componentă relativ nouă a sistemelor de securitate socială din țările dezvoltate. Aceste scheme constau, în esență, în acoperirea diferenței între nivelul veniturilor realizate de familii din muncă, din prestații sociale şi din alte surse şi nivelul minim stabilit ca fiind necesar pentru ca familia să nu trăiască în sărăcie; pentru toți cetățenii / familiile care altfel nu au posibilitatea să depăşească acest prag. Prin construcția sa şi mecanismele de acțiune, este un nivel de protecție complementar, rezidual. Gândit, însă, pentru a umple toate golurile şi a

acoperi toate zonele incomplet sau deloc protejate prin celelalte componente ale securității sociale, el capătă un caracter cvasiuniversal şi consistența unui sistem distinct şi de sine stătător al acesteia.

Sistemele naționale de securitate socială se caracterizează prin grade diferite de dezvoltare a acestor componente de minim, prin soluțiile de ordin principial şi tehnic utilizate în acest domeniu, ca şi prin modul de îmbinare a diferitelor componente şi soluții, prin accentul asupra unei sau alteia. Diferențele sunt în bună măsură determinate de construcția şi filozofia sistemelor de securitate socială, precum şi de puterea economică a fiecărei țări. Analiza sistemelor din țările Uniunii Europeane pune în evidență câteva modalități de abordare şi soluționare a problemei minimului:

(a) În Grecia, una dintre țările cele mai puțin dezvoltate ale Uniunii Europene, în care nivelul de protecție (dat de cuantumul prestațiilor sociale) este scăzut comparativ cu cel realizat în țările mai bogate, sistemul de securitate socială cuprinde numai minimurile categoriale. Lipseşte schema generală de garantare a unui venit minim. Principalele elemente de minim sunt nivelurile minime stabilite pentru prestațiile de asigurări sociale. În general diferite de la un tip de prestație la alta, ele sunt integrate în construcția sistemelor de asigurări şi sunt suportate în întregime din bugetele acestora. Alocațiile de asistență socială se adresează în principal unor categorii speciale de populație (lucrători agricoli vârstnici, persoane handicapate, persoane repatriate etc.).

(b) Sistemele sunt relativ apropiate ca structură în Italia, Spania şi Portugalia. Nivelul general de protecție este mai înalt în primele două țări şi există scheme de garantare a unui venit minim; este drept, nu la nivel național, ci regional şi cu standarde diferite de la o regiune la alta. În Portugalia funcționează, din 1996, o schemă națională de venit minim garantat. Prestațiile minime stabilite pentru regimurile de asigurări sociale (de pensii în Italia, de pensii şi şomaj în Spania şi în Portugalia) sunt la fel de importante în construcția sistemelor. Apare însă un element nou. În aceste țări, completarea nivelului pensiei până la cel minim stabilit, în cazul în care din formula de calcul rezultă un cuantum mai scăzut al pensiei, se face numai dacă veniturile totale ale pensionarului şi ale familiei sale nu depăşesc un anumit plafon. În Spania, diferența între nivelul minim stabilit şi nivelul rezultat din calcul al pensiilor (*complemento por minimos*) este suportată de stat; la fel şi prestația minimă de şomaj, pentru cei care au dreptul la o prestație mai mică în regim de asigurări. Principalele prestații de asistență socială, organizate în completarea celor de asigurări sociale, pe aceleaşi categorii de riscuri, sunt:

- pensia socială de bătrânețe şi pensiile, ajutoarele şi indemnizațiile sociale acordate persoanelor handicapate în Italia;
- pensia noncontributivă de bătrânețe şi de invaliditate, prestația de asistență pentru şomeri şi prestațiile familiale noncontributive în Spania;
- pensia socială de bătrânețe şi de invaliditate, pensia socială pentru văduve(i) şi orfani, supliment la pensia socială pentru îngrijirea persoanelor dependente, în Portugalia.

(c) Între țările dezvoltate, ale căror prestații de asigurări sociale sunt dependente de mărimea veniturilor, Belgia şi Franța au sisteme mai complexe de venituri minime, cuprinzând atât niveluri minime ale prestațiilor de asigurări sociale şi o diversitate de prestații de asistență socială, cât şi venitul minim garantat. O particularitate a nivelurilor minime din sistemul de pensii (de bătrânețe, în special) constă în faptul că pensia minimă este stabilită corespunzător perioadei de asigurare aferente pensiei integrale, cuantumul ei reducându-se proporțional (până la un anumit nivel în Belgia şi nelimitat în Franța) dacă stagiul de cotizare este incomplet. Minimul funcționează, prin urmare, numai în raport cu venitul nu şi cu perioada de asigurare. În cadrul alocațiilor de asistență socială, dezvoltate în ambele țări, în forme şi pe domenii diverse, remarcăm existența unor alocații diferențiale menite să completeze veniturile beneficiarilor până la un nivel stabilit; de fapt, formule de garantare a unui venit minim pentru anumite categorii de populație pentru care riscul căderii în sărăcie este mare. Avem în vedere alocația suplimentară din Fondul Național de Solidaritate (care completează alocația specială acordată persoanelor vârstnice fără pensie sau cu o pensie sub un anumit plafon) sau minimul de bătrânețe, alocația pentru persoanele adulte handicapate şi alocația de părinte singur (în Franța); venitul garantat persoanelor vârstnice şi alocația pentru persoanele handicapate (în Belgia). Caracterul complementar şi rezidual al schemei generale de garantare a venitului minim este mai pregnant în sistemele de securitate socială a acestor țări.

(d) Spre deosebire de acestea, în sistemele de securitate socială din Germania şi Luxemburg, asigurarea veniturilor minime cade în sarcina schemelor generale de garantare a venitului minim. În Luxemburg există un nivel minim al pensiei de bătrânețe, corespunzător vechimii integrale, însă el este mai curând rezultat din calcul decât stabilit ca atare, astfel încât nu are un rol activ de protecție. În Germania, nu există nici un fel de niveluri minime în regimurile de asigurări sociale, avându-se în vedere necesitatea respectării principiului de bază al asigurărilor sociale, acela al corespondenței între volumul prestațiilor şi acela al contribuțiilor; din considerente de eficiență şi echilibru al sistemelor. În acelaşi timp, ajutorul social, cum este denumită în Germania alocația diferențială destinată acoperirii diferenței între venitul minim garantat şi veniturile efectiv realizate de familia solicitantului de ajutor, a asimilat prestațiile de asistență socială. Cuantumul acestuia cuprinde, pe lângă nivelul normal (de bază), suplimente (de 20% din nivelul de bază) pentru nevoile speciale ale unor grupuri de populație (bătrâni, persoane handicapate, orbi, familii monoparentale, femei gravide etc.), ajutoare pentru locuință şi încălzire şi ajutoare unice sau neperiodice pentru îmbrăcăminte, gospodărie sau nevoi urgente. Beneficiarilor de ajutor social li se garantează acoperirea nevoilor individuale în situații diferite, în special în caz de boală .

(e) Locul venitului minim garantat este similar în sistemul de securitate din Danemarca, Finlanda şi Suedia; el constituie singura componenta propriu-zisă de minim din sistem. Sistemul mai cuprinde şi o serie de alocații şi ajutoare de asistența socială în cazuri şi pentru nevoi speciale:

- pentru acoperirea unor cheltuieli ale familiilor lipsite de resurse (de îngrijire a sănătății, de îngrijire şi educare a copiilor, de încălzire, pentru mutarea în

altă locuință), pentru asigurarea unui venit de înlocuire a salariului pierdut de un părinte care trebuie să îngrijească la domiciliu un copil handicapat etc., în Danemarca;

- pentru acoperirea cheltuielilor legate de locuință, a cheltuielilor medicale mai importante, a cheltuielilor legate de îngrijirea copiilor şi a altor cheltuieli considerate esențiale, în Finlanda;
- pentru acoperirea cheltuielilor legate de locuință, de consumul casnic de electricitate, de călătoria la şi de la locul de muncă, de asigurarea gospodăriei, îngrijirea medicală, lucrări dentare urgente, cumpărare de ochelari, cotizații de membru de sindicat sau contribuții la asigurări de şomaj, în Suedia.

(f) În Olanda, țară al cărei sistem de securitate socială are o structură asemănătoare celui din Danemarca, schema generală a venitului minim garantat asigură un nivel de protecție la fel de înalt şi are un rol central în asigurarea minimului de trai. Nici în acest caz, sistemele de asigurări sociale nu prevăd niveluri minime ale prestațiilor. Spre deosebire de sistemul danez, sistemul de securitate socială din Olanda cuprinde un regim de asistență socială (înainte de schema generală a venitului minim garantat): o serie de prestații categoriale, menite să asigure completarea veniturilor unor categorii de populație la nivelul minimului social (egal cu venitul minim garantat în cadrul schemei generale). Acestea sunt suplimentele diferențiale pentru completarea prestațiilor de asigurări sociale de boală, invaliditate şi şomaj; de asemenea, unele alocații speciale pentru persoanele lipsite de protecția asigurărilor sociale: şomerii de lungă durată, şomerii vârstnici şi cei parțial handicapați, persoanele vârstnice şi cele parțial handicapate care desfăşoară activități independente, dacă sunt nevoite să-şi întrerupă activitatea.

(g) Sistemele de securitate socială din Regatul Unit şi Irlanda se deosebesc de celelalte sisteme cu construcție similară (din Danemarca şi Olanda) prin nivelul mai redus de protecție asigurat prin venitul minim garantat în cadrul schemei generale şi prin varietatea mare a prestațiilor menite să asigure un minim de resurse, ajutor (bănesc, în principal) şi asistența diferitelor categorii de populație, afectate de tot felul de riscuri sau aflate în situații speciale. Principalele scheme categoriale de garantare a venitului minim sunt:

- pensia noncontributivă de bătrânețe, pensia noncontributivă de văduvie, pensia pentru persoane handicapate, alocația de şomaj şi alocația de părinte singur, cu niveluri de bază ale prestațiilor şi suplimente (pentru persoane aflate în întreținere şi pentru situații speciale) similare sau foarte apropiate de cele prevăzute de schema generală a venitului minim garantat, în Irlanda;
- pensia pentru persoane de peste 80 ani, alocația de invaliditate, alocația pentru lucrători handicapați ocupați parțial, alocațiile pentru îngrijire şi asistență acordate persoanelor handicapate, alocația pentru locuință, în Regatul Unit,.

Experiența vest-europeană pune, prin urmare, în evidență existența, în combinații diverse, a următoarelor formule de venituri minime:

- prestațiile minime de asigurări sociale, încorporate în construcția sistemelor de asigurări şi suportate integral din bugetele de asigurări sociale; o variantă a acestora o reprezintă nivelurile minime stabilite pentru vechime integrală şi diminuate proporțional în caz de vechime incompletă în sistemul de asigurări;
- prestațiile minime de asigurări sociale, suportate din bugetul asigurărilor sociale până la nivelul rezultat din formula de calcul, iar restul din bugetul statului;
- prestații minime de asistență socială (pensia socială şi alocația de asistență pentru şomeri), perechi ale prestațiilor minime de asigurări sociale, dar de nivel mai mic decât acestea din urmă;
- prestații de bază forfetare în regimurile de asigurări sociale, cu niveluri sensibil mai înalte decât venitul minim garantat; stabilite în general, pentru vechime integrală;
- alocații speciale şi ajutoare acordate cu controlul resurselor (means-tested), altele decât venitul minim garantat;
- venituri minime garantate categoriale, cu niveluri egale sau mai mari decât în cadrul schemei generale;
- venitul minim garantat (schema generală).

Din punctul de vedere al fluxului efectiv de venituri pe care îl generează aceste minimuri, pot fi identificate:

- prestații integrale, egale ca mărime cu minimul stabilit, şi
- alocații diferențiale, egale cu diferența între minimul stabilit şi veniturile de care dispune beneficiarul din alte surse.

4.3.2. Schemele de venit minim garantat

Ca schemă generală de protecție şi sistem distinct al securității sociale, venitul minim garantat este relativ nou, fiind cea mai tânără componentă a securității sociale. E drept că în unele țări el a fost instituit mai demult, în 1933 în Danemarca şi în 1948 în Regatul Unit şi a apărut destul de devreme în Germania (1961) şi Olanda (1963), apoi în Belgia (1974) şi Irlanda (1977), fiind de dată relativ recentă în Luxemburg (1986) şi Franța (1988), precum şi în Portugalia (1996).

Schema generală a venitului minim garantat se adresează tuturor celor care dispun de venituri la un nivel inferior minimului garantat şi constă în plata unui ajutor social, sub forma unei alocații diferențiale, care acoperă ecartul între venitul minim stabilit ca necesar pentru gospodăria solicitantului de ajutor şi veniturile de care dispune aceasta din diverse surse. Dreptul la acest ajutor îl au toți cetățenii şi, în general, acesta se acordă nelimitat, pe întreaga perioadă în care gospodăria solicitantului se află în situația de a nu-şi putea asigura mijloacele de existență minime (cu excepția sistemelor din Franța, Spania şi Italia unde perioada de acordare a ajutorului este limitată). În cazul în care solicitantul este apt de muncă, ajutorul social se acordă cu condiția ca acesta să-şi manifeste disponibilitatea de a munci, să dovedească faptul că se află în căutarea unui loc de muncă.

Nivelurile de bază ale venitului minim garantat sunt stabilite de autoritățile naționale (ale landurilor în Germania şi Austria, ale regiunilor în Spania şi Italia), în diverse modalități - pornind de la salariul minim, de la nivelul pensiei de bază sau al pensiei minime, de la coşul de consum sau de la cheltuielile efective ale gospodăriilor cu venituri mici - şi sunt indexate, în general periodic, o dată sau de două ori pe an, în funcție de evoluția prețurilor şi / sau a salariilor.

Nivelurile venitului minim garantat sunt stabilite distinct pentru persoane singure şi pentru gospodării de diferite dimensiuni, în general sub formă modulară, nivelurile de referință şi scalele de echivalență utilizate fiind diferite de la o țară la alta.

Tabelul nr. 5

Nivelul venitului minim garantat în țările Uniunii Europene în 2000

- în EURO -

	Persoană singură	Cuplu fără copii	Cuplu cu un copil	Cuplu cu doi copii	Cuplu cu trei copii	Gospo-dărie mono-parentală cu un copil	Gospo-dărie mono-parentală cu doi copii
Austria	359-475	481-589	699-942	904-1191	1117-1477	505-685	710-923
Belgia	529	705	832	1017	1233	832	1004
Danemarca	996	1992	2746	2840	2934	1503	1639
Finlanda	333/348	566/592	800/836	990/1039	1193/1247	566/592	760/794
Franța	389	584	700	817	973	584	700
Germania	324	585	803	1021	1238	541	871
Irlanda	396	634	750	867	998	513	629
Italia	232-269	338-542	440-697	542-852	594-914	338-542	338-542
Luxemburg	848	1273	1500	1816	2195	1076	1364
Olanda	466	933	997	1073	1137	717	782
Portugalia	125	249	312	374	436	187	249
Regatul Unit	690	915	1201	1439	1608	976	1174
Spania	180	180	210	240	270	180	210
Suedia	351	510	787	1015	1213	546	744

Sursa: EC-MISSOC, La protection sociale dans les Etats membres de l'UE et de l'Espace économique européen. Situation au 1er janvier 2000 et évolution.

Apar, astfel, diferențe sensibile între nivelurile minimului garantat (determinate pe tipuri de gospodării) din diferite țări (*Tabelul 5*). Aceste diferențe derivă în principal din standardul general de viață şi nivelul de protecție oferit de prestațiile tradiționale de securitate socială, din capacitatea economiei de a asigura un anumit standard minim pentru toate gospodăriile, precum şi din concepția asupra nivelului de protecție dezirabil şi oportun la un moment dat. În general, diferențele între nivelurile stabilite şi între modalitățile de construcție şi combinare a acestor niveluri pe tipuri de gospodării, între modalitățile de indexare şi alte caracteristici ale acestei scheme reflectă adaptarea ei la parametrii şi particularitățile nivelului general de trai şi ale sistemului de securitate socială din fiecare țară. Menționăm că în unele țări (Germania, Danemarca, Regatul Unit), nivelurile de bază ale

minimului sunt majorate cu sume reprezentând suplimente pentru nevoi specifice unor categorii speciale ale populației (bătrâni, persoane handicapate, gospodării monoparentale), alocații pentru locuință (chirie, încălzire, etc.) şi ajutoare speciale pentru anumite nevoi ale gospodăriei. Venitului minim garantat îi este asociat dreptul la acoperirea cheltuielilor de îngrijire a sănătății care cad în sarcina beneficiarilor de ajutor social, prin plata contribuțiilor la asigurările de sănătate, rambursarea plăților efectuate de aceştia pentru servicii medicale etc. Este important de subliniat totodată că, în cele mai multe țări, la nivelurile standard ale minimului se adaugă alocațiile familiale; acestea din urmă nu fac parte din nivelul minim garantat, fiind tratate ca o componentă distinctă a sistemului de protecție socială.

La **calculul ajutorului social**, din venitul minim garantat se scad veniturile pe care le obține gospodăria din muncă (salarii şi venituri din activități independente), din prestații sociale (pensii, indemnizații şi ajutoare, nu şi alocațiile familiale) şi din proprietate. Ajutorul se acordă, în general, pe principiul subsidiarității, numai după epuizarea celorlalte drepturi la prestații sociale, a dreptului la pensia alimentară şi având în vedere obligativitatea întreținerii soției (lipsite de venituri) şi a copiilor minori. Menționăm că, pentru a stimula pe beneficiari să-şi caute şi să ocupe un loc de muncă (chiar cu timp parțial şi mai prost plătit), o parte din salariul obținut de un beneficiar de ajutor social la angajarea într-un nou loc de muncă nu se ia în considerare în calculul ajutorului (nu se scade din acest ajutor), cel puțin o anumită perioadă de timp.

Anexe

Anexa 1

Prestații minime în sistemele de securitate socială din țările Uniunii Europene, în anul 2000

	Prestații minime în regim contributiv	Venitul minim garantat	Prestații minime şi alte ajutoare în regim noncontributiv
Austria	• Nivel minim al pensiei de bătrânețe (f) • Nivel minim al pensiei de urmaş (f) • Nivel minim al pensiei de invaliditate (f) • Ajutorul de şomaj minim	Sozialhilfe (la nivelul landurilor)	
Belgia	• Pensia minimă de bătrânețe(a) • Pensia minimă de urmaşi (b) • Indemnizație minimă de boală • Indemnizații minime de şomaj	Minimum de Moyens d'Existence (Minimex) 1974	• Venitul minim garantat pentru persoanele vârstnice • Alocații pentru persoane handicapate – alocația de substituire a veniturilor – alocația de integrare – alocația de asistență – pentru persoane vârstnice • Ajutoare pentru plata în avans a pensiei alimentare • Alocații familiale garantate şi suplimente pentru copiii care nu beneficiază din alte scheme
Danemarca		Social Bistand	• Asistență în situații speciale – acoperirea cheltuielilor personale (ocrotirea sănătății, ajutoare şi educație pentru copii , mutarea într-o locuință mai bună); – venit compensator şi acoperirea cheltuielilor adiționale pentru persoanele care au un copil handicapat sub 18 ani, care locuieşte acasă); – acoperirea cheltuielilor adiționale pentru persoanele handicapate fizic care au o locuință proprie; – compensarea pierderii de venit pentru persoanele care stau acasă pentru a îngriji un muribund.
Finlanda		Toimeentulotuki 1982	• Alocație pentru locuință • Alocație pentru persoanele aflate în întreținerea militarilor în termen.

	Prestații minime în regim contributiv	Venitul minim garantat	Prestații minime şi alte ajutoare în regim noncontributiv
Franța	• Pensie minimă de bătrânețe(c) • Alocație de văduvie • Pensie minimă de văduvie • Pensie minimă de invaliditate şi de bătrânețe pentru văduv / văduvă • Pensie minimă de invaliditate • Alocație de solidaritate pentru şomeri de lungă durată	Revenu minimum d'insertion 1988	• Alocație specială şi alocație suplimentară de bătrânețe (d) • Alocație pentru adulți handicapați (d) • Alocație de inserție pentru anumite categorii de şomeri • Alocație pentru părinte singur
Germania		Sozialhilfe 1961	• Ajutoare pentru nevăzători • Alocații pentru părintele care stă acasă pentru îngrijirea copilului mic • Alocații pentru educație • Alocații pentru locuință .
Grecia	• Pensie minimă de bătrânețe • Pensie minimă de urmaşi • Pensie minimă de invaliditate • Ajutor de şomaj minim		• Ajutoare pentru persoane handicapate • Alocație de şomaj pentru cei care caută pentru prima dată un loc de muncă şi pentru repatriați • Alocație pentru copii lipsiți de susținere familială • Alocație forfetară pentru repatriați • Ajutoare pentru nevoi speciale • Alocație de maternitate pentru mamele fără susținere financiară • Alocație forfetară pentru locuință • Ajutoare pentru refugiați de origine greacă veniți din Europa de Est, Egipt, Albania • Alocații familiale pentru emigranții greci reveniți în țară • Alocații pentru familii monoparentale • Alocați pentru încălzire acordată persoanelor handicapate
Irlanda	• Pensie minimă de urmaşi	Supplementary Welfare Allowance 1975	• Pensie non-contributivă de bătrânețe (d) • Alocație pentru persoane aflate în incapacitate de muncă datorită bolii (d) • Alocație de părinte singur • Pensie de văduvie • Alocație pentru îngrijire

	Prestații minime în regim contributiv	Venitul minim garantat	Prestații minime şi alte ajutoare în regim noncontributiv
			• Pensie pentru nevăzători • Suplimente pentru chirie sau dobândă la creditul pentru locuință • Suplimente şi plăți pentru nevoi excepționale • Alocație pentru îmbrăcăminte şi încălțăminte la începutul anului şcolar etc.
Italia	• Pensia minimă de bătrânețe • Alocație minimă de invaliditate	Minimo Vitale. Redito minimo (la nivel regional)	• Alocație socială de bătrânețe • Pensia de invaliditate • Pensia pentru nevăzători • Pensia pentru surdo-muți • Ajutor lunar pentru persoane parțial invalide • Alocație lunară pentru persoane minore invalide • Alocație pentru însoțitor • Alocație specială pentru parțial nevăzători • Alocație specială de comunicare pentru surdo-muți • Asistență financiară pentru refugiați politic • Asistență financiară pentru victimele calamităților naturale • Asistență pentru studenți: burse şi alocații • Ajutoare pentru imigranți • Asistență financiară în situații deosebit de grele.
Luxemburg	• Pensia minimă de bătrânețe(a) • Pensia minimă de urmaşi (a) • Pensia minimă de invaliditate (a)	Revenu Minimum Garanti 1986	
Olanda		Sociale Bijstand (1863)	• Supliment la indemnizația la invaliditate până la minimul social • Supliment la ajutorul de şomaj • Alocație de asistență pentru şomeri • Venit minim pentru şomerii vârstnici sau parțial handicapați • Venit minim pentru persoanele vârstnice sau parțial handicapate care au lucrat pe cont propriu
Portugalia	• Pensie minimă de bătrânețe • Pensie minimă de urmaşi	Redimento minimo garantido (1996)	• Pensie socială de bătrânețe • Pensie socială de invaliditate • Alocație de integrare a tinerilor în muncă

	Prestații minime în regim contributiv	Venitul minim garantat	Prestații minime şi alte ajutoare în regim noncontributiv
	• Pensie minimă de invaliditate • Ajutor de şomaj minim (egal cu salariul minim)		
Regatul Unit		Income Support 1948 modificat în 1987	• Pensia de bătrânețe categoria C • Pensia de bătrânețe categoria D (persoane de 80 ani şi peste) • Alocația pentru invaliditate severă • Alocația de suplimentare a veniturilor pentru persoanele cu capacitate de muncă redusă • Alocația de îngrijire pentru persoanele vârstnice • Reducere de impozit pentru persoanele handicapate • Ajutor pentru locuință • Ajutoare pentru maternitate • Ajutoare pentru înmormântare • Ajutoare pentru încălzire
pania	• Pensie minimă de bătrânețe (b) • Pensie minimă de urmaşi (b) • Pensie minimă de invaliditate(b) • Ajutor de şomaj minim	Ingresa minimo de insercion sau Renta Minima (la nivel regional)	• Pensie non-contributivă de bătrânețe • Pensie non-contributivă de invaliditate • Alocația de existență pentru şomeri • Alocație pentru copii
uedia		Social Bidrag 1982	• Ajutor şi servicii pentru persoane cu deficiențe funcționale (handicapate)

a) Diferența între pensia minimă şi cea rezultată din calcul este finanțată de stat şi se acordă în funcție de resursele pensionarului.

b) Nivelul minim al pensiei este stabilit pentru vechime integrală; în caz de vechime incompletă pensia se reduce proporțional.

c) Pensia minimă corespunde vechimii integrale; în caz de vechime incompletă se reduce proporțional.

d) Prestații (alocații / pensii) diferențiale; în funcție de resurse.

e) Pensia se ridică până la nivelul minim dacă veniturile pensionarului nu depăşesc un anumit nivel.

f) *Suplimentul compensator, reprezentând diferența dintre nivelul minim şi cel rezultat din calcul, este finanțat de stat.*

Sursa: EC-MISSOC, La protection sociale dans les Etats membres de l'UE et de l'Espace économique européen. Situation au 1er janvier 2000 et évolution

Anexa 2

Nivelul venitului minim garantat şi drepturile asociate acestuia în țările Uniunii Europene în anul 2000

	Moneda națională	EURO
Austria	(ATS)	
Niveluri diferite în statele federale:		
- persoană singură,	4937 – 6540	359 – 475
- cuplu, cu sau fără copii	6520 – 9480	481 – 589
- părinte singur	4034 – 5940	293 – 432
- partener	2575 – 3680	187 – 267
Exemple, inclusiv alocațiile familiale		
- cuplu cu un copil (10 ani)[a]	9620 – 12960	699 – 942
- cuplu cu doi copii (10 şi 12 ani)[a]	12440 –	904 – 1191
- cuplu cu trei copii (8-10-12 ani)[a]	16385	1117 – 1477
- familie monoparentală cu un copil (10 ani)[a]	15375 –	505 – 685
- familie monoparentală cu doi copii (8 şi 10 ani)[a]	20325	710 - 923
	6945 – 9420	
	9765 - 12705	
Belgia	(BFR)	
Niveluri lunare, fără alocații familiale		
- persoană singură	21334	529
- cuplu cu sau fără copii	28445	705
- familie monoparentală	28445	705
- coabitant	14223	353
Exemple, inclusiv alocațiile familiale		
- cuplu cu un copil (10 ani)	33569	832
- cuplu cu doi copii (8,12 ani)	41012	1017
- cuplu cu trei copii (8-10-12 ani)	49749	1233
- familie monoparentală cu un copil (10 ani)	33569	832
- familie monoparentală cu doi copii (8,10 ani)	40506	1004
Danemarca	(DKK)	
Niveluri lunare, fără alocația pentru locuință:		
- persoane care întrețin cel puțin un copil	9865	1326
- persoană singură	7410	996
- persoană sub 25 ani care locuieşte cu părinții	2324	312
- persoană sub 25 ani care locuieşte separat	4753	639
Se adaugă trimestrial alocațiile familiale:		
- copil de 0-3 ani	2925	393
- copil de 3-7 ani	2650	356
- copil de 7-18 ani	2100	2822
Exemple, inclusiv alocațiile familiale		
- cuplu (>25 ani), fără copii	14820	1992
- cuplu cu un copil (10 ani)	20430	2746
- cuplu cu doi copii (8,12 ani)	21130	2840
- cuplu cu trei copii (8-10-12 ani)	21830	2934
- familie monoparentală cu un copil (10 ani)	11186	1503
- familie monoparentală cu doi copii (8,10 ani)	12193	1639

	Moneda națională	EURO
Suplimente - pentru persoanele care trebuie să suporte cheltuieli mari pentru întreținerea gospodăriei şi pentru locuință: - în cazuri speciale pentru cheltuieli mari şi neprevăzute		
Finlanda Niveluri de bază lunare diferențiate teritorial (I/II) - persoană singură şi părinte singur - cuplu - fiecare soț - copil de 18 ani şi peste care locuieşte cu părinții - copil de 10 -17 ani - copil sub 10 ani Exemple - persoană singură - cuplu fără copii - cuplu cu un copil (10 ani) - cuplu cu doi copii (8,12 ani) - cuplu cu trei copii (8-10-12 ani) - familie monoparentală cu un copil (10 ani) - familie monoparentală cu doi copii (8,10 ani) Alocație suplimentară pentru: - cheltuieli legate de locuință (93% dintr-un cost rezonabil) - cheltuieli medicale mari - costul îngrijirii copilului - alte cheltuieli considerate esențiale	(FIM) 2071 / 1981 1760 / 1684 1512 / 1446 1450 / 1387 1305 / 1248 2071 / 1981 3520 / 3368 4970 / 4755 6180 / 5884 7414 / 7093 3521 / 3368 4722 / 4517	 348 / 333 296 / 283 254 / 243 244 / 233 219 / 210 348 / 333 592 / 566 836 / 800 1039 / 990 1247 / 1193 592 / 566 794 / 760
Franța Niveluri lunare, cu alocațiile familiale: - persoană singură - familie fără copii - familie monoparentală cu un copil - cuplu cu un copil - cuplu cu doi copii - cuplu cu trei copii Alocațiile familiale sunt luate în considerare la determinarea resurselor Alocația pentru locuință este luată în considerare la determinarea resurselor cu o rată fixă care reprezintă: - pentru o singură persoană: 12% din nivelul de bază al VMG - pentru două persoane: 16% din VMG pentru două persoane - pentru trei persoane: 16,5% din VMG pentru trei persoane	(FRF) 2552 3829 3829 4594 4594 5360 6381	 389 584 584 700 700 817 973
Germania Niveluri medii în vechile landuri (la 1 iulie 1999) – nivel de bază, alocațiile pentru persoane singure şi supliment pentru nevoi speciale pentru părinte singur – fără luarea în considerare a costului locuinței: - persoană singură - cuplu fără copii - cuplu cu un copil - cuplu cu doi copii	(DEM) 633 1144 1570 1996	 324 585 803 1021

	Moneda națională	EURO
- cuplu cu trei copii	2422	1238
- familie monoparentală cu un copil (sub 7 ani)	1059	541
- familie monoparentală cu doi copii (8 şi 10 ani)	1703	871
Sume adiționale pentru locuință şi încălzire:		
- 1 persoană	548	280
- 2 persoane	730	373
- 3 persoane	853	436
- 4 persoane	939	480
- 5 persoane	1046	535
Irlanda	(IEP)	
Niveluri de bază lunare :		
- persoană singură	312,00	396
- cuplu fără copii	499,20	634
- cuplu cu un copil	556,40	706
- cuplu cu doi copii	613,60	779
- cuplu cu trei copii	670,80	852
- familie monoparentală cu un copil	369,20	469
- familie monoparentală cu doi copii	426,40	541
Exemple, cu alocații familiale:		
- cuplu cu un copil	590,90	750
- cuplu cu doi copii	682,60	767
- cuplu cu trei copii	785,80	998
- familie monoparentală cu un copil	403,70	513
- familie monoparentală cu doi copii	495,40	629
Italia	(mii ITL)	
Niveluri diferite pe regiuni:		
- persoană singură	450 - 520	232 – 269
- 2 persoane	655 – 1050	338 – 542
- 3 persoane	851 – 1350	440 – 697
- 4 persoane	1050 – 1650	542 – 852
- 5 persoane	1150 - 1770	594 - 914
Luxemburg	(LUF)	
Niveluri, fără alocații familiale:		
- persoană singură	34226	848
- cuplu fără copii	51339	1273
- cuplu cu un copil	54455	1350
- cuplu cu doi copii	57571	1427
- cuplu cu trei copii	60687	1504
- familie monoparentală cu un copil	37342	926
- familie monoparentală cu doi copii	40458	1003
Niveluri, cu alocații familiale:		
- cuplu cu un copil (10 ani)	60522	1500
- cuplu cu doi copii (10 şi 12 ani)	73248	1816
- cuplu cu trei copii (8-10-12 ani)	88566	2195
- familie monoparentală cu un copil (10 ani)	43409	1076
- familie monoparentală cu doi copii (8 şi 10 ani)	55010	1364

	Moneda națională	EURO
Olanda	(NLG)	
Niveluri standard nete lunare, fără alocații familiale:		
- persoană singură de 21 – 65 ani	1028	466
- cuplu fără copii	2056	933
- părinte singur	1439	653
Se adaugă o alocație de vacanță, care reprezintă 8% din aceste niveluri.		
Niveluri lunare (fără alocația de vacanță), cu alocații familiale:		
- cuplu cu un copil (10 ani)	2197	997
- cuplu cu doi copii (10 şi 12 ani)	2364	1073
- cuplu cu trei copii (8-10-12 ani)	2506	1137
- familie monoparentală cu un copil (10 ani)	1581	717
- familie monoparentală cu doi copii (8 şi 10 ani)	1722	782
Portugalia	(PTE)	
persoană singură		
- cuplu	25000	125
- cuplu cu un copil	50000	249
- cuplu cu doi copii	64500	312
- cuplu cu trei copii	75000	374
- familie monoparentală cu un copil	87500	436
- familie monoparentală cu doi copii	37500	187
gospodărie cu trei adulți	50000	249
	67500	337
Regatul Unit	(GBP)	
Niveluri lunare, inclusiv alocații familiale:		
- persoană singură de 25 ani	430,86	690
- cuplu fără copii	571,48	915
- cuplu cu un copil (10 ani)	749,92	1201
- cuplu cu doi copii (8 şi 12 ani)	898,90	1439
- cuplu cu trei copii (9,13,17 ani)	1004,46	1608
- părinte singur (18+) cu un copil (10 ani)	609,31	976
- părinte singur (18+) cu doi copii (8 şi 12 ani)	733,15	1174
Spania	(mii ESP)	
Niveluri medii:		
- persoană singură	30	180
- cuplu fără copii	30	180
- familie monoparentală	30	180
- cuplu cu un copil	35	210
- cuplu cu doi copii	40	240
- cuplu cu trei copii	45	270
Suedia		
Niveluri lunare destinate acoperirii cheltuielilor personale (alimentație, îmbrăcăminte şi încălțăminte, timp liber, sănătate şi igienă, telefon şi TV etc.):	(SEK)	
- persoană singură	2400	281
- cuplu	4630	510
- copii de:		
0 - 1 ani	1220	143

	Moneda națională	EURO
1 - 2 ani	1470	172
3 ani	1160	136
4 - 6 ani	1440	168
7 - 10 ani	1590	186
11 - 14 ani	1890	221
15 - 18 ani	2140	250
Niveluri lunare destinate acoperirii cheltuielilor comune ale membrilor gospodăriei:		
1 persoană	600	70
2 persoane	680	79
3 persoane	780	91
4 persoane	840	98
5 persoane	940	110
6 persoane	1000	117
7 persoane	1060	124
Exemple:		
- persoană singură	3000	351
- cuplu fără copii	4360	510
- cuplu cu un copil (10 ani)	6730	787
- cuplu cu doi copii (8,12 ani)	8680	1015
- cuplu cu trei copii (8-10-12 ani)	10370	1213
- familie monoparentală cu un copil (10 ani)	4670	546
- familie monoparentală cu doi copii (8,10 ani)	6360	744

Sursa: EC-MISSOC, La protection sociale dans les Etats membres de l'UE et de l'Espace économique européen. Situation au 1er janvier 2000 et évolution.

Bibliografie

1. Atkinson A., Cantillon B., Marlier E., Nolan B., *Indicators for Social Inclusion in the European Union,* raport prezentat la Conferința "Indicators for Social Inclusion: Making Common EU Objectives Work", Antwerp, 14-15 septembrie 2001.
2. Bradshaw J., Finch N., *Bradshaw Report. Conclusions et recommandations* şi *Eurostat's reaction to the Bradshaw report,* Eurostat – Groupe de travail "Statistiques sur le revenu, la pauvreté, et l'exclusion sociale", DOC. E2/SEP/20/2001 şi DOC. E2/SEP/21/2001, Luxembourg, 2001.
3. *Consolidated version of the Treaty establishing the European Community,* Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1997.
4. *Draft Joint Report on Social Inclusion,* Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, 2001.
5. EC-MISSOC, *La protection sociale dans les Etats membres de l'UE et de l'Espace économique européen. Situation au 1er janvier 2000 et évolution.*
6. European Commission, *Final Report on the First Programme of Pilot Schemes and Studies to Combat Poverty,* COM (81), 769 (final), Brussels, 1981.
7. European Commission, *On Specific Community Action to Combat Poverty,* Council Decision of 19 December 1984, 85/8/EEC, Official Journal of the EEC, 2/24/1985.
8. European Commission, *Final Report on Second European Poverty Programme 1985-1989,* Brussels, 1991.
9. European Commission, *Toward a Europe of Solidarity: Intensifying the Fight against Social Exclusion, Fostering Integration,* Communication from the Commission, Brussels, 1992.
10. European Commission, *Community programme for the social and economic integration of the least-privileged groups (1989-1994).*
11. European Commission, *Medium-term action programme to combat exclusion and promote solidarity: A new programme to support and stimulate innovation (1994-1999).*
12. European Commission, *Proposal for a Decision of the European Parliament and of the Council establishing a programme of Community action to encourage cooperation between member States to combat social exclusion,* COM (2000), 368 final, Brussels, 2000.
13. Eurostat, *Poverty in Figures: Europe in the early 1980s,* Theme 3, Serie C, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1990;
14. Eurostat Task Force, *Statistics on Poverty and Social Exclusion,* 1998.
15. Eurostat, *Income Poverty and Social Exclusion in Member States of the European Union,* Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2000.
16. Hagenaars A.J.M., de Vos K., Zaidi M.A., *Poverty Statistics in the late 1980s: Research based on micro-data,* Eurostat, Theme 3, Serie C, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1994.
17. Lemmi A., Pannuzi B., Mazzolli B., Cheli B., Betti G., *Multidimensional and Relative Poverty Estimates: The Case of Italy in the First Half of the Nineties*,

Conference: Poverty Measures, Employment and Social Security in Transition Economies, University of York, 31 July - 2 August 1997.
18. Lollivier S., Verger D., *Pauvreté d'éxistence, monétaire ou subjective sont distinctes,* Économie et statistique, no. 308, 309, 310, 1997.
19. National Action Plans for Inclusion (Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Portugal, the United Kingdom, Spain, Sweden), 2001.
20. Nolan B., Whelan C.T., *Resources, Deprivation, and Poverty,* Clarendon Press, Oxford, 1996.
21. *Recommendation 92/441/EEC of 24 June 1992 on common criteria concerning sufficient resources and social assistance in social protection systems,* J.O. L 245 of 26-08-92.
22. *Recommendation 92/442/EEC of 27 July 1992 on the Convergence of Social Protection Objectives and Policies,* J.O. L 245 of 26-08-92.
23. Townsend P., *Poverty in the United Kingdom,* Allen Lane, Harmondsworth, 1979.
24. "Treaty of Nice amending the Treaty on the European Union, the treaties establishing the European Communities and certain related acts", *Official Journal of the European Communities*, C 80/1, 10.3.2001.